

Dotazione dei mezzi utilizzabili

La specificità del servizio oggetto della selezione oltre a richiedere requisiti minimi indicati dalla D.G.R. X/5165 del 16.05.2016 (Cfr. Allegato A e Allegato B) introduce requisiti minimi ulteriori e specificamente indicati all'interno della sottostante tabella.

Requisiti specifici aggiuntivi per i servizi richiesti		TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA (SENZA ELETTROMEDICALI)	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA (CON ELETTROMEDICALI)	MEZZO TRASPORTO SANGUE	Caratteristiche aggiuntive richieste e/o note
4.0	Comparto sanitario impianto elettrico								
4.6	Inverter c.c./c.a. 12V/220V con erogazione minima di 1000 watt onda sinusoidale pura;	////	////	////	1 (*)	1 (*)	1 (*)	////	(*) E' obbligatorio la presenza a bordo
5.0	Riscaldamento/Raffreddamento/Areazione								
5.3	Sistema di climatizzazione comparto sanitario e vano guida;	////	////	1 (*)	1 (*)	1 (*)	1 (*)	////	(*)E' obbligatorio la presenza a bordo
6.0	Impianti sanitari ed elettromedicali								
6.2	Bombola di ossigeno fisse della capacità minima di 7 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, con riempimento secondo i limiti della normativa vigente e	////	////	Minimo 2	Minimo 2 (*)	Minimo 2 (*)	Minimo 2 (*)	////	(*) la capacità residua minima delle bombole collegate all'impianto fisso richiesta, deve essere pari a 1000 litri di O2.

	almeno a 150 atm, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento l'impianto deve garantire almeno una capacità residua complessiva di 700 litri di O2;								E' obbligatorio inviare il report della verifica annuale dell'impianto ossigeno dei mezzi utilizzati redatto da un'ente/azienda preposta
6.4	Flussimetro con collegamento fisso o ad innesto rapido all'impianto dell'ossigeno, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1_2008;	////	////	1	2 (*)	2 (*)	2 (*)	////	(*) comprensivo di deumidificatore
6.8	Monitor portatile per la rilevazione della SpO2 con sonda adulti e pediatrica;	////	////	////	1	1 (*) (**)	1 (*) (**)	////	////
6.10	Defibrillatore semiautomatico bifasico, in conformità a quanto indicato nella norma EN 60601-2-4;	////	////	1	1	1	1	////	////
12.0 Livrea e stemmi veicoli									
12.2	logo AREU / NUE112;	////	////	////	0 (*)	0 (*)	0 (*)	0 (*)	(*) non è richiesta affissione di nessun logo specifico sui veicoli.
13.0 Impianti di movimentazione									
13.1	Sistema di carico/scarico paziente diversamente abile in carrozzina;	////	1	////	////	////	////	////	E' richiesto che l'impianto di carico scarico paziente sia verificato annualmente solo se elettro-idraulico.

Tipologia di mezzi utilizzabili per il servizio richiesto

RIF.	TIPOLOGIA DEI MEZZI AD USO SANITARIO	NORMA NAZIONALE DI RIFERIMENTO	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE PER DISABILE	TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AMBULANZA	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA (SENZA ELETTROMEDICALI)	TRASPORTO SANITARIO AVANZATO AMBULANZA (CON ELETTROMEDICALI)	MEZZO TRASPORTO SANGUE	REQUISITI SPECIFICI AGGIUNTIVI PER IL SERVIZI RICHIESTI
A01	AUTOVETTURA PER IL TRASPORTO DI PERSONE (AUTOVETTURA O FURGONE FINESTRATO)	////	SI	////	////	////	////	////	////	////
A02	AUTOVETTURA PER IL TRASPORTO DI PERSONE (AUTOVETTURA O FURGONE FINESTRATO) CON SISTEMA DI CARICO/SCARICO PAZIENTE DIVERSAMENTE ABILE IN CARROZZINA;	////	SI	SI	////	////	////	////	////	////
A03	AMBULANZA TIPO A (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 553 del 17 Dicembre 1987	////	////	SI	SI	SI	SI	////	////
A04	AMBULANZA TIPO A1 (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 487 del 20 Novembre 1997	////	////	SI	SI	SI (*)	SI (*)	////	(*) Sono richiesti veicoli con una lunghezza minima del piano calpestabile vano sanitario pari a 300 cm E una portata utile di almeno 1000Kg
A05	AMBULANZA TIPO B (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. 553 del 17 Dicembre 1987	////	////	SI	SI	////	////	////	////

A06	MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO AUTOMEDICA (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. del 5 Novembre 1996	////	////	////	////	////	////	////	////	////
A07	MEZZO TRASPORTO ORGANI E PLASMA (CATEGORIA M1) AUTOVEICOLO PER USO SPECIALE	D.M. del 9 Settembre 2008	////	////	////	////	////	////	SI	////	////