



Azienda Sanitaria Locale PESCARA
U.O.C. INGEGNERIA CLINICA – HTA
Via Renato Paolini, 47 – 65126 PESCARA (PE)
Tel. 085.4253109 – ingegneriaclinica@asl.pe.it
Direttore: Dott. Ing. Vincenzo Lo Mele

Mod. 01/IC
Rev. 01 del 17/10/2024
"Verbale di Accettazione e Collaudo
di Apparecchiatura Elettromedicale"

VERBALE DI COLLAUDO

ID COLLAUDO IC001/25 DATA 09/01/2025

RIF. PRATICA

PRESIDIO: PESCARA U.O. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
N° DETERMINA/DELIBERA: 3791 HTA del 04/11/24 N° ORDINE 20-2024-195 del 31/10/2024
Ditta Fornitrice : ITEM OXYGEN SRL Rif. DDT : _____
Note: _____

ID. APPARECCHIATURA/E E ACCESSORI/COMPONENTI

| TIPOLOGIA | MARCA | MODELLO | NUMERO DI SERIE | CODICE AEM |
|------------------|-------------|---------|-----------------|------------|
| TRAVE TESTALETTO | ITEM OXYGEN | N 270 | 247072286546 | E015184 |
| TRAVE TESTALETTO | ITEM OXYGEN | N 270 | 247072286546 | E015185 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |


Note: _____

CAUSALE ACQUISIZIONE: ACQUISTO SERVICE NOLEGGIO COMODATO DONAZIONE _____

Durata Periodo di Garanzia: 12 mesi Data Scadenza Garanzia : 08 / 01 / 2026

Durata Service Noleggio Comodato: _____ mesi Data Scadenza : _____ / _____ / _____

Importo complessivo della fornitura IVA INCLUSA: € 3.050,00 (corrispondente all' Ordinativo Economico ASL)

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|------------|------|
|  | Titolo documento | Codice | Tipologia Attività | Dettaglio attività | Data | Rev. |
| | Scheda di collaudo | SCH_13_COLLAUDO_01 | Programmata | Profilo per tutte le descrizioni | 01/04/2019 | 7 |

ENTE: ASL PESCARA

SEZIONE 1 - ESTREMI DELLA FORNITURA

| | | | |
|--------------------------|---|------------------------|---|
| DITTA FORNITRICE | <u>ITET OXYGEN SRL</u> | | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| OFFERTA/RDO | N° | DEL: | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| ORDINE | N° : <u>20-2024-195</u> | DEL: <u>31/10/2024</u> | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| DELIBERA/DETERMINA | N° : <u>379 L</u> | DEL: <u>4/11/2024</u> | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| DDT | N° | DEL: | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| | N° | DEL: | <input type="checkbox"/> Non disponibile |
| IMPORTO DELLA FORNITURA: | <u>2.500</u> | +IVA | |
| TIT. PROPRIETA': | <input type="checkbox"/> Acquisto; <input type="checkbox"/> Visione; <input type="checkbox"/> Comodato service; <input type="checkbox"/> Noleggio; <input type="checkbox"/> | | |
| STRUTTURA: | <u>PO PESCARA</u> | REPARTO: | <u>MEDICINA E CHIRURGIA DI ACC. E URGENZA</u> |
| PADIGLIONE: | <u>PE</u> | PIANO: | <u>T</u> |
| CDC: | | STANZA: | <u>VARIE COLE DA DESCRIZIONE</u> |
| | | DESCRIZIONE CDC: | |

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

| ID | Codice Apparecchio | Descrizione | Costruttore | Modello | S/N | Inventario Ente | Prezzo |
|----|--------------------|------------------------|-------------------|-------------|--------------------|-----------------------|--------|
| | <u>E015184</u> | <u>TRAVE TESTALEDO</u> | <u>ITETOXYGEN</u> | <u>N270</u> | <u>24707228696</u> | <u>AMB. ROSA</u> | |
| | <u>E015185</u> | <u>TRAVE TESTALEDO</u> | <u>ITETOXYGEN</u> | <u>N270</u> | <u>24707228696</u> | <u>AMB. FINE VITA</u> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |


SEZIONE 3 - CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

| | |
|--|--|
| Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NV |
| Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (<input type="checkbox"/> allegata Check list riscontro) | <input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA |
| Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (<input checked="" type="checkbox"/> allegato DDT riscontro) | <input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA |
| Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : | <input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO |
| Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data <u>19/12/2024</u> | <input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> si allega [GP*] |
| Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08 | <input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> si allega [GP*] |

* Il personale dell'azienda sanitaria riferisce che tale documentazione è già in loro possesso

Note

COLLAUDO CON ROSA, VISTA CHE LA TRAVE POSTA NELLA STANZA FINE VITA, NON ESISTE ANCORA COLLEGATA AL GAS MEDICAL.

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|------------|------|
|  | Titolo documento | Codice | Tipologia Attività | Dettaglio attività | Data | Rev. |
| | Scheda di collaudo | SCH_13_COLLAUDO_01 | Programmata | Profilo per tutte le descrizioni | 01/04/2019 | 7 |

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO **POSITIVO CON RISERVA**

Commissione
 Data: 24/12/2024
 Nome Cognome: KARAGALLA BIANCHI
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

AUSL di PESCARA
 Presidio Ospedaliero "Spirito Santo"
 U.O.C. PRONTO SOCCORSO
 Firma: [Firma]
 Firma: _____
 Firma: _____

IN ATTESA COLLEGAMENTO UTENZE GAS

Rappresentante del Fornitore NON PRESENTE, VEDELLI ALLEGATI
 Nome Cognome: _____ Data: 29/12/2024 Firma: _____
 Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 19/12/2024 Data fine garanzia: 18/12/2025
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione su guasto
 [] Contratto full risk [] Kit Manutenzione _____
 [] Materiale di consumo _____; [NA]

Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC – Nome Cognome: G. DI LINDO Data: 24/12/2024 Firma: [Firma]

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

POSITIVO NEGATIVO _____

Esperto Radiopr. (ERP) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]

Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: [OK] [KO] [] si allega

Note: _____

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

POSITIVO NEGATIVO _____

FORMAZIONE ALL'USO

Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:

[] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo

[] La formazione è stata programmata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: _____

Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo

VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.

Responsabile UO – Nome Cognome: MARINOVA BIANCHI Data: 24/12/2024 Timbro e Firma: [Firma]

NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

AUSL di PESCARA
Presidio Ospedaliero "Spirito Santo"
U.O.C. PRONTO SOCCORSO

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO **POSITIVO CON RISERVA***

Responsabile IC – Nome Cognome: ASL PESCARA Antonio VERNA Data: 27 GEN 2025 Timbro e Firma: ASL PESCARA
*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche di collaudo.

UOC INGEGNERIA CLINICA-HTA
IL COLLAUDATORE
Antonio VERNA

SCH_13_COLLAUDO_01.doc Pag. 2 di 2

* IN ATTESA DI COLLEGAMENTO UTENZE GAS RESIDUALI.

SCHEDA VERIFICHE PERIODICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

| | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| DETTAGLI VERIFICA | | | |
| Codice | 2024/V10078 | Tipo Verifica | Elettromedicale (CEI EN 62353 (CEI 62-148)) PROT_12_VSE_01 |
| DETTAGLI APPARECCHIATURA | | | |
| Codice Apparecchio | E015184 | Prosidio | PO Pescara |
| Descrizione | TESTA LETTO, APPARECCHIO | Reperto | UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA |
| Costruttore | ITEM OXYGEN | Stanza | PE TERRA Nuovo PS Stanza Rosa - Nuovo PS Stanza Rosa |
| Modello | N270 | Matricola | 247072286546 |
| | | Inventario | Ente |
| GARANTISTICHE E CONFIGURAZIONE | | | |
| Classe 1° Presunta | Tipo Parte Applicata B | Installazione | Installato permanentemente |
| Configurazione Singolo | | Utilizzo di Presa Multipla | No |
| TARGA E DOCUMENTI | | | |
| Targa | Non accessibile | | |
| Manuale Uso | Assente | Manuale Tecnico | Assente |
| | | Anno di fabbricazione | 2024 |
| ESAME VISIVO | | | |
| Stato Uso | Buono | Tipo di Utilizzo | Poco utilizzato |
| | | Esito | Superato |
| MISURE | | | |
| Condizioni per la Misura | Disponibile | | |
| Metodo utilizzato | Diretto | Tensione fase-terra (Volt): | 228 |
| CONDUTTORE DI PROTEZIONE | | | |
| Resistenza del conduttore di protezione | Effettuabile | Corrente di prova (A): | 0,2 |
| Resistenza Cavo + involucro + impianto (RC + RA + RI) (mOhm): | 138 | Esito | Superato |
| CORRENTI DI DISPERSIONE - APPARECCHIO ELETTROMEDICALE | | | |
| Parti conduttrici non messe a terra (microA): | 1 | Esito | Superato |
| PROTOCOLLO | | | |
| Codice | TLA04 | Verifica periodica di sicurezza particolare Testaletto | Rif. Normativi UNI EN ISO 11107 Rev.1 del 02/03/2017 |
| ATTIVITA' SVOLTE | | | |
| Verifica che le prese gas siano identificate per mezzo del nome del gas | | | OK |
| Verifica conformità della codifica a colori delle prese gas medicali | | | OK |
| Verifica mediante esame a vista dell'assenza di pericoli meccanici | | | OK |
| Verifica mediante esame a vista dell'integrità di prese elettriche, prese di gas medicali e connettori | | | OK |
| Verifica collegamento alla terra di protezione delle prese di alimentazione elettrica | | | OK |
| Verifica che le prese gas siano di tipo non intercambiabile | | | OK |
| Legenda: OK = attività eseguita con esito positivo KO = attività eseguita con esito negativo NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento | | | |
| | | Esito | Superato |
| ESITO GENERALE | | | |
| [SU] - Superato | | | |

Strumento di misura e matricola 3756060 - ANALIZZATORE AUTOMATICO DI SICUREZZA ELETTRICA

Data 24/12/2024

Cognome Nome Tecnico D'Agostino Michele

Firma Tecnico



SCHEDA VERIFICHE PERIODICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

| DETTAGLI VERIFICA | | | |
|---|---|---|---|
| Codice | 2024/V10079 | Tipo Verifica | Elettromedicale (CEI EN 62353 (CEI 62-148)) PROT_12_VSE_01 |
| DETTAGLI APPARECCHIATURA | | | |
| Codice Apparecchio | E015185 | Presidio | PO Pescara |
| Descrizione | TESTA LETTO, APPARECCHIO | Reparto | UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA |
| Costruttore | ITEM OXYGEN | Stanza | PE TERRA Nuovo PS Stanza Fine Vita - Nuovo PS Stanza Fine Vita |
| Modello | N270 | Matricola | 247072286546 |
| | | Inventario Ente | |
| CARATTERISTICHE E CONFIGURAZIONE | | | |
| Classe 1ª Presunta | Tipo Parte Applicata B | Installazione | Installata permanentemente |
| Configurazione | Singolo | Utilizzo di Presa | Multipla No |
| TARGA E DOCUMENTI | | | |
| Targa | Non accessibile | | |
| Manuale Uso | Assente | Manuale Tecnico | Assente |
| | | Anno di fabbricazione | 2024 |
| ESAME VISIVO | | | |
| Stato Uso | Buono | | Tipo di Utilizzo |
| | | Continuativo | Esito Superato |
| MISURE | | | |
| Condizioni per la Misura | Misure effettuate come IP | | |
| Metodo utilizzato | Diretto | Tensione fase-terra (Volt): | 228 |
| CONDUTTORE DI PROTEZIONE | | | |
| Resistenza del conduttore di protezione | Effettuabile | Corrente di prova (A): | 0.2 |
| Resistenza Cavo + Involucro + Impianto (RC + RA + RI) (mOhm): | 141 | | Esito Superato |
| CORRENTI DI DISPERSIONE - APPARECCHIO ELETTROMEDICALE | | | |
| Parti conduttrici non messe a terra (microA): | 1 | | Esito Superato |
| PROTOCOLLO | | | |
| Codice | TLA04 | Verifica periodica di sicurezza particolare | Testaletto |
| | | Rif. Normativi UNI EN ISO 11197 | Rev.1 del 02/03/2017 |
| ATTIVITÀ SVOLTE | | | |
| Verifica che le prese gas siano identificate per mezzo del nome del gas | | | OK |
| Verifica conformità della codifica a colori delle prese gas medical | | | OK |
| Verifica mediante esame a vista dell'assenza di pericoli meccanici | | | OK |
| Verifica mediante esame a vista dell'integrità di prese elettriche, prese di gas medical e connettori | | | OK |
| Verifica collegamento alla terra di protezione delle prese di alimentazione elettrica | | | OK |
| Verifica che le prese gas siano di tipo non interscambiabile | | | OK |
| Legenda: | OK = attività eseguita con esito positivo | KO = attività eseguita con esito negativo | NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio |
| | | | NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento |
| | | | Esito Superato |
| ESITO GENERALE | | | |
| [SU] - Superato | | | |

Strumento di misura e matricola 3758060 - ANALIZZATORE AUTOMATICO DI SICUREZZA ELETTRICA

Data 24/12/2024

Cognome Nome Tecnico D'Agostino Michelo

Firma Tecnico





LETTERA DI CONSEGNA IMPIANTO

Cliente ASL di Pescara-P.O. di PESCARA

Località Pescara (PE)

Descrizione dell'impianto:

Pronto Soccorso - es stanza Polizia di Stato - aggiunta prese O2-AM-AA

N° di progetto (lotto) **R1093**

• **Funzionalità**

Tutte le apparecchiature sono state installate in condizione di perfetta efficienza e prestazione.

La funzionalità di ogni singola apparecchiatura è stata controllata a montaggio avvenuto con esito favorevole.

E' stato controllato e verificato che nel suo complesso l'impianto funzioni nel modo corretto, garantendo l'erogazione dei gas come da specifica di ordine.

• **Sicurezza**

Tutte le apparecchiature aventi lo scopo di garantire la sicurezza dell'impianto e l'erogazione dei gas sono state installate in condizioni di perfetta efficienza e prestazione.

La funzionalità di ogni singola apparecchiatura è stata controllata a montaggio avvenuto con esito favorevole.

E' stato controllato e verificato che nel suo complesso le apparecchiature di sicurezza intervengono nel modo corretto, garantendo le segnalazioni/protezioni/interventi come da specifica di ordine.

• **Documentazione**

Viene consegnata al cliente la descrizione del funzionamento delle singole apparecchiature e dell'impianto nel suo complesso.

Viene consegnata al cliente, in allegato al presente verbale, la seguente documentazione:

- Dichiarazione di conformità ai sensi Decreto Legislativo 46/97 (Dir. 93/42 CE e s.m.i.)
- Manuale operativo d'uso, manutenzione dell'impianto e delle singole apparecchiature
- Schemi di flusso
- Piante e particolari
- Verbale di collaudo impianto
- Norme generali NIPPON GASES di sicurezza per impianti centralizzati di erogazione
- Schede di sicurezza gas utilizzati

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



- Manuale d'uso per l'operatore sanitario
- Documentazione impianto ed apparecchiature elettriche ai sensi del D.M. n° 37 del 22/01/2008
- Documentazione e certificazione CESI delle singole apparecchiature elettriche
- Relazione Tecnica
- Informativa di sicurezza su Movimentazione dei pacchi bombole
- Altro:

 Vengono in particolare illustrati al cliente, ai fini della sicurezza operativa:

- I contenuti delle "Norme generali Nippon Gases di sicurezza per impianti centralizzati di erogazione gas"
- I pericoli potenziali connessi ai gas contenuti nei serbatoi o bombole di stoccaggio ed erogati dall'impianto (vedasi "schede di sicurezza gas utilizzati")
- I pericoli derivanti da manomissioni, starature ed in generale da qualunque intervento diverso dalle normali manovre operative, sulle apparecchiature costitutive dell'impianto. Gli interventi sopra indicati, se necessari, e a richiesta del cliente possono essere eseguiti in modo sicuro da personale specializzato Nippon Gases.
- La necessità di addestrare opportunamente il personale di conduzione dell'impianto. L'addestramento dovrebbe riguardare sia l'impianto e le varie apparecchiature, sia la natura ed i pericoli potenziali dei gas utilizzati.
- La necessità di rispettare le scadenze di sostituzione, manutenzione e revisione delle singole apparecchiature e componenti dell'impianto, come descritte negli specifici manuali di istruzione, allo scopo di mantenere invariato il livello di sicurezza dell'impianto stesso.

Il cliente prende atto delle caratteristiche, della composizione e della destinazione d'uso dell'impianto e dichiara che, a propria cura e sotto la propria responsabilità:

- le apparecchiature di centrale (pompe vuoto, compressori, miscelatore, ecc.) e i segnalatori di allarme sono stati collegati all'alimentazione elettrica normale e a quella di emergenza, realizzate in conformità al DM 37/2008 e alle normative di riferimento vigenti. I quadri elettrici sono muniti di protezione da massima corrente in conformità alle normative di riferimento vigenti;
- i dispositivi di protezione da bassa temperatura (LTP) sono collegati a gruppo di continuità, o alla alimentazione elettrica di emergenza;

Fabbricante:
 Nippon Gases Pharma S.r.l.
 Resp. progetto
 F. Ciarniello

Committenza:
 ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
 Ufficio Tecnico
 ing. R. Breda



- l'impianto di distribuzione (tubazioni, unità terminali, cassette metalliche, ecc.) è stato collegato secondo le indicazioni del fabbricante alla rete di terra, realizzata in conformità al DM 37/2008 ed alle normative di riferimento vigenti. In nessun caso i componenti dell'impianto di distribuzione sono stati utilizzati per collegare a terra le apparecchiature elettriche;
- sono state realizzate le eventuali compartimentazioni antincendio delle tubazioni indicate negli elaborati di progetto e gli eventuali ripristini degli attraversamenti;
- sono state realizzate tutte le eventuali opere accessorie necessarie per il funzionamento dell'impianto ed escluse dal progetto di Nippon Gases;
- le chiavi dei quadri di riduzione, dei quadri valvole di area e di servizio sono state poste in luogo accessibile al solo personale autorizzato per le operazioni di emergenza e/o manutenzione;
- tutte le istruzioni contenute nei manuali d'uso e manutenzione e le informazioni rilevanti contenute nella documentazione allegata al presente verbale saranno trasmesse a tutte le strutture e a tutto il personale coinvolto nella gestione e nell'utilizzo dell'impianto. Tale documentazione sarà inoltre conservata sul posto per la pronta consultazione da parte di tutte le persone interessate.

Constatato quanto sopra, Nippon Gases Pharma S.r.l. consegna l'impianto al Committente e ne dichiara l'idoneità per le successive fasi di messa in servizio e autorizzazione all'uso a cura della struttura sanitaria. Il Committente, sottoscrive per accettazione il presente verbale di consegna composto da 3 fogli e singoli allegati citati. Qualora la messa in servizio non sia immediatamente successiva alla consegna della presente documentazione, la responsabilità del mantenimento dell'integrità e della funzionalità dell'impianto è del Committente.

La firma del presente verbale determina la data di inizio della durata di vita tecnica dell'impianto e dei singoli componenti, nei termini dichiarati nel manuale d'uso e manutenzione.

Località: Pescara (PE)

Data 26/11/2024

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



PIANO DI COLLAUDO IMPIANTI

Cliente: ASL di Pescara-P.O. di PESCARA

Località: Pescara (PE)

Descrizione dell'impianto:

Pronto Soccorso - es stanza Polizia di Stato - aggiunta prese O2-AM-AA

N° di progetto (lotto) **R1093**

Le prove di collaudo da eseguire sull'impianto in oggetto sono:

| Prova n. | Descrizione | Modello Allegato | Prova prevista |
|----------|--|------------------|-----------------|
| 1 | Ispezione, marcatura e supporti | D2 | X |
| 2 | Verifica delle specifiche di progetto dei componenti | D3 | X |
| 3 | Verifica di corrispondenza delle tubazioni | D3 | X |
| 4 | Verifica integrità meccanica e perdite | D5 | X |
| 5 | Verifica delle perdite | D6 | X |
| 6 | Verifica delle valvole di intercettazione | D7 | Non Applicabile |
| 7 | Verifica delle interconnessioni delle tubazioni | D8 | X |
| 8 | Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione delle unità terminali | D8 | X |
| 9 | Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione dei raccordi NIST e DISS | D10 | Non Applicabile |
| 10 | Verifica delle prestazioni del sistema | D11 | X |
| 11 | Verifica delle valvole di sovrappressione | D12 | Non Applicabile |
| 12 | Verifica di funzionamento delle fonti di fornitura | D13 | Non Applicabile |
| 13 | Verifica dei sistemi di monitoraggio e allarme | D14 | Non Applicabile |
| 14 | Verifica delle contaminazioni da particolato delle tubazioni | D15 | X |
| 15 | Verifica della purezza dell'aria dei gruppi di compressione | Allegato | Non Applicabile |
| 16 | Verifica della purezza dell'aria prodotta da centrali con gruppo/i di miscelatore/i | D18 | Non Applicabile |
| 17 | Riempimento con gas specifico | D20-21 | X |
| 18 | Identificazione dei gas | D20-21 | X |

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



Si dichiara che le modalità di esecuzione delle prove di collaudo previste su elencate, sono conformi a quanto previsto dalle norme UNI EN ISO 7396-1 e 2 recepite con la procedura aziendale Ri-P-GM024.

Di seguito si riportano le descrizioni delle singole prove da effettuarsi:

Prove di collaudo condotte sulle tubazioni con blocco di base dell'unità terminale installato e tracce aperte.

1) Ispezione, marcatura e supporti

Sarà ispezionata visivamente la marcatura verificandone il corretto posizionamento su tutte le tubazioni, in particolare in prossimità dei raccordi a T e nei punti in cui le tubazioni attraversano le pareti divisorie.

Sarà inoltre verificata la conformità dei supporti delle tubazioni.

I risultati di tali prove vanno riportati nel Modulo D2

2) Verifica delle specifiche di progetto dei componenti

Sarà ispezionata visivamente ogni tubazione, verificando la corrispondenza tra il progetto esecutivo (nella sua versione finale con relativo riesame della progettazione) e i percorsi delle tubazioni e i loro diametri.

Sarà verificato che le valvole e i riduttori siano installati nelle posizioni previste e che siano del modello e dimensioni specificati dal progetto.

I risultati di tali prove vanno riportati nel Modulo D3

3) Verifica di corrispondenza delle tubazioni

La prova sulle interferenze di connessione sarà eseguita su una tubazione per volta, controllandone la corretta corrispondenza di ogni blocco di base.

Sarà verificato che dalle prese non sottoposte a prova, aperte con gli appositi innesti, non si abbia flusso di gas; sarà verificata visivamente l'assenza di fuoriuscita di particolato o altra sporcizia.

I risultati di tali prove vanno riportati nel Modulo D3

4) Verifica integrità meccanica e perdite

La prova di resistenza meccanica verrà eseguita come segue:

- per l'impianto dei gas compressi, la prova sarà condotta ad una pressione di almeno 12 bar (almeno 1,2 volte la pressione massima in condizioni di singolo guasto, tenuto conto della pressione di intervento delle valvole di sicurezza presenti) per una durata di 5 min al termine della quale sarà verificata l'assenza di rotture.

- per l'impianto del vuoto, la prova sarà condotta ad una pressione di 5 bar per una durata di 5 min al termine della quale sarà verificata l'assenza di rotture.

La verifica della tenuta delle tubazioni sarà eseguita come segue:

- per l'impianto dei gas compressi, la prova sarà condotta:

- a) nelle sezioni di impianto di I stadio, alla stessa pressione della prova di resistenza, per una durata di 24 ore, al termine della quale si verificherà che il calo di pressione risulti inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.
- b) nelle sezioni di impianto di II stadio, alla stessa pressione della prova di resistenza, per una durata di 24 ore, al termine della quale si verificherà che il calo di pressione risulti inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. F. Breda



- per l'impianto del vuoto, la prova sarà condotta:
ad una pressione di 5 bar, per una durata di 24 ore, al termine della quale si verificherà che il calo di pressione risulti inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale;

I risultati di tali prove vanno riportati nel Modulo D5

Prove di collaudo condotte sull'impianto completamente installato (tracce chiuse):

5) Verifica delle perdite

La verifica della tenuta delle tubazioni verrà eseguita come segue:

- per l'impianto dei gas compressi, la prova sarà condotta:
 - a) nelle sezioni di impianto di I stadio, ad una pressione di 8 bar (pressione nominale), per una durata di 24 ore, al termine della quale sarà verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.
 - b) nelle sezioni di impianto di II stadio, alla pressione nominale di almeno 4 bar e (8 bar per il solo impianto di aria strumenti), per una durata di almeno 4 ore.
Al termine della prova sarà verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,4%/ora della pressione iniziale nelle sezioni non comprendenti tubi flessibili nelle unità di alimentazione per uso medico.
Nel caso di sezioni comprendenti tubi flessibili nelle unità di alimentazione per uso medico sarà verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,6%/ora della pressione iniziale.
- per l'impianto del vuoto, la prova verrà condotta:
alla pressione nominale di distribuzione, isolando la centrale del vuoto e verificando che l'aumento di pressione dopo 1 h non sia maggiore di 0,2 bar con tutte le valvole di intercettazione aperte.

I risultati di tali prove vanno riportati nel Modulo D6

7) Verifica delle interconnessioni delle tubazioni

La prova sarà condotta, un impianto alla volta, verificandone la giusta corrispondenza.

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D8

8) Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione di tutte le unità terminali (escluse PEM)

La prova sarà condotta verificando, un impianto alla volta e su tutte le unità terminali, che la caduta di pressione dovuta al flusso di prova sia entro i limiti previsti (vedi modulo allegato).

Sarà verificato che l'innesto gas-specifico possa essere inserito e trattenuto solo nella presa del gas corrispondente, che non vi sia erogazione di gas qualora vengano inseriti gli altri innesti.

Sarà verificato che le prese abbiano la giusta colorazione e identificazione.

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D8

NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova sarà effettuata prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

10) Verifica delle prestazioni del sistema

La prova sarà condotta come segue:

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



sarà verificato, reparto per reparto, che le pressioni alle prese più lontane siano entro i limiti previsti (vedi moduli allegati) quando il sistema si trovi nelle condizioni di portata nulla e portata di progetto.

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D11

14) Verifica delle contaminazioni da particolato delle tubazioni

La prova sarà condotta flussando almeno dall'unità terminale più distante dalla fonte di alimentazione, un flusso di 150 l/min per 15 sec. circa, verificando che le unità terminali siano esenti da impurità particellari visibili ad occhio.

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D15

NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova sarà effettuata prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

17) Riempimento con gas specifico

Ogni tubazioni di gas medicale sarà riempita con il gas specifico (ad eccetto delle tubazioni del vuoto) fino a raggiungere il livello di pressione nominale di distribuzione.

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D20

18) Identificazione dei gas

La prova sarà condotta analizzando il titolo di ossigeno erogato da ogni unità terminale.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

I risultati della prova vanno riportati sul Modulo D21

NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova sarà effettuata prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

Il personale della Committenza è invitato a presenziare a tutte le prove previste dal presente piano.

Alla presenza dei Sigg. ing. R. Breda

Per conto della ASL di Pescara-P.O. di PESCARA

e, dei Sigg. F.Ciarniello

di Nippon Gases Pharma S.r.l., si è proceduto in data odierna alla consegna del Piano di Collaudo.
Tale documento è letto, confermato e sottoscritto.

Località: Pescara (PE)

Data 21/11/2024

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F.Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



VERBALE DI COLLAUDO IMPIANTI

Cliente: ASL di Pescara-P.O. di PESCARA

Località: Pescara (PE)

Descrizione dell'impianto:

Pronto Soccorso - es stanza Polizia di Stato - aggiunta prese O2-AM-AA

N° di progetto (lotto) R1093

Si certifica che le prove di collaudo eseguite sull'impianto in oggetto sono:

| Prova n. | Descrizione | Modello Allegato | Prove eseguite con esito positivo (SI/NO) |
|----------|--|------------------|---|
| 1 | Ispezione, marcatura e supporti | D2 | SI |
| 2 | Verifica delle specifiche di progetto dei componenti | D3 | SI |
| 3 | Verifica di corrispondenza delle tubazioni | D3 | SI |
| 4 | Verifica integrità meccanica e perdite | D5 | SI |
| 5 | Verifica delle perdite | D6 | SI |
| 6 | Verifica delle valvole di intercettazione | D7 | Non Applicabile |
| 7 | Verifica delle interconnessioni delle tubazioni | D8 | SI |
| 8 | Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione delle unità terminali | D8 | SI |
| 9 | Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione dei raccordi NIST e DISS | D10 | Non Applicabile |
| 10 | Verifica delle prestazioni del sistema | D11 | SI |
| 11 | Verifica delle valvole di sovrappressione | D12 | Non Applicabile |
| 12 | Verifica di funzionamento delle fonti di fornitura | D13 | Non Applicabile |
| 13 | Verifica dei sistemi di monitoraggio e allarme | D14 | Non Applicabile |
| 14 | Verifica delle contaminazioni da particolato delle tubazioni | D15 | SI |
| 15 | Verifica della purezza dell'aria dei gruppi di compressione | Allegato | Non Applicabile |
| 16 | Verifica della purezza dell'aria prodotta da centrali con gruppo/i di miscelatore/i | D18 | Non Applicabile |
| 17 | Riempimento con gas specifico | D20-21 | SI |
| 18 | Identificazione dei gas | D20-21 | SI |

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Comittenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



Si dichiara che le modalità di esecuzione delle prove di collaudo su elencate, sono conformi a quanto previsto dalle norme UNI EN ISO 7396-1 e 2 recepite con la procedura aziendale Ri-P-GM024.

Di seguito si riportano le descrizioni delle singole prove effettuate:

Prove di collaudo condotte sulle tubazioni con blocco di base dell'unità terminale installato e tracce aperte.

1) Ispezione, marcatura e supporti

E' stata ispezionata visivamente la marcatura verificandone il corretto posizionamento su tutte le tubazioni, in particolare in prossimità dei raccordi a T e nei punti in cui le tubazioni attraversano le pareti divisorie. Si è inoltre verificata con esito positivo la conformità dei supporti delle tubazioni.

I risultati di tali prove sono riportati nel Modulo D2 Allegato.

2) Verifica delle specifiche di progetto dei componenti

E' stata ispezionata visivamente ogni tubazione con esito positivo, verificando la corrispondenza tra il progetto esecutivo (nella sua versione finale con relativo riesame della progettazione) e i percorsi delle tubazioni e i loro diametri.

E' stato verificato che le valvole e i riduttori siano installati nelle posizioni previste e che siano del modello e dimensioni specificati dal progetto.

I risultati di tali prove sono riportati nel Modulo D3 Allegato.

3) Verifica di corrispondenza delle tubazioni

La prova sulle interferenze di connessione è stata eseguita, con esito positivo, su una tubazione per volta, controllandone la corretta corrispondenza di ogni blocco di base.

E' stato verificato che dalle prese non sottoposte a prova, aperte con gli appositi innesti, non si abbia flusso di gas; è stata verificata visivamente l'assenza di fuoriuscita di particolato o altra sporcizia.

I risultati di tali prove sono riportati nel Modulo D3 Allegato.

4) Verifica integrità meccanica e perdite

La prova di resistenza meccanica è stata eseguita con esito positivo:

Per l'impianto dei gas compressi, la prova è stata condotta ad una pressione di 12 bar (almeno 1,2 volte la pressione massima in condizioni di singolo guasto, tenuto conto della pressione di intervento delle valvole di sicurezza presenti) per una durata di 5 min al termine della quale si è verificata l'assenza di rotture.

Per l'impianto del vuoto, la prova è stata condotta ad una pressione di 5 bar per una durata di 5 min al termine della quale si è verificata l'assenza di rotture.

La verifica della tenuta delle tubazioni è stata eseguita con esito positivo:

- per l'impianto dei gas compressi, la prova è stata condotta:
 - a) nelle sezioni di impianto di I stadio, alla stessa pressione della prova di resistenza, per una durata di 24 ore, al termine della quale si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.
 - b) nelle sezioni di impianto di II stadio, alla stessa pressione della prova di resistenza, per una durata di 24 ore, al termine della quale si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.
- per l'impianto del vuoto, la prova è stata condotta:

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F.Ciarniello

Comittenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
Ing. R. Breda



ad una pressione di 5 bar , per una durata di 24 ore, al termine della quale si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale;

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Manometro: (-1 / 35) [bar] PS1/06

I risultati di tali prove sono riportati nel Modulo D5 Allegato.

Prove di collaudo condotte sull'impianto completamente installato (tracce chiuse):

5) Verifica delle perdite

La verifica della tenuta delle tubazioni è stata eseguita con esito positivo:

- per l'impianto dei gas compressi, la prova è stata condotta,
 - a) nelle sezioni di impianto di I stadio, ad una pressione di 8 bar (pressione nominale), per una durata di 24 ore, al termine della quale si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,025%/ora della pressione iniziale.
 - b) nelle sezioni di impianto di II stadio, alla pressione nominale di almeno 4 bar e (8 bar per il solo impianto di aria strumenti), per una durata di almeno 4 ore.

Al termine della prova si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,4%/ora della pressione iniziale nelle sezioni non comprendenti tubi flessibili nelle unità di alimentazione per uso medico.

Nel caso di sezioni comprendenti tubi flessibili nelle unità di alimentazione per uso medico si è verificato che il calo di pressione sia risultato inferiore allo 0,6%/ora della pressione iniziale.

- per l'impianto del vuoto, la prova è stata condotta, alla pressione nominale di distribuzione, isolando la centrale del vuoto e verificando che l'aumento di pressione dopo 1 h non sia maggiore di 0,2 bar con tutte le valvole di intercettazione aperte.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Manometro: (-1 / 35) [bar] PS1/06

I risultati di tali prove sono riportati nel Modulo D6 Allegato.

7) Verifica delle interconnessioni delle tubazioni

La prova è stata condotta con esito positivo, un impianto alla volta, verificandone la giusta corrispondenza.

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D8 Allegato.

8) Verifica di ostruzione e portata, funzione meccanica, gas-specificità e identificazione di tutte le unità terminali (escluse PEM)

La prova è stata condotta con esito positivo, verificando, un impianto alla volta e su tutte le unità terminali, che la caduta di pressione dovuta al flusso di prova sia entro i limiti previsti (vedi modulo allegato).

E' stato verificato che l'innesto gas-specifico possa essere inserito e trattenuto solo nella presa del gas corrispondente, che non vi sia erogazione di gas qualora vengano inseriti gli altri innesti.

E' stato verificato che le prese abbiano la giusta colorazione e identificazione.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Manometro: (-1 / 35) [bar] PS1/06

Flussimetro 1: (4 / 50) [l/min] FS1/08

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D8 Allegato

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F. Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova è stata effettuata con esito positivo prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

10) Verifica delle prestazioni del sistema

La prova è stata condotta con esito positivo:

si è verificato, reparto per reparto, che le pressioni alle prese più lontane siano entro i limiti previsti (vedi moduli allegati) quando il sistema si trovi nelle condizioni di portata nulla e portata di progetto.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Manometro: (-1 / 35) [bar] PS1/06
Flussimetro 1: (4 / 50) [l/min] FS1/08

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D11 Allegato

14) Verifica delle contaminazioni da particolato delle tubazioni

La prova è stata condotta con esito positivo.

Flussando dalle unità terminali indicate nel modulo allegato, compresa la più distante dalla fonte di alimentazione, un flusso di 150 l/min per 15 sec. circa si è verificato che le unità terminali siano esenti da impurità particellari visibili ad occhio.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Filtro bianco per polveri

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D15 Allegato

NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova è stata effettuata con esito positivo prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

17) Riempimento con gas specifico

Ogni tubazioni di gas medicale è stata riempita con il gas specifico (ad eccezione delle tubazioni del vuoto) fino a raggiungere il livello di pressione nominale di distribuzione.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Manometro: (-1 / 35) [bar] PS1/06

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D20 Allegato

18) Identificazione dei gas

La prova è stata condotta analizzando il titolo di ossigeno erogato da ogni unità terminale.

Si dichiara che gli strumenti di misura utilizzati per tale prova sono:

Analizzatore di Ossigeno: (0 / 100) [%] OS1/43 (calibrato in aria prima della prova)

I risultati della prova sono riportati sul Modulo D21 Allegato

NOTA: Per ciascuno dei gas sottoelencati, la prova è stata effettuata con esito positivo prima e dopo l'esecuzione dei lavori, su una presa dell'impianto esistente posta a valle dell'intervento e ubicata nella posizione seguente:

O2 Presa in Shock Room
AM Presa in Shock Room

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F.Ciarniello

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda



Le prove di collaudo state eseguite con risultato positivo e in conformità ai requisiti progettuali.

Alla presenza dei Sigg. ing. R. Breda
Per conto della ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
e. dei Sigg F.Ciarniello

di Nippon Gases Pharma S.r.l., si è proceduto in data odierna alla consegna del presente verbale di collaudo.
Tale verbale e i singoli allegati citati, è letto, confermato e sottoscritto.

Località: Pescara (PE)

Data 26/11/2024

Fabbricante:
Nippon Gases Pharma S.r.l.
Resp. progetto
F.Ciarniello

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'F. Ciarniello', written over a horizontal line.

Committenza:
ASL di Pescara-P.O. di PESCARA
Ufficio Tecnico
ing. R. Breda

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Breda', written over a horizontal line.



itemoxygen

Item Oxygen S.r.l. a socio unico
 soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Elfe Holding S.r.l.
 Via Le Fogge, 11 - 70022 Altamura (BA) - Italy P.IVA/C.F. 06068560728
 Tel. +39 080 314 36 47 - Fax +39 080 316 06 11
 info@itemoxygen.com - item.oxygen@legalmail.it - www.itemoxygen.com



| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------|----------------------------------|--|
| LUOGO DI DESTINAZIONE : Ospedale di Pescara "Santo Spirito" - Pronto Soccorso Via Fonte Romana, 8 65124 Pescara PE Commissa 3826 | | | SPETT.LE AZIENDA U.S.L. PESCARA Via Paolini, 47 65124 PESCARA PE CIG: B40877C0F3 | | | Codice Univoco: 5RU082D | | |
| DOCUMENTO D.D.T. | N. DOCUMENTO 115 / 2024 | DATA DOCUMENTO 15/11/2024 | COD. CLIENTE 501.00290 | PARTITA IVA IT01397530682 | CODICE FISCALE | PAG. 1 | | |
| CODICE ARTICOLO /00258 IMP2 | DESCRIZIONE ARTICOLO Trave testaletto N270 barra Din L=1,00 metri | | | | | U.M. pz NR | QUANTITA' 2,00 2,00 | |
| ASPETTO ESTERIORE DEI BENI | COLLI | TRASPORTO A CURA DEL MITTENTE | PORTO | PESO | DATA E ORA INIZIO TRASPORTO 15/11/24 18:35 | | | |
| CAUSALE DI TRASPORTO Vendita | NOTE | | VETTORE scr. Albo N | TELEFONO CLIENTE | | | | |
| FIRMA VETTORE | FIRMA CONDUCENTE | | FIRMA DESTINATARIO <i>[Signature]</i> | | | | | |

*MEDES CONFORME
ALL'ORDINE*

ITEM OXYGEN s.r.l. ha adottato un proprio codice etico ed un modello di organizzazione, gestione e controllo, in conformità ai principi ed alle linee guida previste dal Decreto Legislativo 231/2001. Il Cliente/Fornitore si impegna a rispettare i principi e le norme di comportamento contenute nel Modello Organizzativo Gestionale ex D.Lgs. 231/2001 e nel Codice Etico disponibili sul sito www.itemoxygen.com

ITEM OXYGEN s.r.l., in qualità di Titolare del trattamento, dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di privacy D.Lgs 196/2003 modificato ex D.Lgs. 101/2018 e Regolamento (UE) 2016/679, La informa che i dati personali da Lei forniti saranno trattati nel totale rispetto delle finalità, modalità e dei tempi previsti dagli obblighi legislativi o contrattuali. I dati inoltre non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Per maggiori informazioni La invitiamo a richiedere e prendere visione dell'informatica estesa disponibile sul sito www.itemoxygen.com.

ITEM OXYGEN s.r.l., in applicazione della Legge 5 novembre 2021 n. 162, in vigore dal 3 dicembre 2021 e del Codice delle Pari Opportunità (D.lgs. 198/2006), si è dotata di una Politica aziendale per la Parità di Genere e l'Inclusione (disponibile sul sito www.itemoxygen.com) al fine di valorizzare la pluralità in azienda ed ottenere un luogo di lavoro sempre più accogliente, attento a ciascun individuo e aperto alle diversità, deliberando un Piano Strategico per la Promozione delle Pari Opportunità di Genere, che si pone l'obiettivo apportare un cambiamento culturale e strutturale all'interno dell'azienda, contrastando gli stereotipi di genere ed incoraggiando la partecipazione femminile al management aziendale.



DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DELL'IMPIANTO ALLA REGOLA DELL'ARTE

Il sottoscritto **IANIERI CAMILLO**, titolare o legale rappresentante dell'impresa **IANIERI IMPIANTI SRL**, operante nel settore **ELETTRICO**, con sede in Zona Ind.le Ovest, comune di Casoli (CH), tel. 0872.982169, part. IVA 01926440692

- iscritta nel registro delle imprese (d.P.R. 7/12/1995, n. 581) della Camera C.I.A.A. di Chieti n. 2011
 iscritta all'albo Provinciale delle imprese artigiane (l. 8/8/1985, n. 443) di Chieti n. 32583

esecutrice dell'impianto **Allacci elettrici e Ampliamento Chiamate Infermiere nuove Testa letto "Pronto Soccorso"** inteso come:

- nuovo impianto trasformazione ampliamento manutenzione straordinaria altro

commissionato da: **AUSL Pescara - Via Renato Paolini (p.i. 01397530682)**, installato nei locali siti nel comune di **65124 Pescara (Pe)**, P.S. **Via Renato Paolini n. 47**, di proprietà di **Azienda USL Pescara (p.i. 01397530682)**, **Via Renato Paolini, 47 - 65124 Pescara Pe**, in edificio adibito ad uso:

- industriale civile commercio altri usi;

L'impianto ha una potenza massima impegnabile di kW. contrattuali

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, che l'impianto è stato realizzato in modo conforme alla regola dell'arte, secondo quanto previsto dall'art. 6, tenuto conto delle condizioni di esercizio e degli usi a cui è destinato l'edificio, avendo in particolare:

- rispettato il progetto redatto ai sensi dell'art. 5 da
 seguito la norma tecnica applicabile all'impiego: DM 37/08; norma CEI 64-8
 installato componenti e materiali adatti al luogo di installazione (artt. 5 e 6)
 controllato l'impianto ai fini della sicurezza e della funzionalità con esito positivo, avendo eseguito le verifiche richieste dalle norme e dalle disposizioni di legge

Allegati obbligatori:

- progetto ai sensi degli articoli 5 e 7
 relazione con tipologie dei materiali utilizzati
 schema di impianto realizzato
 riferimento a dichiarazioni di conformità precedenti o parziali, già esistenti
 copia del certificato di riconoscimento dei requisiti tecnico-professionali
 attestazione di conformità per impianto realizzato con materiali o sistemi non normalizzati

Allegati facoltativi:

- istruzioni per l'uso e la manutenzione dell'impianto (art. 8)
 descrizione completa dell'intervento eseguito
 ALL. 1 e 2

DECLINA

ogni responsabilità per sinistri a persone o a cose derivanti da manomissione dell'impianto da parte di terzi ovvero da carenze di manutenzione o riparazione.

data 17/12/2024

Il responsabile tecnico

(timbro e firma)

Il dichiarante

IANIERI IMPIANTI S.R.L.
66043 CASOLI (CH)

(timbro e firma)

AVVERTENZE PER IL COMMITTENTE: responsabilità del committente o del proprietario, art. 8



A. S. L. PESCARA
VIA R. PAOLINI N.45
PESCARA (PE), ITALIA, CAP: 65124
C.F. e P.IVA 01397530682



Tel : (+39) 085
Fax :4521

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : 20-2024-196
DEL : 31/10/2024
DATA CONSEGNA :
DATA FINE CONSEGNA :

FORNITORE

Spett.le
(19791) ITEM OXYGEN S.R.L.
P.I.: 06068560728
VIA LE FOGGE, 11
70022 ALTAMURA, BA
Telefono : 080/3143647

Budget di Spesa : UAUT-2024-18/3

Conto : 0101020502 - Attrezzature generiche

| Codice | Descrizione | UM | Quantita | Prezzo Unit. | %Sc | Imponibile | %IVA |
|--|-------------|-----|----------|--------------|------|------------|-------|
| 340214 | | NUM | 2,00 | 1 250,00 | 0,00 | 2 500,00 | 22,00 |
| FORNITURA TRAVE TESTALETTO ED ACCESSORI COMPRESIVO DI MANODOPERA E ASSISTENZA | | | | | | | |

CIG: B40877C0F3 - APPROVAZIONE PREVENTIVO
ED AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI
NR. 2 TRAVI TESTALETTO ED ACCESSORI
PER LE ESIGENZE DELL'UOC MEDICINA E
CHIRURGIA D'URGENZA DEL P.O. DI

Cdc: C08C02C00 UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA - PO PESCARA Q.tà 2,00

| COD IVA | IVA% | IMPONIBILE | IMPOSTA |
|---------|-------|------------|---------|
| I22 | 22,00 | 2 500,00 | 550,00 |

TOTALE IMPONIBILE

2 500,00

TOTALE IVA

550,00

TOTALE ORDINE

3 050,00

Luogo consegna

LTCPE - MAGAZZINO TECNOLOGICO PESCARA
VIA R. PAOLINI, 47
PESCARA,65100



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45 - 65124 Pescara - P. IVA 01397530682 - www.asl.pe.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

UOC INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 3791

DEL 04/11/2024

OGGETTO: OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO ED AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI NR 2 TRAVI TESTALETTO ED ACCESSORI PER LE ESIGENZE DELLA UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA DEL P.O. DI PESCARA, ALLA DITTA ITEM OXYGEN SRL - AI SENSI DELL'ART.50, COMMA 1- LETTERA B) DEL D.LGS. 36/2023 – CIG B40877C0F3;

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO ED AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI NR 2 TRAVI TESTALETTO ED ACCESSORI PER LE ESIGENZE DELLA UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA DEL P.O. DI PESCARA, ALLA DITTA ITEM OXYGEN SRL - ai sensi dell'art.50, comma 1- lettera b) del D.Lgs. 36/2023 – CIG B40877C0F3;

Nella sede dell'Azienda A.S.L. di Pescara, il Dott. Ing. Vincenzo Lo Mele Direttore UOC Ingegneria Clinica- HTA dell'ASL di Pescara, nominato con deliberazione del Direttore Generale n.1660 del 14 novembre 2023, nell'esercizio delle funzioni ad essa delegate, ha adottato la seguente determinazione dirigenziale:

VISTE le richieste con nota mail del 09/09/2024 e del 16/09/2024 pervenute da parte della Dott.ssa T.F. – Direttrice UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza del PO di Pescara - sulla necessità di installare n° 2 travi testaletto per il completamento di n° 2 postazioni appartenenti rispettivamente alla “Sala Rosa” e alla “Stanza Fine Vita” della UOC Medicina e Chirurgia Di Accettazione ed Urgenza del P.O. di Pescara;

CONSIDERATO che l'UOC Ingegneria Clinica della ASL di Pescara ha effettuato un sopralluogo in loco in data 14/10/2024, accertando la necessità di procedere all'acquisto e all'installazione di n° 2 travi testaletto per le esigenze della UOC Medicina e Chirurgia Di Accettazione ed Urgenza del P.O. di Pescara;

RITENUTA l'opportunità da parte della scrivente UOC Ingegneria Clinica della Asl di Pescara di contattare direttamente la ditta produttrice Item Oxygen s.r.l., la quale ha fatto pervenire il preventivo nr. PR 2491/00 – 3826/24 del 16/10/2024 per un importo pari ad € 2.687,60+IVA22% revisionato di €2.500,00+iva22% per accettazione di scontistica;

VALUTATA la necessità dunque di procedere all'affidamento dell'intervento in argomento alla ditta Item Oxygen s.r.l. per l'importo autorizzato pari ad € 2.500,00 + IVA 22%, approvato dal Direttore U.O.C., Ingegneria Clinica – HTA Ing. Vincenzo Lo Mele, ai sensi dell'art.50, comma 1- lettera b) del D.Lgs. 36/2023;

PRESO ATTO che la ditta affidataria provvederà ad emettere quanto previsto dalla L.136/2010 circa l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari, contemporaneamente all'accettazione dell'affidamento.

ACQUISITO il codice CIG: B40877C0F3;

IL DIRETTORE UOC INGEGNERIA CLINICA H.T.A

VISTO ai sensi dell'art.50, comma 1- lettera b) del D.Lgs. 36/2023;

VISTO il D.L. n. 76/2020 e s.m.i.;

VISTA la delibera nr. 705 del 28.06.2012 avente per oggetto “Approvazione del Regolamento Aziendale per la disciplina dei procedimenti di adozione delle Deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dei Dirigenti immediatamente esecutive;

VISTO l'Atto Aziendale redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 modificativo del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. approvato con

delibera del Direttore Generale di questa Azienda n. 220 del 02/03/2018;

DETERMINA

1. **DI CONSIDERARE** le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. **DI PRENDERE ATTO** della necessità di provvedere alla fornitura e all'installazione di n° 2 travi testaletto per le esigenze dell'UOC Medicina e Chirurgia Di Accettazione ed Urgenza del P.O. di Pescara;
3. **DI APPROVARE** l'offerta economica del 16/10/2024 presentato dalla ditta Item Oxygen s.r.l per un importo pari ad € 2.500,00 +IVA22%, approvato dal Direttore dell'Ingegneria Clinica HTA Ing. Vincenzo Lo Mele;
4. **DI AFFIDARE** l'intervento alla ditta ITEM OXYGEN SRL - ai sensi dell'art.50, comma 1- lettera b) del D.Lgs. 36/2023, al prezzo autorizzato di € 2.500,00+ IVA22%;
5. **DI DARE ATTO** che la somma complessiva di € 3.050,00 IVA compresa relativa al Servizio in argomento va registrata in contabilità Economico Patrimoniale del Bilancio 2024 come segue alla voce di conto 07.03.03.01.01.01;
6. **DI PUBBLICARE** il presente atto sul sito www.asl.pe.it link "Amministrazione trasparente" - settore 11 - bandi di gara e contratti- ai sensi e per gli effetti art. 37 co2, D.Lgs. n. 33/2013;
7. **DI DARE ATTO** che la documentazione completa relativa all'affidamento in argomento, i cui estremi sono citati in premessa, è custodita agli atti degli Uffici dell'Ingegneria Clinica – HTA dell'Azienda ASL di Pescara;
8. **DI CONFERIRE** al presente atto la clausola dell'immediata esecutività.

UOC INGEGNERIA CLINICA

| | |
|--------------------|----------------------|
| L'Istruttore | Il Direttore |
| Francesca D'Orazio | Vincenzo Lo Mele |
| | firmato digitalmente |

Voce di conto: 07.03.03.01.01.01 Anno : 2024

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 04/11/2024 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.
