



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA
SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO
DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Deliberazione del Commissario Straordinario N. 295 del 23/03/2020

PROPONENTE: UOC AFFARI GENERALI

OGGETTO: Presa d'atto accettazione donazione beni dalla Eubios s.r.l., dal sig. Franco Pepe e dal Lions Club Real Sito di San Leucio.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Oggetto: Presa d'atto accettazione donazione beni dalla Eubios s.r.l., dal sig. Franco Pepe e dal Lions Club Real Sito di San Leucio.

Il Direttore UOC AFFARI GENERALI

a conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e agli atti della UOC, rappresenta che ricorrono i presupposti per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Premesso che

- questa Azienda, al fine di fronteggiare con maggiore incisività l'emergenza dovuta alla diffusione del Covid – 19, ha pubblicato, tra l'altro, sul proprio sito, un Avviso raffigurante le informazioni necessarie per effettuare donazioni da parte di terzi;
- con e-mail del 13/03/2020, il sig. Franco Pepe si è fatto promotore di una iniziativa per prospettare la donazione di n. 1 respiratore polmonare e di n. 30 mascherine da destinare a questa Azienda;
- a tale iniziativa si sono uniti la ditta *Eubios s.r.l.* e il *Club Lions Real Sito di San Leucio*;

Preso atto che

- i predetti donatori hanno acquistato, al fine di dotare questa Azienda di ulteriori dispositivi per fronteggiare all'emergenza suindicata, i seguenti beni:
 - ~ n° 1 ventilatore polmonare;
 - ~ n° 30 mascherine facciali;
 - ~ n° 10 circuiti respiratori;
- il Direttore U.O.C. Provveditorato ha demandato la fase procedimentale relativa alla adozione dell'atto deliberativo alla U.O.C. Affari Generali;

Precisato che

nessita perfezionare l'acquisizione dei beni di cui trattasi al patrimonio aziendale;

Ritenuto

pertanto, di poter procedere all'accettazione della donazione narrata in premessa da parte del sig. Franco Pepe, della *Eubios s.r.l.* e del *Lions Club Real Sito di San Leucio*;

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di prendere atto della donazione posta in essere dal sig. Franco Pepe, dalla *Eubios s.r.l.* e dal *Lions Club Real Sito di San Leucio*;
2. di perfezionare l'accettazione e l'acquisizione dei seguenti beni:
 - ~ n° 1 ventilatore polmonare;
 - ~ n° 30 mascherine facciali;
 - ~ n° 10 circuiti respiratori;
3. di precisare che i materiali di cui al punto 2. sono stati già collaudati dalla ditta *HC Hospital Consulting*, dei quali certificati sono allegati in copia al presente provvedimento e ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
4. di demandare alle UU.OO.CC. Provveditorato ed Economato, Tecnologia Ospedaliera e Gestione Economico – Finanziaria le procedure per l'acquisizione al patrimonio dell'Azienda dei beni di cui trattasi e tutti gli eventuali adempimenti connessi, ai sensi del *Funzionigramma* statuito con Deliberazione del Commissario Straordinario n° 190 del 04/11/2019;

Deliberazione del Commissario Straordinario

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

5. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alle UU.OO.CC. Gestione Economico – Finanziaria, Appropriatezza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Provveditorato ed Economato, Tecnologia Ospedaliera ed ai summenzionati donatori;
6. di rendere il presente provvedimento immediatamente eseguibile, al fine di permettere l'utilizzo tempestivo dei beni di cui trattasi.

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI
dott. Eduardo Chianese

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
avv. Carmine Mariano

nominato con D.G.R.C. n. 393 del 06/08/2019
insediatosi nelle funzioni in data 12/08/2019, giusta deliberazione CS n°1 del 12/08/2019

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore U.O.C. **AFFARI GENERALI**
Acquisito il parere del Sub Commissario Sanitario

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- 1) **PRENDERE ATTO** della donazione posta in essere dal sig. Franco Pepe, dalla *Eubios s.r.l.* e dal *Lions Club Real Sito di San Leucio*;
- 2) **PERFEZIONARE** l'accettazione e l'acquisizione dei seguenti beni:
 - ~ n° 1 ventilatore polmonare;
 - ~ n° 30 mascherine facciali;
 - ~ n° 10 circuiti respiratori;
- 3) **PRECISARE** che i materiali di cui al punto 2. sono stati già collaudati dalla ditta *HC Hospital Consulting*, dei quali certificati sono allegati in copia al presente provvedimento e ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- 4) **DEMANDARE** alle UU.OO.CC. Provveditorato ed Economato, Tecnologia Ospedaliera e Gestione Economico – Finanziaria le procedure per l'acquisizione al patrimonio dell'Azienda dei beni di cui trattasi e tutti gli eventuali adempimenti connessi, ai sensi del *Funzionigramma* statuito con Deliberazione del Commissario Straordinario n° 190 del 04/11/2019;
- 5) **TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alle UU.OO.CC. Gestione Economico – Finanziaria, Appropriatezza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Provveditorato ed Economato, Tecnologia Ospedaliera ed ai summenzionati donatori;
- 6) **RENDERE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile, al fine di permettere l'utilizzo tempestivo dei beni di cui trattasi.

Il Commissario Straordinario
avv. Carmine Mariano

Deliberazione del Commissario Straordinario

Richiesta d'Intervento

A.O. S.Anna e S.Sebastiano di Caserta - Servizio di
Ingegneria Clinica

Dettaglio richiesta - 2020/C00057 Tipo - Collaudo


Data 18/03/2020 09:29:54	Data guasto	Data ripristino 18/03/2020 10:40:00
Richiedente	Altro richiedente	
Tecnico assegnatario Paolo Letizia	Contratto - -	
Guasto segnalato		
Note SI RICHIEDE COLLAUDO PER N. 1 VENTILATORE POLMONARE PRESSO REPARTO DI PNEUMOLOGIA ALLE ORE 09:30 DEL 18/03/2020.		

Anagrafica apparecchio

Apparecchio T005463	CIVAB VPODXB@3	Inventario ente
Struttura Ospedale S.Anna e S.Sebastiano	Ubicazione Via F. Palasciano CASERTA	
Padiglione C	Piano -01	
Reparto PNEUMOLOGIA	Stanza MEDICHERIA	
Costruttore COVIDIEN	Modello 560 PURITAN BENNET	Matricola 40966N0091
Descrizione VENTILATORE POLMONARE PER USO OSPEDALIERO		
Centro di costo A042401 - PNEUMOLOGIA - DEGENZA ORDINARIA		

Dettagli interventi

Data	Codice	Guasto riscontrato	Esito
19/03/2020	2020/V01532/01		RI - Superato
18/03/2020	2020/C00057/01	Nessuno - Attività programmata	RI - Richiesta evasa

	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 4 - SCHEDA APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): _____ Codice Apparecchio: 1005463 Key number: _____
 Configurazione: ☒ Singolo; ☐ A sistema: alimentato da altro apparecchio; ☐ A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: _____
 Importo delibera di acquisto: DOVAZIONE + IVA ☐ importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: 2020 Numero repertorio: 1806872 [NA]
 Effettuata Fotografia: ☒ [NA] CND: E12030103 [NV]

Accessori forniti con l'apparecchio:

N°	Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto
1				
2				
3				
4				

Manuale Utente: Rev C-07 Data: 2016 Lingua: ☒ Italiano; ☐ [OK] [KO]
 Manuale Service: Rev _____ Data: _____ Lingua: _____ [OK] [KO] [NA]

Dichiarazione di conformità: ☐ MDD 93/42; ☐ MDR 2017/745; ☐ IVDD 98/79; ☐ IVDR 2017/746; ☐ [] si allega
 Classe di rischio apparecchiatura: [NA] Certificato CE (MD/IVD): ☒ [KO] [NA] [] si allega
 UDI: [NA]

Release Software e data: [NA] Lingua interfaccia software: _____
 Indirizzo IP: _____ Gateway: _____ Server address: _____ MAC address: ☒ [NA] [NV]
 Fornite password specifiche: ☒ [NA] [NV]

Normativa/e di riferimento:

Check list manutenzione preventiva: [OK] [KO] ☒ [] si allega
 Periodicità manutenzione preventiva: _____ [] si allega
 Altra documentazione: _____

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: ☒ [KO] [NA] [NV]
 Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): ☒ [KO] [NA] [NV]
 Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: ☒ [KO] [NA]
 Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza): _____

Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): [OK] ☒ [NA] [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)


Durata della garanzia (mesi): _____ Data inizio garanzia: _____ Data fine garanzia: _____
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: ☐ Vizi occulti; ☐ Manutenzione Preventiva; ☐ Manutenzione su guasto
☐ Contratto full risk
☐ Kit Manutenzione
☒ Materiale di consumo VEDI NOTE :[NA]

SEZIONE 5 - VERIFICHE TECNICHE

Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornitore: ☐ sul luogo di installazione; ☐ fabbrica [OK] [KO] ☒ [] si allega
 Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: ☐ sul luogo di installazione; ☐ fabbrica [OK] [KO] ☒ [] si allega
 Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: ☒ sul luogo di installazione; ☐ laboratorio ☒ [KO] [NA] [] si allega
 Codice richiesta VSE: _____ Altri controlli: _____

Note

30 RASCHERINE LOTTO 140704
10 CIRCUITI LOTTO 71F13H1622

	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: _____

SEZIONE 1 – ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE	<u>SARIO LIFE</u>			<input type="checkbox"/> Non disponibile
OFFERTA/RDO	N°	:	DEL:	<input checked="" type="checkbox"/> Non disponibile
ORDINE	N°	:	DEL:	<input checked="" type="checkbox"/> Non disponibile
DELIBERA/DETERMINA	N°	:	DEL:	<input checked="" type="checkbox"/> Non disponibile
DDT	N°	:	DEL:	<input type="checkbox"/> Non disponibile
	N°	:	DEL:	<input type="checkbox"/> Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: _____ +IVA

TIT. PROPRIETÀ: ☐ Acquisto; ☐ Visione; ☐ Comodato service; ☐ Noleggio; ☒ DOVAZIONE

STRUTTURA: AORU SAN SEBASTIANO REPARTO: PNEUMOLOGIA

PADIGLIONE: N PIANO: 2 STANZA: DEA 02 ST. MEDICHERIA

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: _____

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Codice Richiesta
	<u>T00S463</u>	<u>VPO</u>	<u>COVIDIEN</u>	<u>560 VENTIL.</u>	<u>40966N0</u> <u>032</u>		<u>2020/0005A</u>

SEZIONE 3 – CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : _____

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (☐ allegata Check list riscontro)

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (☒ allegato DDT riscontro)

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____


Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data _____

Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08

[☒] [KO] [NA] [NV]
☒ [KO] [NA]
☒ [KO] [NA]
☒ [KO]
☒ [KO] [NA] [] si allega [GP*]
☒ [KO] [~~NA~~] [] si allega [GP*]

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

Note

	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

☐ _____

Commissione

Data: 18/03/2020

Nome Cognome: Dott. Ponticello

Nome Cognome: PAOLO LETIERA

Nome Cognome: AMEDEO ABATEGIOVANNI

Note:

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: _____

Data: _____

Firma: _____

Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 18/03/2020 Data fine garanzia: 17/03/2021

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: AMEDEO ABATEGIOVANNI Data: 18/03/2020

Firma: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

☐ POSITIVO

☐ NEGATIVO

☐ _____

Esperto Qualificato (EQ) – Nome Cognome: _____

Data: _____

Firma: _____

[X]

Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____

Data: _____

Firma: _____

[X]

Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____

Data: _____

Firma: _____

[X]

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 programata, 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 alle specifiche di utilizzo richieste.

Responsabile UO – Nome Cognome: Dott. Ponticello Data: 18/03/2020

Timbro e Firma: _____

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

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

☒ POSITIVO

☐ NEGATIVO

☐ _____

Responsabile IC – Nome Cognome: Dott. Ponticello Data: _____

Timbro e Firma: _____

*L'entità assegnata è stata elaborata sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2020/C00057/01	Tipo Collaudo
Data Inizio 18/03/2020 Ora Inizio 09:40	Data Fine 18/03/2020 Ora Fine 10:40

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio C000001	Presidio Ospedale S. Anna e S. Sebastiano
Descrizione COLLAUDO GENERICO	Reparto /
Costruttore /	Stanza -
Modello /	Matricola Inventario Ente

GUASTO RISCONTRATO

Nessuno - Attività programmata

DESCRIZIONE INTERVENTO

eseguito collaudo di accettazione VPO con esito positivo fornitore non presente trattasi di donazione

Ore lavoro 01:00 **Ore viaggio** 00:00

ESITO INTERVENTO

[R] - Richiesta evasa

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

Cognome Nome Tecnico Letizia Paolo

Firma Tecnico



Cognome Nome Utente Dott Ponticello

Firma Utente





**VERBALE COLLAUDO
DISPOSITIVO MEDICO ELETTROMEDICALE**

ISTRUZIONE DI RIFERIMENTO 10STC001

10STM001

Rev. 5.0 del 01/04/2016

Numero/anno 387/2020

DATI ANAGRAFICI CLIENTE

DATA	05/03/2020	TECNICO	CAZZANIGA ANDREA
MODELLO	PB-560 VENTILATORE POLMONARE / 99350121		

FAMIGLIA DISPOSITIVO MEDICO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AEROSOL | <input type="checkbox"/> ASPIRATORE | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE TOSSE |
| <input type="checkbox"/> AUTOBILEVEL | <input type="checkbox"/> AUTOCAPAP | <input type="checkbox"/> BILEVEL |
| <input type="checkbox"/> CHEYENE-STOKES | <input type="checkbox"/> CONCENTRATORE OSSIGENO | <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> GINNASTICA RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> GRUPPI DI CONTINUITA' | <input type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMETRICI |
| <input type="checkbox"/> MONITOR SIDS | <input type="checkbox"/> NEBULIZZATORI ULTRASUONI | <input type="checkbox"/> NED |
| <input type="checkbox"/> NPD | <input type="checkbox"/> POLISONNIGRAFI | <input type="checkbox"/> VENTILATORE PRESSOMETRICO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VENTILATORE PRESSOVOLUMETRICO | <input type="checkbox"/> SATURIMETRI/CAPNOGRAFI | <input type="checkbox"/> SPIROMETRI |
| <input type="checkbox"/> TELEMONITORAGGIO | <input type="checkbox"/> THE VEST | <input type="checkbox"/> UMIDIFICATORI RISCALDATI |
| <input type="checkbox"/> VENTILATORI ALTRI | <input type="checkbox"/> VENTILATORE VOLUMETRICO | <input type="checkbox"/> ALTRO |

MATRICOLA

SAPIO LIFE 40966N0091

CONTROLLI ESEGUITI

- | | | |
|---|--|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA INTEGRITA' | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA FUNZIONALITA' | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA CONFORMITA' D.Lgs. 46/97 ed integrazioni | | |
| presenza manuale d'uso in lingua italiana | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| etichette riportanti produttore e dati tecnici | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| marchio CE | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA SICUREZZA ELETTRICA | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| <input type="checkbox"/> VERIFICA CONCENTRAZIONE OSSIGENO | POSITIVO | NEGATIVO |
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA PARAMETRI VENTILATORI E ALLARMI | <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO | NEGATIVO |
| <input type="checkbox"/> SIMULAZIONE PARAMETRI E ALLARMI | POSITIVO | NEGATIVO |

ANALIZZATORE/I	000250 - 9885049 / FLUKE BIOMEDICAL ESA620	000534 - BA120882 / IMT MEDICAL PF-300
MODELLO/I:	-	

MATRICOLA/E: 000250 000534

Gli analizzatori e i simulatori utilizzati per il collaudo sono certificati; copia dei certificati di taratura sono disponibili previa richiesta scritta al S.A.T. Sapiro Life.

ESITO COLLAUDO

- ☒ POSITIVO
☐ NEGATIVO

Timbro e firma del Cliente

-COLLAUDO EFFETTUATO E APPROVATO DA CAZZANIGA ANDREA
-VERIFICATO DA Mazzoleni Gianmario IN DATA 05/03/2020 16:02

Copia Filiale



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA
SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO
DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Deliberazione del Commissario Straordinario N. 295 del 23/03/2020

PROPONENTE: UOC AFFARI GENERALI

OGGETTO: Presa d'atto accettazione donazione beni dalla Eubios s.r.l., dal sig. Franco Pepe e dal Lions Club Real Sito di San Leucio.

In pubblicazione dal 23/03/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

Redatto da

Pasquale Cecere

Elenco firmatari

Carminio Mariano - DIREZIONE GENERALE

Antonietta Siciliano - DIREZIONE SANITARIA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI