



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2026

N. 1649

Data 14/10/2026

**OGGETTO: PROPOSTA DI DONAZIONE A FAVORE DELLA ASL DI PESCARA DI
"SCALDABIBERON" DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI NEONATOLOGIA-TIN DEL P.O.
DI PESCARA -ACCETTAZIONE-**

IL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: PROPOSTA DI DONAZIONE A FAVORE DELLA ASL DI PESCARA DI "SCALDABIBERON" DA DESTINARE ALLA U.O.C. DI NEONATOLOGIA-TIN DEL P.O. DI PESCARA
-ACCETTAZIONE-

PREMESSO che la Sig.ra Di Nicola Luisa, in qualità di Presidente dell'Associazione "*L'Abbraccio dei Prematuri*", con sede legale a Castelnuovo Vomano (TE), Via Toti n°1/A, con nota allegata quale parte integrante e sostanziale del presente atto, ha proposto di donare alla ASL di Pescara n° 2 (due) "**SCALDABIBERON**", del valore complessivo di € 5.368,00 comprensivo di iva (22%), da destinare alla U.O.C. di Neonatologia-TIN del P.O. di Pescara;

PRESO ATTO che:

- la proposta di donazione contiene le indicazioni di cui all'art. 3 del Regolamento dei contratti di donazione e comodato, adottata dall'ASL di Pescara con atto deliberativo n. 811 del 21/07/2010;
- sussistono i presupposti dell'accettazione della donazione in oggetto di cui all'art. 4 del citato Regolamento;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 5 punto 5) del Regolamento dei contratti di donazione e comodato adottato dall'ASL di Pescara, l'accettazione di una donazione è stabilita con deliberazione del Direttore Generale su proposta del Responsabile della U.O.C. ABS;

EVIDENZIATO che, hanno espresso parere favorevole alla suddetta donazione:

- La Dott.ssa Susanna Di Valerio, Direttore della U.O.C. di Neonatologia-TIN del P.O. Pescara;
- Il Dr. Ing. Antonio Busich, Direttore della U.O.C. Servizi Tecnici e Manutentivi del P.O. di Pescara;
- Il Dr. Ing. Vincenzo Lo Mele, Direttore della U.O.C. Ingegneria Clinica HTA del P.O. di Pescara;

RILEVATO che, la donazione in parola, non comporta alcun onere, né vincolo contrattuale futuro, per questa Azienda Sanitaria;

PRESO ATTO che l'accettazione di una donazione dovrà essere comunicata ai soggetti ed Uffici di cui all'art. 5 punti 5) e 6) del regolamento aziendale;

VISTO il Regolamento dei contratti di donazione e comodato, adottato dalla ASL di Pescara con atto deliberativo n. 811 del 21/07/2010;

DELIBERA

- 1. DI ACCETTARE** la proposta di donazione avanzata dalla Sig.ra Di Nicola Luisa, in qualità di Presidente dell'Associazione "*L'Abbraccio dei Prematuri*", con sede legale a Castelnuovo Vomano (TE), Via Toti n°1/A, la quale, con nota allegata quale parte integrante e sostanziale del presente atto, ha proposto di donare alla ASL n° 2 (due) "**SCALDABIBERON**", del valore complessivo di € 5.368,00 comprensivo di iva (22%), da destinare alla U.O.C. di Neonatologia-TIN del P.O. di Pescara;
- 2. DI TRASMETTERE** il presente atto al responsabile della struttura beneficiaria della donazione, al Direttore della U.O.C. Servizi Tecnici e Manutentivi e al Direttore della U.O.C. Ingegneria Clinica HTA del P.O. di Pescara per i successivi adempimenti di competenza;
- 3. DI NOTIZIARE** il donante dell'avvenuta accettazione;
- 4. DI DARE ATTO** che, ai sensi della Legge regionale n. 10/2022 decorsi i termini di pubblicazione di cui alla L. n. 69/2009, il presente provvedimento, sarà soggetto a pubblicazione integrale;
- 5. DI DISPORRE** che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato nell'Albo Pretorio Aziendale e nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- 6. DI DARE ATTO che** il presente provvedimento, ai sensi dell'art.6 del regolamento interno

approvato con Delibera del Direttore Generale n° 705 del 28 Giugno 2012, è immediatamente esecutivo.



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Ufficio Approvvigionamento Beni e Servizi

Via Renato Paolini n. 47 – 65124 PESCARA

Web: www.ausl.pe.it

e-mail: info.urp@ausl.pe.it

PEC: aslpescara@postecert.it

Tel. 085 425 3035 Fax 085 425 3024

PROPOSTA DI DONAZIONE

(Resa in conformità a quanto disposto dal regolamento dell'ASL di Pescara in tema di contratti di donazione e comodato adottato con l'atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010)

DONANTE PERSONA FISICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in _____ cap _____ alla Via _____

Cod. fiscale _____ n. tel. _____, e-mail _____

in possesso della capacità giuridica ad effettuare donazioni;

DONANTE PERSONA GIURIDICA

Il/La sottoscritto/a LISA DI NICOLA nato/a a _____ il _____

nella qualità di PRESIDENTE della società L'ABBRACCIO DEI PRETORI

con sede legale in CASTELNUOVO VOMANO alla Via TOTI n. 1/4

cod./fiscale/partita IVA 9445460684 n. tel. _____ n. fax _____

e-mail _____ autorizzato ad agire in nome e per conto della predetta società

giusta procura generale/speciale n. _____ del _____

PROPONE DI DONARE

(barrare la casella corrispondente)

☐ La somma di denaro di € _____ a favore dell'ASL di Pescara con il seguente vincolo di destinazione _____

☒ Il seguente bene VEDI DOC ALLEGATO da destinare alla seguente struttura Sanitaria dell'ASL di Pescara UOC NEONATOLOGIA - TIN - NUBO

del quale si indicano i seguenti dati:

Produttore CAIR

Marchio CAIR

Costo IVA inclusa _____

Ditta dalla quale è stato acquistato _____

Del quale si dichiara che:

(barrare la casella corrispondente)

- ☐ Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- ☐ Necessita di beni di consumo sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- ☐ Necessita di beni di consumo
- ☐ Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- ☐ Necessita di beni accessori sui quali la ditta produttrice non possiede diritti di esclusiva;
- ☒ Non necessita di accessori.

Del quale intende donare:

(barrare la casella corrispondente)

- ☐ Materiali di consumo;
- ☐ Materiali accessori;
- ☐ Diritti di garanzia.

Del quale produce la seguente documentazione:

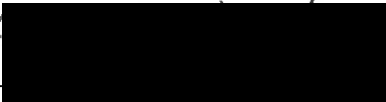
(barrare la casella corrispondente)

- ☒ Documentazione Tecnica;
- ☒ Certificazione attestante la conformità del bene ai requisiti previsti dalla vigente normativa che ne disciplina le caratteristiche;
- ☒ Fattura di acquisto;
- ☒ Copia dei documenti relativi alla garanzia

Data

18/06/26

Firma

X 

(N.B. allegare fotocopia di un documento d'identità del dichiarante in corso di validità)

PARERI SULLA PROPOSTA DI DONAZIONE

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA BENEFICIARIA DELLA DONAZIONE

reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 5 comma 2) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010

Il / La sottoscritto/a SUSANNA DI VALERIO in qualità di responsabile della OCNEONATOLOGIA
IN REZINIO preso atto della proposta di donazione avanzata da L'ABBRACCIO DEL
relativa a N°2 SCADABIBER PRETORI esprime il seguente parere sulla sua accettazione:

(barrare la casella corrispondente)

☒ Favorevole;

☐ Non Favorevole;

per i seguenti motivi rispondere i bisogni a secco ad
una giusta temperatura

la somma di denaro proposta in donazione verrà impiegata per le seguenti finalità _____

(parte da compilare soltanto in caso di proposta di donazione di somma di denaro)

Data

17/06/26

Firma



PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UFFICIO PREVENZIONE E PROTEZIONE PER LA SICUREZZA INTERNA DELL'ASL DI PESCARA

reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma II punti 6) 7) 8) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010

(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione di beni)

Il/la Sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile dell'Ufficio
Prevenzione e Protezione per la Sicurezza interna dell' Ausl di Pescara, esaminata la
documentazione tecnica inerente al bene _____
esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

☐ Favorevole in quanto il bene offerto risponde ai requisiti di conformità previsti dalla vigente normativa e non presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

☐ Non favorevole in quanto il bene offerto non risponde ai requisiti di conformità previsti dalla vigente normativa e presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

Data

Firma

PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UFFICIO CED DELL'ASL DI PESCARA

*reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma II punti 7) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010*

**(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione inerente a strumenti
informatici)**

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile dell'Ufficio
CED dell' Ausl di Pescara, esaminata la documentazione tecnica inerente al seguente strumento
informatico:

esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

☐ Favorevole in quanto il bene offerto è compatibile con il sistema informatico dell' ASL di Pescara.

☐ Non favorevole in quanto il bene offerto non è compatibile con il sistema informatico dell' ASL di
Pescara per i seguenti motivi: _____

Data

Firma

PARERE DEL RESPONSABILE U.O.C. INGEGNERIA CLINICA HTA

reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma II punti 7) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010

**(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione inerente strumenti /
apparecchiature cliniche varie / altri beni)**

Il/la Sottoscritto/a VINCENTO LO NERCI in qualità di Responsabile della U.O.C.

INGEGNERIA Clinica HTA esaminata la documentazione tecnica inerente al seguente bene:

SCALDABOILI E CNO DA PNEUMATI

esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

☒ Favorevole in quanto il bene offerto è compatibile con i locali presso i quali il bene deve essere
allocato, è compatibile con gli impianti tecnologici ed elettrici della ASL, ovvero ogni altra legge o
norme vigenti, applicabile alla fattispecie;

☐ Non favorevole in quanto il bene offerto non è compatibile con le esigenze della ASL per i
seguenti motivi:

Data

8/10/26



**PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UFFICIO PREVENZIONE E PROTEZIONE PER LA
SICUREZZA INTERNA DELL'ASL DI PESCARA**

reso in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 4 comma II punti 6) 7) 8) Regolamento ASL
adottato con atto deliberativo n. 811 del 21.07.2010

(parere da esprimere soltanto in caso di proposta di donazione di beni)

Il/la Sottoscritto/a ANTONIO BUSICH in qualità di Responsabile dell'Ufficio
Prevenzione e Protezione per la Sicurezza interna della ASL di Pescara, esaminata la documentazione
tecnica inerente al bene SCALDA BIBERON

esprime il seguente parere in merito all'accettazione della proposta di donazione del bene offerto:

(barrare la casella corrispondente)

☒ Favorevole in quanto il bene offerto risponde ai requisiti di conformità previsti dalla vigente
normativa e non presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

☐ Non favorevole in quanto il bene offerto non risponde ai requisiti di conformità previsti dalla
vigente normativa e presenta rischi per i lavoratori che lo utilizzano;

Data

22/06/2026

Firma

[Redacted Signature]

ASL PESCARA
U.O.C. Servizi Tecnici Manutentivi
IL DIRETTORE
Dr. Ing. Antonio BUSICH



**CAIR ITALIA s.r.l.**

Società Unipersonale

Via S.Benedetto 45/c - Loc.Selve (Z.I.)

35037 - Praglia di Teolo (Padova)

Tel 049-9903426 r.a Fax 049-9903458

www.cairitalia.it - email info@cairitalia.it

Codice Fiscale/Reg.Imprese PD è P.IVA 03277950287

REA PD n°296884 - Capitale sociale € 338.000 i.v.

Società soggetta al diritto di rappresentanza CAIR ITALIA s.r.l. - Padova

ASSOCIAZIONE "L'ABBRACCIO DEI
VIA E. TOTI N. 1/A64020 CASTELNUOVO VOMANO
Italia

P.I.

A02

500

Cod. Anagrafico CIT64CASTE00448		Partita IVA o Codice Fiscale		Tipo Documento DOC. TRASPORTO	Nr. Documento CIT26DEL06440	Data Documento 26/05/2026	Nr Page 1 / 1
Agente CIT-022	Codice Fiscale 91115760687	Nr Telefono		Banca d'appoggio UNICREDIT SPA			
Riferimento Cliente MAIL 08/05/26		Riferimento Ordine CIT26ORD04978		Pagamento ITBONANT			

Articolo	Descrizione	Lotto numero	Exp.D	Q.TA	Unità	Quantità	Residuo
KF-8X120	Vostro Ordine Numero: MAIL 08/05/26 SCALDABIBE. 8 POSTI 120/130ML	11223582	12-2999	1	UN	2	
		11223583	12-2999	1			

Porto FRANCO		Trasporto a cura del VETTORE		Aspetto esteriore dei beni CARTONI		Causale del trasporto VENDITA	
Nr Pli/Conf 0 / 1	Peso Lordo kg	Peso Netto kg 10,00	Totale Mt.cubi	Data e ora inizio trasp. o cons.		Firma del conducente	Firma del destinatario
VETTORE	BRT SPA PIAZZA DIAZ 7 20123 MILANO (MI)			Luogo di destinazione se diverse dal destinatario ASSOCIAZIONE "L'ABBRACCIO DEI VIA PAOLINI 45 T. INT NEONATALE ALA EST PIANO 6 65122 PESCARA Italia			
	P.IVA IT04507990150	Nr Albo MI0884680CBO	Nr Telefono 0498287811				
	Data e ora del ritiro						

CONDIZIONI DI VENDITA La merce viaggia a rischio e pericolo dell'acquirente, anche se spedita in porto franco - In caso di ammanchi o avarie pertanto, il destinatario dovrà reclamare esclusivamente nei confronti del vettore. Qualsiasi reclamo inerente la natura o la qualità del prodotto fornito dovrà essere comunicato, a pena di decadenza, tramite lettera raccomandata a CAIR ITALIA srl entro 8 gg dalla ricezione della merce.

Il prodotto a fine ciclo di vita dovrà essere smaltito dal detentore in conformità a le disposizioni di legge vigenti.

FATTURA ELETTRONICA

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmettente IT00554810242
Progressivo di invio 99U9P
Formato Trasmissione FPR12
Codice identificativo destinatario M5UXCR1

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA IT03277950287
Codice fiscale 03277950287
Denominazione CAIR ITALIA SRL
Regime fiscale RF01 (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo VIA S. BENEDETTO 45/C
CAP 35037
Comune PRAGLIA DI TEOLO
Provincia PD
Nazione IT

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale 91116760687
Denominazione ASSOCIAZIONE "L'ABBRACCIO DEI PREMATURI ODV"

Dati della sede

Indirizzo VIA E. TOTI N. 1/A
CAP 64020
Comune CASTELNUOVO VOMANO
Provincia TE
Nazione IT

Versione proprietaria con foglio di stile SdiFile_v2026_05_01

Dati generali del documento

Tipologia documento TD24 (fattura differita - art 21 c 4 terzo periodo lett. a - DPR 633/72)
Valuta importi EUR
Data documento 2026-05-26 (26 Maggio 2026)
Numero documento CIT26VE-01346
Importo totale documento 5368.00

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto MAIL 08/05/26
Data ordine di acquisto 2026-05-08 (08 Maggio 2026)

Dati del documento di trasporto

Numero DDT CIT26DEL06440
Data DDT 2026-05-26 (26 Maggio 2026)
Numero linea di fattura a cui si riferisce 2

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio --> Rif. D.D.T. CIT26DEL06440 del 26/05/2026 <--
Valore unitario 00.00
Valore totale 00.00
IVA (%) 22.00

Altri dati gestionali

Tipo dato AswTRiga
Valore testo Descrittivo #DE#

Nr. linea: 2

Codifica articolo

Tipo AswArtFor
Valore KF-8X120
Descrizione bene/servizio SCALDABIBERON da 8 posti per 120/130 ml
Quantità 02.00
Valore unitario 2200.00
Valore totale 4400.00
IVA (%) 22.00

Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio Contributo CONAI assolto
Valore unitario 00.00
Valore totale 00.00

Iva (%) 22.00

Altri dati gestionali

Tipo dato AswTRiga
Valore testo Descrittivo #DE#

Nr. linea: 4

Descrizione bene/servizio Pagamento da effettuarsi presso:
Valore unitario 00.00
Valore totale 00.00
Iva (%) 22.00

Altri dati gestionali

Tipo dato AswTRiga
Valore testo Descrittivo #DE#

Nr. linea: 5

Descrizione bene/servizio UNICREDIT SPA
Valore unitario 00.00
Valore totale 00.00
Iva (%) 22.00

Altri dati gestionali

Tipo dato AswTRiga
Valore testo Descrittivo #DE#

Nr. linea: 6

Descrizione bene/servizio IBAN: [redacted]
Valore unitario 00.00
Valore totale 00.00
Iva (%) 22.00

Altri dati gestionali

Tipo dato AswTRiga
Valore testo Descrittivo #DE#

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%) 22.00
Totale imponibile/importo 4400.00
Totale imposta 968.00
Esigibilità IVA I (esigibilità immediata)

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento TP02 (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

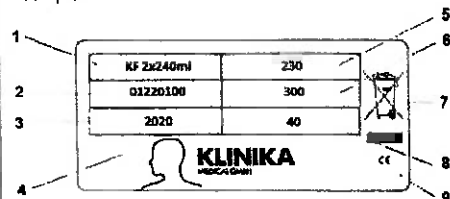
Modalità MP05 (bonifico)
Data scadenza pagamento 2026-05-26 (26 Maggio 2026)
Importo 5368.00
Codice IBAN [redacted]

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato Documento.pdf
Formato PDF
Descrizione Fattura #AL01#

2.2 Targhetta dei dati tecnici

Esempio:



1. Modello di apparecchio
2. Numero di serie
3. Anno di costruzione
4. Produttore
5. Collegamento di rete 230 V
6. Potenza
7. Avvertenza per lo smaltimento
8. Classe di protezione: IP 40
9. Simbolo CE

2.2.1 Identificazione del modello:

Esempio:

KF - 2 x - 240 ml

KLINIFEED™ - 2 x - Bottiglia baby da 240 ml (DM 53 mm)

2.2.2 Spiegazione del numero di serie

Esempio:

01 - 220 - 100

Mese - Anno - Numero di produzione progressivo
Gennaio - 2020 - Apparecchio n° 100

2.3 Classe / tipo di protezione

Classe di protezione: SK I



Tipo di protezione: IP 40

4 = protetto contro i corpi estranei con diametro superiore a 1,0 mm
0 = nessuna protezione contro l'acqua

3 Disimballaggio / controllo dell'apparecchio

- Prestare attenzione all'integrità dell'imballaggio!
- Prestare attenzione all'integrità del contenuto!
In caso di danni rivolgersi alla posta, al trasportatore o allo spedizioniere e avvisare il fornitore. Conservare l'imballaggio danneggiato fino al chiarimento!
- Controllare la completezza del contenuto della fornitura in base ai documenti di consegna e al vostro ordine:
 - ➔ KLINIFEED™
 - ➔ Istruzioni per l'uso
 - ➔ Accessori opzionali

4 Utilizzo

4.1 Personale di servizio

- ➔ Il KLINIFEED™ può essere sottoposto a manutenzione e riparazione esclusivamente da parte di personale qualificato.
- ➔ Le persone soggette a disturbi dello stato di salute, farmaci, droghe, alcol o sovraffaticamento non possono utilizzare l'apparecchio.
- ➔ Il personale di servizio deve essere a conoscenza delle istruzioni per l'uso.
A tale scopo si deve assicurare, tra l'altro, che le istruzioni per l'uso siano sempre disponibili presso l'apparecchio.

4.2 Messa in servizio

1. Posizionare il KLINIFEED™ su una superficie piana e asciutta.
2. Collegare il connettore alla rete di alimentazione elettrica. L'apparecchio deve essere collegato esclusivamente a una presa con interruttore differenziale.
3. Tenere premuto il tasto START per circa 2 secondi. Sul display comparirà V13 e allo stesso tempo sarà emesso un segnale acustico. Il riscaldamento è indicato dai LED accesi alla sinistra del display.
4. Accendere l'apparecchio circa 30 minuti prima dell'inserimento dei campioni per ottenere una distribuzione ottimale del calore nel blocco.

ATTENZIONE:

Questo deve essere controllato con un termometro esterno!

5. Dopo il raggiungimento del valore nominale è possibile iniziare il test vero e proprio. Collocare i flaconi dei campioni negli appositi fori e seguire le indicazioni del produttore dei test!



4.3 Avvertenze di sicurezza e misure precauzionali durante l'uso:

- Pericolo dovuto alle superfici surriscaldate
- Lasciare raffreddare il termoblocco prima di estrarre i corpi estranei dall'apparecchio
- Utilizzare un termometro di controllo

→ L'apparecchio può riscaldarsi fino a ~60 °C!

Si deve assolutamente evitare il funzionamento incustodito!

5 Compensazione di temperatura e impostazione del valore nominale

Il KLINIFEED™ è impostato in fabbrica su 37 °C – 30 min..

Le impostazioni base o gli specifici parametri impostati devono essere controllati regolarmente. Le eventuali divergenze riscontrate possono essere compensate/corrette nel modo seguente. Procedere come segue se si desidera una temperatura diversa:

Compensazione di temperatura:



Premere e tenere premuto il tasto START per 20 secondi. Adesso è possibile accedere alla modalità "Offset".

Qui è possibile effettuare una compensazione di temperatura. (Intervallo della temperatura di offset: da -3 °C a +3 °C - con incrementi di 0,3 °C)

Impostazione del valore nominale:

Funzione di impostazione (...possibile solo tramite rete OFF)

A tale scopo staccare l'apparecchio dalla rete (ad es. estrarre il connettore o accendere e spegnere l'interruttore principale)

Premere e tenere premuto il tasto START mentre si ricollega l'apparecchio alla rete

=> per 20 secondi
(È importante tenere sempre premuto!)

Durante la fase di standby sul display compare $\equiv 53 \triangle$

Adesso si accede alla modalità SETUP e nell'angolo inferiore destro compare il testo "P1" e un punto rosso lampeggiante. Dopo 5 secondi salterà alla modalità successiva.

Prima compare:



P01. $\triangle$ - Indicazione programma

Commutazione automatica dopo 5 sec.

Impostazione della temperatura

Adesso la modalità commuta i tre segmenti 7. Il punto dietro il posto lampeggia. Modificare i valori premendo il tasto START Per 37 °C => 370 // per 37,5 °C => 375 // per ad es. 42 °C => 420

37 °C → 42 °C

Commutazione automatica dopo il ciclo

Impostazione del timer

Ora è possibile impostare/modificare il tempo del timer - ad es. da 30 min. a 45 min. Anche qui i tre segmenti 7 continuano a commutare. Adesso qui è possibile modificare i minuti.

30 Min. → 45 Min.

Commutazione automatica dopo il ciclo

Qui non è presente la funzione timer avanzata quindi è necessario resettare tutti i valori su 000 in caso di ulteriori cicli.



Commutazione automatica dopo il ciclo

Adesso è ancora possibile selezionare secondi e minuti.

per i minuti per i secondi

Salvare automaticamente i valori e confermare con

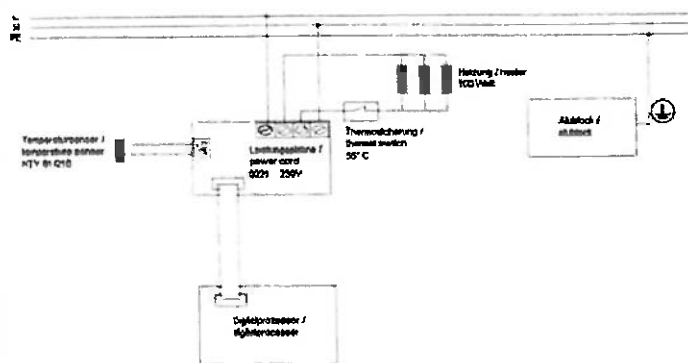


6	Funzioni di sicurezza dei componenti di sicurezza
	 1. Termofusibile 55 °C Il KLINIFEED™ è dotato di un sensore di sovratemperatura di protezione che interrompe automaticamente l'alimentazione elettrica in caso di surriscaldamento del blocco termico. L'apparecchio può essere rimesso in servizio solo dopo un raffreddamento sufficiente, azionando o sostituendo il termofusibile. In caso di tale anomalia si consiglia di spedire assolutamente l'apparecchio a "KLINIK Medical GmbH; 61250 Usingen" per la manutenzione.
7	Pulizia
	Inoltre nel KLINIFEED™ è presente un blocco della regolazione che si verifica a 49,5 °C e che deve essere tenuto in considerazione:  FINO A MAX. 49,5 °C Lasciare raffreddare il KLINIFEED™ prima di iniziare i lavori di pulizia! • Separare l'apparecchio dalla rete di alimentazione elettrica. • Pulire la superficie con un panno morbido e un detergente neutro commerciale. • Non usare liquidi aggressivi o solventi per la pulizia. Prestare attenzione affinché nessun liquido entri in contatto con l'apparecchio!  <u>Cautela:</u> Una manutenzione / riparazione errata può causare una scossa elettrica o il danneggiamento dell'apparecchio. Spegnere il dispositivo e disconnettere l'alimentazione dalla rete elettrica prima di effettuare la pulizia. In nessun caso l'umidità dovrà penetrare all'interno dell'apparecchio. Non utilizzare alcun detergente a base di alcol o solvente. Gli interventi di manutenzione e riparazione devono essere eseguiti esclusivamente da personale qualificato.

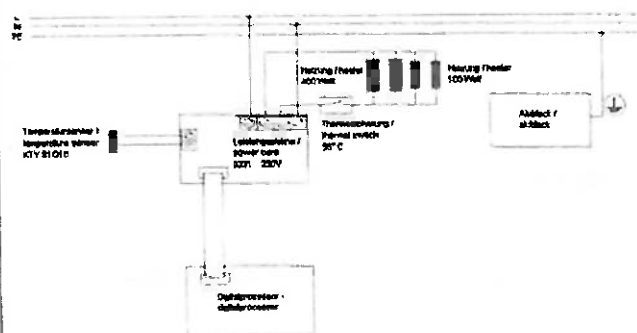
8	Manutenzione
	8.1 Controlli periodici Assicurarsi che lo stato ottimale del KLINIFEED™ sia controllato secondo intervalli regolari e legati all'uso. <u>Controllo annuale:</u> Si deve eseguire un controllo tecnico di sicurezza come indicato dal produttore. L'integrità delle indicazioni di comando, avviso, divieto e sicurezza deve essere controllata regolarmente almeno ogni 2 anni.  → L'apparecchio deve essere aperto e riparato esclusivamente da un elettricista qualificato. Attenzione! Staccare il connettore prima dell'apertura del vano elettrico! Consigliamo di tenere un registro della sicurezza nel quale riportare tutti gli interventi (manutenzione, riparazione, ecc.), effettuati sull'apparecchio.

8.2 Schemi di cablaggio del KLINIFEED™

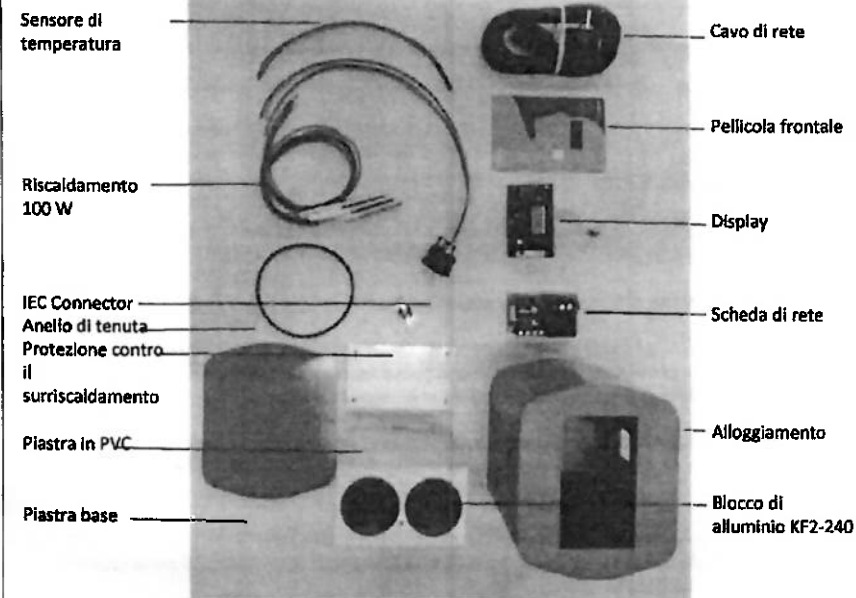
KLINIFEED™ 2 x 240 ml



KLINIFEED™ 8 x 240 ml



8.3 Parti di ricambio - KLINIFEED™



Numeri delle parti di ricambio:

Denominazione:	Cod. art. – KLINIFEED™
IEC Connector	SP-KF-1
Cavo di rete	SP-KF-2
Scheda del display 0221.	SP-KF-3
Scheda di rete 0221. per KF2	SP-KF-4
Scheda di rete 0221. per KF8	SP-KF-4.1
Protezione contro surriscaldamento 55 °C	SP-KF-5
Sensore di temperatura	SP-KF-6
Blocco alluminio per KF 2 x 240 ml	SP-KF-7
Blocco alluminio per KF 8 x 240 ml	SP-KF-8
Riscaldamento 100 W	SP-KF-9
Riscaldamento 400 W	SP-KF-10
Alloggiamento per KF 2 x 240 ml (compl.)	SP-KF-11
Alloggiamento per KF 8 x 240 ml (compl.)	SP-KF-12
Piedini in gomma (SET)	SP-KF-13
Piastra in PVC	SP-KF-14
Pellicola frontale	SP-KF-15

9	Istruzioni per lo smaltimento <u>Istruzioni di smaltimento:</u> Separare il materiale, riferimento ai rifiuti elettronici e componenti riciclabili dell'alloggiamento (PP)  Ambito di validità: Stati UE Direttiva 2002/96/CE del parlamento europeo e del consiglio del 27 gennaio 2003 sugli apparecchi elettrici ed elettronici usati - sostituita dalla: Direttiva 2012/19/UE (Direttiva WEEE) (dall'inglese: Waste of Electrical and Electronic Equipment; Italiano: rifiuti elettrici ed elettronici) ...il riciclo in qualsiasi forma e la riduzione dei rifiuti corrispondono all'adempimento di questa norma. I rifiuti di apparecchi elettrici ed elettronici devono essere, secondo questa, conformi alle normative minime per il trattamento degli apparecchi elettronici usati secondo la legge UE. La direttiva prescrive, inoltre, che gli apparecchi elettrici ed elettronici contrassegnati dal simbolo del cassetto dei rifiuti barrato debbano essere smaltiti ecologicamente in un centro per la raccolta differenziata. Rivolgersi a un'azienda di smaltimento autorizzata a livello nazionale. Lo smaltimento insieme ai rifiuti domestici (indifferenziati) o in dispositivi simili per la raccolta dei rifiuti urbani non è consentito!												
10	Dati tecnici <table border="1"> <tr> <td>Alloggiamento</td><td>PS 4 mm (Polistirolo)</td></tr> <tr> <td>Intervallo di temperatura impostazione di fabbrica</td><td>da 20 °C a 45 °C +/- 0,3 °C (dalla temperatura ambiente) 37 °C</td></tr> <tr> <td>Sicurezza</td><td>Spegnimento in caso di surriscaldamento (77 °C)</td></tr> <tr> <td>Emissione acustica</td><td>< 70 dB</td></tr> <tr> <td>Elementi riscaldanti</td><td>Cartucce riscaldanti KF 2 x 240 ml = Potenza: 300 Watt KF 8 x 240 ml = Potenza: 1000 Watt</td></tr> <tr> <td>Alimentazione di rete</td><td>230 VAC 50/60 Hz</td></tr> </table>	Alloggiamento	PS 4 mm (Polistirolo)	Intervallo di temperatura impostazione di fabbrica	da 20 °C a 45 °C +/- 0,3 °C (dalla temperatura ambiente) 37 °C	Sicurezza	Spegnimento in caso di surriscaldamento (77 °C)	Emissione acustica	< 70 dB	Elementi riscaldanti	Cartucce riscaldanti KF 2 x 240 ml = Potenza: 300 Watt KF 8 x 240 ml = Potenza: 1000 Watt	Alimentazione di rete	230 VAC 50/60 Hz
Alloggiamento	PS 4 mm (Polistirolo)												
Intervallo di temperatura impostazione di fabbrica	da 20 °C a 45 °C +/- 0,3 °C (dalla temperatura ambiente) 37 °C												
Sicurezza	Spegnimento in caso di surriscaldamento (77 °C)												
Emissione acustica	< 70 dB												
Elementi riscaldanti	Cartucce riscaldanti KF 2 x 240 ml = Potenza: 300 Watt KF 8 x 240 ml = Potenza: 1000 Watt												
Alimentazione di rete	230 VAC 50/60 Hz												

10.1 Garanzia

Il periodo di garanzia è pari a: **1 anno**

KLINIK Medical GmbH non si assume alcuna responsabilità in caso di danni:

- Dovuti alla riparazione e allo smontaggio in proprio.
- Dovuti a un uso errato o non conforme allo scopo.
- Dovuti ad abuso.
- Dovuti all'impiego in condizioni ambientali errate.

In caso di eventuali domande si deve fornire il numero di serie stampigliato sulla targhetta dei dati tecnici.

Produttore:

KLINIK Medical GmbH
Am Dornbusch 29
61250 Usingen

E-mail: info@klinika-medical.de

www.klinika-medical.de

Con riserva di modifiche

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Luisa Evangelista

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno 2026

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Vero Michitelli

firmato digitalmente

Deliberazione n. 1649 del 14/10/2026 ad oggetto:

PROPOSTA DI DONAZIONE A FAVORE DELLA ASL DI PESCARA DI "SCALDABIBERON" DA DESTINARE ALLA
U.O.C. DI NEONATOLOGIA-TIN DEL P.O. DI PESCARA -ACCETTAZIONE-

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 15/10/2026 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato