



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 128 DEL 07.12.2010

Adottata ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs n° 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni e del regolamento aziendale per l'adozione delle determinazioni dirigenziali di cui alla Deliberazione D.G. n° 186 del 9.10.2008.

OGGETTO: AFFIDAMENTO RIPARAZIONE APPARECCHIATURA IN DOTAZIONE U.O. CARDIOLOGIA P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO – DITTA T.B.M.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO l'atto deliberativo del Direttore Generale n° 186 del 9.10.2008 con il quale vengono attribuite ai Dirigenti dell'ASL n° 5 di Oristano le funzioni previste dell'art. 4 del D.Lgs n° 165 del 30.03.2001 e s.m.i;

VISTO l'atto deliberativo del Direttore Generale n° 824 del 09.07.2008 con il quale è stata nominata l'Ing. Barbara Podda Direttore del Servizio Ingegneria Clinica;

VISTA la deliberazione del Direttore Generale n° 1146 del 14/11/2007, con la quale è stato approvato il Regolamento che disciplina la fornitura di beni e servizi da eseguirsi in economia nonché la successiva deliberazione del Direttore Generale n° 411 del 12/03/2009 di adeguamento del medesimo Regolamento a seguito del giudizio di incostituzionalità parziale della L.R. n. 5/2007;

PREMESSO che l'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano ha inoltrato formale richiesta per la riparazione del Lettore ECG Holter Esaote in dotazione alla stessa Unità Operativa, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. A);

CONSIDERATA la tipologia dell'intervento da eseguire e l'importo della spesa presunta, si ritiene di procedere ai sensi dell'art. 4.3. lettera a) del citato regolamento, richiedendo specifico preventivo di spesa a Ditta specializzata nel settore;

RITENUTO di poter individuare quale ditta idonea all'esecuzione dell'intervento di ripristino della funzionalità del Lettore ECG Holter Esaote in uso l'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, la Ditta T.B.M. di Monserrato (CA) in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

PRESO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 75827 del 15.11.2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

ziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta T.B.M. di Monserrato (CA) un preventivo di spesa per la riparazione del Lettore ECG Holter Esaote;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta T.B.M. di Monserrato (CA) relativo alla riparazione del Lettore ECG Holter Esaote, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

PRESO ATTO della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile del predetto preventivo di spesa presentato dalla Ditta T.B.M. di Monserrato (CA);

RITENUTO pertanto necessario dover provvedere e autorizzare la riparazione del Lettore ECG Holter Esaote, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dall'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano;

VISTI i D.Lgs n° 165 del 30/03/2001 e s.m.i e n° 163 del 12/04/2006 e s.m.i.;

VISTE le L.R. 10/2006 e n° 05/2007 nonché il Regolamento Aziendale;

D E T E R M I N A

Per le motivazioni esposte in premessa:

Di affidare alla Ditta T.B.M. di Monserrato (CA) l'intervento tecnico per la riparazione del Lettore ECG Holter Esaote in dotazione all'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 744,00 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 744,00 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, facendolo gravare sul codice di conto economico n° 0507020103 "Manutenzione e riparazione attrezzature sanitarie a richiesta";

Di imputare il costo complessivo presunto di Euro 744,00 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A0400;

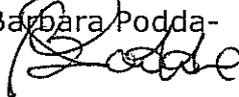
Di incaricare il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a fronte di regolare fattura, previa verifica dell'esecuzione dell'intervento tecnico;

Di trasmettere copia della presente Determinazione alla Direzione Generale, al Collegio Sindacale, al Servizio AA.GG. e al Servizio Bilancio per quanto di rispettiva competenza;

Oristano

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-



SS

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica

Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc
09170 **Oristano**
Tel 0783317330 Fax 0783779102
www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 2 di 3

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente determinazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI
Dr.ssa Antonina Daga

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Responsabile Servizio di Ingegneria Clinica N° 128 DEL 07.12.10

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 20%	Preventivo IVA inclusa
Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A0400	Lettore ECG Holter Esaote	Ditta T.B.M. di Monserrato (CA)	02.12.2010	620,00	124,00	744,00

440,00
105,00
45,00
30,00
620,00



AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie
Parte 4: Manutenzione Correttiva
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n° _____ Data: 12/11/2010 Ora: 10:30

Trasmettere via Fax al seguente numero: **0783-779102**

Presidio <u>S. MARTINO</u>	Struttura Organizzativa <u>CARDIOLOGIA</u>	Edificio - Piano - Stanza <u>N° 1.000</u>	
N° Inventario <u>1638</u>	Matricola <u>13125</u>	Descrizione apparecchiatura <u>INTERCOMP</u> <u>INTERCOMP-MT13</u>	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice <u>TBM</u>	Proprietà (Azienda/Service/Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax	Garanzia	Urgente	Fermo Macchina

Descrizione del Malfunzionamento:

in attesa di intervento da effettuare

Referente di Struttura Organizzativa:

Sig. Bianchi Tel. _____

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

N° Pratica	<u>MP</u>
------------	-----------

A.L.B.



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0075827

Oristano lì, 15/11/2010

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

Fax 070/561120
Tel 070/560601

Spett.le Ditta T.B.M. s.a.s.
Via Zuddas, 13
09042 MONSERRATO (CA)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Lettore Holter Intercomp - MT 13	13125	Si spegne durante la lettura.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevisimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa (0783 3171) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulta specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.

In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.



DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Dr. Ing. Barbara Podda-

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356

Δ. U. C.

TBM
S.A.S.
di G. PUTZULU & C.



Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - ORISTANO
Dipartimento di Area Tecnica
Servizio Ingegneria Clinica

Arrivato il 2-12-2010
Prot. N. 79896 SIC _____

Monserrato, 02 Dicembre 2010

Ns.rif.: P10283

Spett.le Azienda
U.S.L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)

OK

OGGETTO: Preventivo come da Vs. richiesta prot. n° 0075827 del 15-11-2010.

In risposta a Vs. richiesta fax in oggetto del 15-11-2010, come in oggetto, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per il ripristino funzionalità del Lettore Holter marca: **Esate**, mod.: Impresario Solo, matr.: N13125 in dotazione presso la **Cardiologia** del P.O. San Martino.

L'IMPORTO PER IL RIPRISTINO FUNZIONALITA' DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO: €=620,00= (seicentventi/00) I.V.A. 20% ESCLUSA COSI' DETERMINATO:

- N° 04	Ora lavoro	€	440,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	105,00
- N° 01	Software antivirus	€	45,00
- N° 01	Ventola aria	€	30,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
TOTALE COMPLESSIVO		€	620,00

Tempi di esecuzione: in funzione delle Vs. necessità.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

TBM s.a.s.
Giancarlo Putzulu