



---

**SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA**

**DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**

N° 130 DEL 09-12-2010

*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 AL PRONTO SOCCORSO DEL P.O. DI BOSA - DITTA MEDICAL SERVICE SRL DI SESTU.

**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 in-costituzionalità parziale della L.R. n. 5/2007;

**PREMESSO** che il Responsabile del Pronto Soccorso del P.O. di Bosa ha inoltrato formale richiesta per la riparazione dell'apparecchiatura Cardioline Delta 60 Plus in dotazione allo stesso Presidio Sanitario, 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 dell'apparecchiatura Cardioline Delta 60 Plus in uso all'U.O. di Pronto Soccorso del P.O. di Bosa, la Ditta Medical Service, con sede in Sestu, in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

**PRESO ATTO** che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 76016 del 16.11.2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Medical Service di Sestu un preventivo di spesa per la riparazione della Cardioline Delta 60 Plus in uso al Pronto Soccorso;

**VISTO** il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Medical Service di Sestu relativo alla riparazione della Cardioline Delta 60 Plus in argomento, allegata 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 Medical Service di Sestu;

**RITENUTO** pertanto necessario dover provvedere alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dal Pronto Soccorso del P.O. di Bosa;

**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 MEDICAL SERVICE Srl di Sestu la riparazione dell'apparecchiatura Cardioline Delta 60 Plus in dotazione al Pronto Soccorso del P.O. di Bosa, per l'importo complessivo presunto di Euro 471,60 IVA compresa;

**Di autorizzare** il costo complessivo presunto di Euro 471,60 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 471,60 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAGO202AO800 "Competenze comuni Pronto Soccorso" del P.O. di Bosa;

**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-



**ASL 5 Oristano**

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc  
09170 **Oristano**  
Tel 0783317330 Fax 0783779102  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto: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

ALLA



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie  
Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: 19.11.2010 Ora: 12:00

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.  
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio * <u>BOSA</u> <u>A.G. NASTIMO</u>	Unità Operativa/Poliambulatorio * <u>PRONTO-SOCCORSO - AST.</u>	Edificio - Piano - Stanza * <u>PIANO TERRA</u>	
N° Inventario * <u>58645</u>	Matricola *	Descrizione apparecchiatura * <u>ELETTROCARDIOLOGRAFO DELTA 60 PLUS</u>	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta) <u>MEDICAL SERVICE</u> <u>SESTU 070/261372</u>	Proprietà * (Azienda/Service/Altri) <u>AZIENDA</u>	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax * <u>0785 225 367</u> <u>0785 225 363</u>		<u>X</u>	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		<u>No</u>	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		<u>Si</u>	
Descrizione del Malfunzionamento:* <u>CAVO DERIVAZIONE E.C.G.</u> <u>NON RILEVA DERIVAZIONE V2</u>			

Referente di Struttura Organizzativa:\* Dr. CATERINA SCARDA Sig. \_\_\_\_\_ Tel. 0785 225 367

Il Richiedente [Signature]

Parte riservata al Ricevente

Inviare ~~la~~ ~~apparecchiatura~~ alla Medical Service al nostro autista.

[Signature] 15.11.10



S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.b

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Prot. 76016Oristano li, 16 NOV. 2010

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

COPIA ATTI

Spett.le Ditta **MEDICAL SERVICE Srl**  
Via S.P. Sestu-Elmas - 09028 SESTU  
FAX 070 - 261404

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di Pronto Soccorso del P.O. "A.G. Mastino" di Bosa tel. 0785-225376

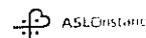
Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Elettrocardiografo "DELTA 60 PLUS"		Cavo derivazione ECG non rileva derivazione V2

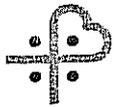
L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it), presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo 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 dell'Unità Operativa Dr.ssa Caterina SCARPA e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga Operativa Dr.ssa Caterina SCARPA e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Salvatore Viola al numero (0785560264) per quanto attiene il P.O. Delogu di Ghilarza, o con l'assistente tecnico Giovanni Demartis al numero (3488049089) per quanto attiene il P.O. Mastino di Bosa. 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.

Si precisa che qualora l'attrezzatura in oggetto sia strumentario è necessario chiarire nel preventivo se trattasi di riparazione o di repair exchange ed in questo caso si dovrà indicare anche il prezzo di listino ed il prezzo a noi riservato dello strumento nuovo.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.






---

**S.S.D. Ingegneria Clinica**


---

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti 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](mailto: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.**

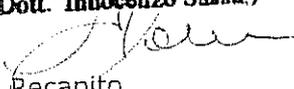
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

D'ORDINE DEL RESPONSABILE  
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda

Il Referente Amministrativo della Richiesta

IL COORDINATORE DELLE ATTIVITA' AMM/VE  
( Dott. Innocenzo Sassu.)

  
Recapito

P.O. "A.G. Mastino" - Bosa



**MEDICAL SERVICE SRL**

Assistenza Tecnica Apparecchiature Scientifiche ed Elettromedicali



ISO 9001:2000



Spett.le  
Azienda Usl n. 5  
Via Carducci 35  
09170 Oristano

Sestu, 1 dicembre 2010

Alla cortese attenzione dell' Ing. Barbara Podda

Oggetto: vs. prot. 76018 e 76016 del 16/11/2010

A seguito dei nostri preventivi di spesa 992/10 e 993/10 del 26/11/2010 relativi ai Vs. prot. in oggetto per la riparazione di n. due elettrocardiografi ubicati presso il P.O. "Mastino" di Bosa, Vi comuniciamo che gli importi indicati relativi al costo dei cavi paziente da sostituire sono rispondenti al nostro listino e che essendo noi esclusivisti Cardioline per la regione Sardegna, i ricambi da noi forniti per detto marchio sono originali.

Restiamo a disposizione per ogni chiarimento.

Cogliamo l'occasione per porgere cordiali saluti.

*Bosa*  
*OK*

Medical Service Srl

**MEDICAL SERVICE S.r.l.**  
S.R. SESTU - FLIAB km. 2,400  
Tel. 070.261372 - 070.261404 Fax 070.261404  
09028 SESTU (CA)  
PARTITA IVA 01606360923

