

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 133 DEL 15.12.2010

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 ALL'U.O. SALA OPERATORIA DEL P.O. DI BOSA - DITTA SANIFARM SRL DI CAGLIARI.

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 dell'U.O. Sala Operatoria del P.O. di Bosa ha inoltrato formale richiesta per la riparazione delle Pinze da presa per Isteroscopia Bettocchi 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 delle Pinze da presa predette in uso all'U.O. di Sala Operatoria del P.O. di Bosa, la Ditta Sanifarm, con sede in Cagliari, in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

PRESO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 79321 del 01.12.2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Sanifarm di Cagliari un preventivo di spesa per la riparazione delle Pinze da presa in uso alla Sala Operatoria;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Sanifarm di Cagliari relativo alla riparazione delle Pinze da presa per isteroscopia 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 Sanifarm di Cagliari;

RITENUTO pertanto necessario dover provvedere alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dalla Sala Operatoria 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 SANIFARM Srl di Cagliari la riparazione di N° 2 Pinze da Presa per Isteroscopia in dotazione all'U.O. Sala Operatoria del P.O. di Bosa, per l'importo complessivo presunto di Euro 1.670,40 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 1.670,40 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione delle Pinze da presa 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 1.670,40 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAGO202A1002 "Sala operatoria ostetrico ginecologico comparto operatorio" del P.O. di Bosa;

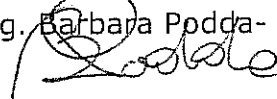
Di incaricare il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a fronte di regolare fattura, previa verifica dell'esecuzione dell'intervento tecnico;

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-



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



AL A

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: 28-X-2010 Ora: 11:00

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email 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 *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
AG MASTINO BOSS	SALA OPERATORIA GINECOLOGIA		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		PINZA DA PRESA PER ISTEROSCOPIO BETIOCCI	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	SANITARI (STORZ)	(Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
VIDILI GIUSEPPINA		X	
Telefono/Fax *			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		SI	
Descrizione del Malfunzionamento:*		MANCATA CHIUSURA DEL NORSO PERTANTO NON E' POSSIBILE ESEGUIRE BIOPSIA UTERO	

Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

AZIENDA U.S.L. N. 5 - ORISTANO
 PRESIDIO OSPEDALIERO BOSCA
 Prot. 2824863
 26 OTT 2010
ARRIVO

AUA



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: 26.10.2010 Ora: 11:00

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email 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 *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
AG MASTINO BOSCA	SALA OPERATORIA GINECOLOGIA		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		PINZA DA PRESA PER ISPERASCOPIO BETHOCCI	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	SANITARI (STORZ)	(Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
VIDALI GIUSEPPINA		X	
Telefono/Fax *			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		SI	
Descrizione del Malfunzionamento:*		MANCATA CHIUSURA DEL NORSO PERTANTO NON E' POSSIBILE SEGUIRE BUONA UTILE	

Referente di Struttura Organizzativa: * Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente
Luca Manna

Parte riservata al Ricevente

Direzione Amm.va P.O. Bosca.
 Chiedo preventivo di riparazione alla
 Ditta Soniform
 URGENTE
 26.10.10
Roberto

ALU. B



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0079321

Oristano li, 01/12/2010

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

Fax 070 282339
Tel 070 288350

Spett.le Ditta SANIFARM srl
Viale Monastir, 126/A
09122 CAGLIARI

Si chiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano. B.C.S.A

Trattandosi di strumentario, si chiede inoltre di specificare il prezzo della manutenzione ed il prezzo d'acquisto di un nuovo strumento.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
N° 2 Pinze per biopsia - Isteroscipio Bettocchi	Cod. 26159	N. 2 pinze malfunzionanti. Il morso delle pinze non stringe.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslорistano.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 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 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 riceveva 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@aslорistano.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

ASL 5 Oristano

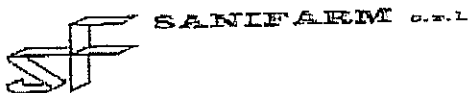
Via Rockefeller snc
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@aslорistano.it

A.C.



02/12/10

Prot.n.254/10/DP/mgm

Spettabile
Azienda USL.N.5
P.O. A.G.Mastino
Servizio Tecnico
08013 BOSA

Oggetto: preventivo per Riparazione Pinze Isteroscopiche.

A seguito Vs. cortese richiesta del 01/12/10 Prot.n.0079321 la Sanifarm S.r.l., con sede legale in Cagliari Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di Concessionaria Esclusiva per la Sardegna della K.STORZ si pregia sottoporre il preventivo di spesa per quanto segue:

-n.2 Pinze per isteroscopia Cod.26159UEW

Lavoro da eseguire:

La pinze per isteroscopia presenta la cannula danneggiata e il morso senza presa. Necessita pertanto della sostituzione. Pulizia generale e collaudo funzionale.

Pezzi da sostituire

-n.2 Asta in acciaio.....€ 216,00 cad. + i.v.a. 20%
-n.2 Morso da presa.....€ 400,00 "

Ore di Lavoro

-n.2 ora di lavoro (80x2).....€ 160,00 + i.v.a. 20%
Totale Riparazione € 696,00 cad. + i.v.a. + i.v.a. 20%

In attesa di un Vs. sollecito riscontro in merito, l'occasione ci è gradita per porgerVi distinti saluti.

SANIFARM S.R.L.
L'Arredatore Unico
S.p.A. - MEDICO PORTU