



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 137 DEL 17-12-2010

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 POLIAMBULATORIO DI VILLA SANT'ANTONIO - DITTA DENTAL SAT.

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'ambulatorio odontoiatrico del Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio ha inoltrato formale richiesta per la riparazione del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 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 del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 in uso all'ambulatorio odontoiatrico del Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio, la Ditta Dental Sat, 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. 77584 del 23/11/2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

ziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Dental Sat un preventivo di spesa per la riparazione del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 in uso all'ambulatorio odontoiatrico del Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio;

VISTO il consuntivo di spesa presentato dalla Ditta Dental Sat relativo alla riparazione del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 in argomento, 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 consuntivo di spesa presentato dalla Ditta Dental Sat;

RITENUTO pertanto necessario provvedere alla riparazione del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dall'ambulatorio odontoiatrico del Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio;

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 Dental Sat la riparazione del riunito odontoiatrico Siemens Sirona A1 in dotazione all'ambulatorio odontoiatrico del Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio, per l'importo complessivo presunto di Euro **504,00** IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro **504,00** 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 **504,00** IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAD02BB101;

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-



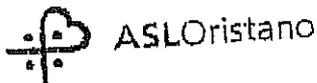
Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente determinazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI

Dr.ssa Antonina Daga

Au A

Ales



Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. 50-4.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: 11/11/2010 Ora: 11:32

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 * SANIT.	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *
ALBS - TERRALBA	POLIAMBULATORIO VILLA S. ANTONIO	TERRA
N° Inventario *	Matricola * Mod.	Descrizione apparecchiatura *
SERIAL 01508302	596338403259	UNITA' ODONTOLOGICA SIEMENS AX SIEMENS
Codifica CIVAR	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Servizio/Altri)
		ASL N° 5
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *
MUSCAS TONINA		X
Telefono/Fax *	Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? *	
0783/864156 FAX 0783/964075	NO	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? *		
NO		
Descrizione del Malfunzionamento: * VEDI ALLEGATO		

Referente di Struttura Organizzativa: *

sig. De. FIGUS P.

Tel. 0783/9111404

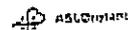
Il Richiedente

Muscas Tonina

Parte riservata al Ricevente

Ditta Dental Sat:

[Signature]



S.U.A

SI RICHIEDE LA MANUTENZIONE DEL RIUNITO ODONTOLATRICO PER:

- LA LAMPADA ALOGENA DEL RIUNITO NON MANTIENE LA POSIZIONE DATA ;
- LA SIRINGA ARIA-ACQUA NON FUNZIONA CORRETTAMENTE;
- DALLA TURBINA L'ACQUA NON ESCE IN MANIERA UNIFORME;
- I COMANDI AUTOMATICI DEL POSIZIONAMENTO POLTRONA NON FUNZIONANO;
- IL CARRELLO CON MANIPOLI SI BLOCCA A META' CORSA;
- IL FINALINO DEL TUBO DELL'ASPIRAZIONE E' ROTTO;
- PERDITA D'ARIA ALLA BASE DEL RIUNITO;

VILLA S.ANTONIO 11/11/2010

Muscare Samir

NB. Si fa presente che il Poliambulatorio è aperto solo nei seguenti giorni: Martedì, Mercoledì e giovedì.

ALB



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Prot. 177584Oristano li, 23 NOV. 2010

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

Spett.le Ditta DENTAL SAT
Via G. Cardano, 21 Cagliari
FAX 070/402611

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. Poliambulatorio di Villa S. Antonio ambulatorio di Odontoiatria tel. 0783/964156

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetti riscontrati
RIUNITO ODONTOIATRICO SIRONA SIEMENS		<ul style="list-style-type: none"> - La lampada non mantiene la posizione; - La siringa aria acqua non funziona correttamente; - Dalla turbina l'acqua non fuoriesce in maniera uniforme; - I comandi automatici del posizionamento poltrona non funzionano; - Il carrello con manipolo si blocca a metà corsa; - Il finalino dell'aspirazione è rotto;

du B



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

		- Perdita d'aria alla base del riunito.
--	--	---

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.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 Tonina Muscas e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783317331), 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.

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 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@aslristano.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.



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

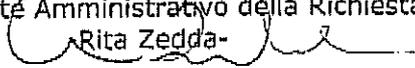
Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

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


Rita Zedda-

Recapito
Distretto Sanitario Ales Terralba
Via IV Novembre, 30 - 09091 Ales (OR)
Tel. 0783/9111303 Fax 0783/9111404

AUC

DENTAL S.A.T. di Angelo Cara
Via G. Cardano 21 09131 CAGLIARI
P.I.=02531750921
Tel-Fax.070/402611
Cod.0348/3030071

Spett.le
AZ. USL N° 5 Cristiano
Servizio Ingegneria Clinica

Ales
OK 

Cagliari, 01/12/2010

Oggetto: CONSUNTIVO

Vi inviamo di seguito consuntivo di intervento tecnico eseguito sul riunito odontotatico Siemens installato presso il Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio come da ns. RT 3521 del 23/11/2010 allegato, per un totale di Euro 420,00 + IVA.

Vs. Rif. Prot. N° 77584 del 23/11/2010

Certi di un Vs. cortese e sollecito riscontro porgiamo distinti saluti.

Angelo Cara

