



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 04 DEL 10.01.2011

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 UMIDIFICATORE IN DOTAZIONE U.O. RIANIMAZIONE P.O. DI ORISTANO - DITTA COVIDIEN.

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 il Responsabile dell'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano ha inoltrato formale richiesta per la riparazione dell'Umidificatore Dar HC 2000 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 dell'Umidificatore Dar HC 2000 in uso all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, la Ditta Covidien Italia di Segrate (MI) in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

DATO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n° 75469 del 11.11.2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

ziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Covidien Italia di Segrate (MI) la riparazione dell'Umidificatore Dar HC 2000;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Covidien Italia di Segrate (MI) relativo alla riparazione dell'Umidificatore 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 preventivo di spesa presentato dalla Ditta Covidien Italia di Segrate (MI);

RITENUTO pertanto necessario dover provvedere alla riparazione del dell'Umidificatore in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dall'Unità Operativa di Rianimazione 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 Covidien Italia di Segrate (MI) la riparazione dell'Umidificatore Dar HC 2000 in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 468,00 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 468,00 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 468,00 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A1800;

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 _____

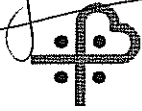
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI
Dr.ssa Antonina Daga

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica N° 04 DEL 06-01-11

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 20%	Preventivo IVA inclusa
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	5AAE0202A1800	Umidificatore Dar HC 2000	Ditta Covidien Italia di Segrate (MI)	15.12.2010	390,00	78,00	468,00

390,00
390,00



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: _____ Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.it

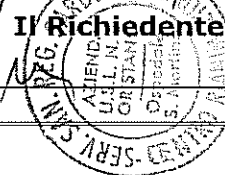
Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
 I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
Ospedale	Riservato 2104 e		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
65	0311HC0218	Mucidifensore DARHC 2000	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	Tycó ? COVINIEN		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax * 0783/317243		SI	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		No	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
Non si accende			

Referente di Struttura Organizzativa:*

Sig. Dr. Lodovico

Tel. 0783/317244



Parte riservata al Ricevente

AL B



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0075469

Oristano li, 11/11/2010

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

Fax 02 70317 284

Tel 02 70317 131

Spett.le Ditta Covidien Italia
Via Rivoltana, 2/D
20090 Segrate (MI)

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

Table with 3 columns: Tipo apparecchiatura, N° matricola, Difetto riscontrato. Row 1: Umidificatore DAR HC 2000, 0311HC0218, Non si accende

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 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 riceve 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.

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-

Handwritten signature of Barbara Podda

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356



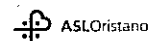
ASL 5 Oristano

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. 1 di 1



AUC

Spettabile
OSPEDALE S.MARTINO
 VIA ROCKFELLER

09170 ORISTANO (OR) - ITALIA
 c.a. Servizio Ingegneria Clinica



Segrate, mercoledì 15/12/2010

Oggetto: Preventivo di spesa per la riparazione Vs. apparecchiatura Umidificatore Mod. HC2000 s/n
 0311HC0218. Riferimento Vs. Richiesta N° 0075469 del 11/11/2010.

Ns. Preventivo N. 54639/Lab

Anticipata via FAX 0783 77.91.02

Quantità	Codice	Descrizione	Prezzo Unitario	Totale
2,50	Ora Lavoro	Ora Lavoro listino BAS	120,00	300,00
3,00	Spares	Varie	50,00	150,00
1,00	Disinfezione	Disinfezione	30,00	30,00
Totale (IVA esclusa)				480,00
Totale a voi riservato (IVA esclusa)				390,00

OK [Signature]

ATTENZIONE: l'intervento verrà effettuato a seguito accettazione del presente.
 CMA

Vi invitiamo a farci pervenire esclusivamente l'accettazione del presente Preventivo al fax n. 02 - 70.31.72.84

Tale preventivo rappresenta un'indicazione di spesa. Eventuali variazioni durante la riparazione Vi verranno tempestivamente comunicate. Il codice 'Spares' comprende l'analisi tecnica, la preventivazione e l'imballo.

IVA: 20% esclusa

Pagamento: Bonifico bancario a 90 giorni D.F.

Validità preventivo: 30 giorni

Il nostro Contact Center Assistenza Tecnica (tel. 02-70308131) è a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento dovesse necessitarVi. In attesa di un Vostro gentile riscontro, porgiamo distinti saluti.

Covidien Italia Spa

Davide Borolotti

Technical Service Manager, Southern Europe and MEA

Covidien Italia S.p.A.

Via Rivoltana, 2/D
 20090 Segrate (MI)
 Italy

Tel. +39 02 70317.1
 Fax +39 02 70317.317
 www.covidien.com

Cap. Soc. Euro 258.500
 R.E.A. di Milano N. 1234987
 C.F.-P. Iva - Iscr. Reg. Impr. MI 08641790152
 Iscr. Reg. Produttori AEE IT08020900002197

Assoggettata all'attività di direzione e coordinamento ai sensi dell'art. 2497 C.C. da parte di Covidien Group S.à.r.l. con sede in Lussemburgo