

**SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA****DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**N° 03 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 PINZE BIPOLARI IN DOTAZIONE U.O. BLOCCO OPERATORIO P.O. DI ORISTANO. DITTA SANIFARM.

**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 Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano ha presentato formali richieste per la riparazione di numero 2 Pinze bipolari Storz in uso 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 di numero 2 Pinze bipolari Storz in uso al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano, la Ditta Sanifarm di Cagliari in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

**PRESO ATTO** che con note del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica, allegate al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), sono state richie-

ste alla Ditta Sanifarm di Cagliari la riparazione di numero di numero 2 Pinze bipolari Storz in uso al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano;

**VISTI** i preventivi di spesa presentati dalla Ditta Sanifarm di Cagliari relativi alla riparazione di numero 2 Pinze bipolari 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 Sanifarm di Cagliari;

**RITENUTO** necessario dover provvedere alla riparazione di numero 2 Pinze bipolari Storz, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dal Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero 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 Sanifarm di Cagliari l'intervento tecnico per la riparazione di numero 2 Pinze bipolari Storz in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 831,60 IVA compresa;

**Di autorizzare** il costo complessivo presunto di Euro 831,60 IVA compresa, risultante dai preventivi presentati dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione delle apparecchiature 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 831,60 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A1900;

**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

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 Ingegneria Clinica N° 03 DEL 10-01-11

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data Preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 20%	Preventivo IVA inclusa
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A1900	Pinza bipolare Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	09.12.2010	462,00	92,40	554,40
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A1900	Pinza bipolare Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	20.12.2010	231,00	46,20	277,20
					<b>693,00</b>	<b>138,60</b>	<b>831,60</b>

231,00	231,00
231,00	231,00
<b>462,00</b>	<b>231,00</b>



Servizio Ingegneria Clinica

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

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: 13-12-10 Ora: 10.00

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio <u>P.O. S. MARTINO ORISTANO</u>	Struttura Organizzativa <u>Blocco OPERATORIO</u>	Edificio - Piano - Stanza <u>1° PIANO</u>	
N° Inventario	Matricola <u>2627670 2PEZZI.</u>	Descrizione apparecchiatura <u>PINZA BIPOLARE STORZ.</u>	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice <u>SANIFARM CAGLIARI</u>	Proprietà (Azienda/Servizio/Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax <u>Teleseri lupi</u>	Garanzia <u>NO</u>	Urgente <u>SI</u>	Contratto
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?			
Descrizione del Malfunzionamento: <u>rottura dell'elettrodo + revisione manico -</u>			

Referente di Struttura Organizzativa: Sig. Teleseri lupi Tel. 0783 317270  
 Il Richiedente  
Teleseri lupi

Parte riservata al Ricevente

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio  
 Ingegneria Clinica  
 Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc.  
 09170 Oristano  
 Tel 0783317338-7356-7330  
 Fax 0783779102  
 www.asloristano.it  
 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

an d



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

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

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: 30-11-10 Ora: 11:00

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio P.O. S. MARTINO ORISTANO	Struttura Organizzativa BLOCCO OPERATORIO	Edificio - Piano - Stanza 1° PIANO	
N° Inventario	Matricola 26176 HO	Descrizione apparecchiatura PUNTA BIPOLARE STÖTZ MANICO 26296 HR	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice SANITARIA	Proprietà (Azienda/Service/ Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax	Garanzia REPAIR CHANGE	Urgente S	Contratto S
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?			
Descrizione del Malfunzionamento: PUNTA ROTTA - + MANICO DIFETTOSO			

Referente di Struttura Organizzativa:

Sig. TEDESCHI WIGLI Tel.

Il Richiedente

*[Signature]*

Parte riservata al Ricevente

*[Signature]*

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc.  
09170 Oristano  
Tel 0783317338-7356-7330  
Fax 0783779102  
www.asloristano.it  
E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

AFTACCO TRUCKLE  
Mod. 52PE. TECHNOS

su B



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0082498

Oristano li, 15/12/2010

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 all'Unità Operativa di Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano. **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
Pinza bipolare Stroz	26276MO	Rottura dell'elettrodo + revisione manico

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto: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 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.



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

Rag. Salvatore Seoni  
0783 317356

ASL 5 Oristano

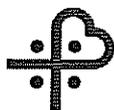
Via Rockfeller snc  
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)

E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

sh B



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0079504

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.

**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
Pinza bipolare Storz Manico 26296 HM	26176 HO	Pinza rotta. Manico difettoso

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 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 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@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.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-

Rag. Salvatore Seoni  
0783 317356

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc  
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)

E-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica

Dr. Ing. Barbara Podda

AL C



09/12/2010

Prot.n.216/10/DP/mgm

Spettabile  
Azienda USL.N.5  
Servizio Ingegneria Clinica  
P.O. S.Martino.  
09170 ORISTANO

**Oggetto: preventivo di riparazione per Strumentario K.Storz.**

A seguito Vs. cortese richiesta del 01/12/10 Prot.n.0079504 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 riparazione di:

-n.1 Pinza Bipolare Storz cod.26276MO.

**Lavoro da eseguire**

Dal controllo tecnico la pinza presenta lo stelo interno e lo stelo di scorta spezzati. Si propone pertanto la sostituzione.

**Parti da sostituire**

- n.1 stelo cod.26176HO.....a € 231,00 cad. + i.v.a. 20%
- n.1 stelo di scorta.....a € 231,00 " "
- Totale costo sostituzione con stelo di scorta € 462,00 + i.v.a. 20%**
- Costo della pinza nuova con un solo stelo € 721,00 + i.v.a. 20%**

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

OK

V

~~SANIFARM S.R.L.  
L'Amministratore  
Don. DOMENICO COCCIONI~~

AUC



20/12/2010

Prot.n.219/10/DP/mgm

Spettabile  
Azienda USL.N.5  
Servizio Ingegneria Clinica  
P.O. S.Martino.  
09170 ORISTANO

**Oggetto: preventivo di riparazione per Strumentario K.Storz.**

A seguito Vs. cortese richiesta del 15/12/10 Prot.n.0082498 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 riparazione di:

-n.1 Pinza Bipolare Storz cod.26276MO.

**Lavoro da eseguire**

Dal controllo tecnico la pinza presenta lo stelo operativo spezzato.  
Si propone pertanto la sostituzione.

**Parti da sostituire**

- n.1 stelo cod.26176HO.....a € 231,00 cad. + i.v.a. 20%

**Costo della pinza nuova con un solo stelo € 721,00 + i.v.a. 20%**

**Costo sostituzione stelo operativo € 231,00 + i.v.a. 20%**

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

OK

**SANIFARM S.R.L.**  
Amministratore Unico  
Dott. DOMENICO PORCU