



---

**SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA**

**DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**

**N° 43 DEL 25.03.2011**

*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 RIPRISTINO APPARECCHIATURA 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 incostituzionalità parziale della L.R. n. 5/2007;

**PREMESSO**

- che presso il Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano è presente un cavo fibre ottiche collegato alla Fonte luminosa Storz;
- che il Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano ha presentato richiesta di ripristino del predetto cavo fibre ottiche Storz, 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 cavo fibre ottiche collegato alla Fonte luminosa 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 nota del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 21/IC del 15.03.2011, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Sanifarm di Cagliari il controllo della trasmissione della luce del cavo fibre ottiche collegato alla Fonte luminosa Storz in uso al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano;

**VISTO** il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Sanifarm di Cagliari relativo al controllo del cavo fibre ottiche in argomento, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

**PRECISATO** che il tecnico della Ditta Sanifarm ha ravvisato la necessità di sostituire il predetto cavo fibre ottiche al fine del buon funzionamento della Fonte luminosa Storz;

**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 del cavo fibre ottiche in argomento, 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 la sostituzione del cavo fibre ottiche necessario per il buon funzionamento della Fonte luminosa Storz in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 726,00 IVA compresa;

**Di autorizzare** il costo complessivo presunto di Euro 726,00 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente al ripristino del cavo in argomento, facendolo gravare sul codice di conto economico n° 0507020103 "Manutenzione e riparazione attrezzature sanitarie a richiesta", autorizzazione di spesa n. 1/2011 sub 42;

**Di imputare** il costo complessivo presunto di Euro 726,00 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A1900;

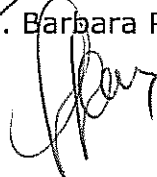
**Di incaricare** il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a fronte di regolare fattura, previa verifica dell'esecuzione dell'intervento tecnico;

**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-



Istruttoria S.Seoni

\*\*\*\*\*

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



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: 15.3.11 Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio SMARTINO ORISTANO	Struttura Organizzativa B.O. GIN.	Edificio - Piano - Stanza 1° PIANO	
N° Inventario	Matricola	Descrizione apparecchiatura CAVO FIBRE OTICHE H95 NCS	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice SANITARY CAGLIARI	Proprietà (Azienda/Service/Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax Teodeschi Infa	Garanzia /	Urgente SI	Contratto
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? Descrizione del Malfunzionamento: LUCE NON TRASMESSA			

Referente di Struttura Organizzativa \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Il Richiedente \_\_\_\_\_

**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

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 21/IC10/VP

Oristano li, 15 Marzo 2011

**OGGETTO:** Richiesta di preventivo di spesa.Tel 070 288350  
FAX 070 282339**Spett.le Ditta Sanifarm**

Si richiede un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all' U.O. Blocco Operatorio del P.O. San Martino di Oristano

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Cavo fibre ottiche Storz	495 ncs	Controllo trasmissione della luce

L'offerta dovrà pervenire via fax (0783/779102) presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine.**

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 l'Unità Operativa (centralino 0783 3171) o con il Servizio di Ingegneria Clinica al seguente numero telefonico 0783 317331.

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 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.

**La Ditta potrà in caso di estrema urgenza, debitamente motivata dal Responsabile della predetta Unità Operativa, eseguire seduta stante, l'intervento tecnico richiesto e, in tal caso, 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) e [salvatore.seoni@asloristano.it](mailto:salvatore.seoni@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 dell'Unità Operativa della regolarità dell'intervento.

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.

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 dell'Unità Operativa.**

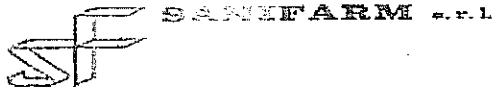
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano  
Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Tec. Valter PigaIL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
-Dr. Ing. Barbara Podda-

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Dr. Ing. Barbara PoddaVia Rockefeller snc  
09170 Oristano  
Tel 0783317330 Fax 0783779102  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)Assistente Tecnico  
Valter Piga  
3487914507  
[valter.piga@asloristano.it](mailto:valter.piga@asloristano.it)

Am C



22/03/2011

Prot.n.99/11/DP/ragn

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

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
 ASL n° 5 - ORISTANO  
 Dipartimento di Area Tecnica  
 Servizio Ingegneria Clinica

Arrivato il 23-03-2011  
 Prot. N. 21290 SIC \_\_\_\_\_

Oggetto: preventivo di riparazione per Cavo a fibre ottiche.

A seguito Vs. cortese richiesta del 15/03/2011 Prot.21/IC10/VP 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 prega sottoporre il preventivo di spesa per riparazione per:

n.1 Cavo a fibre ottiche cod.495NCS

Lavoro da eseguire:

Dall'esame del tecnico il cavo presenta il fascio di fibre spezzato impedendo pertanto la Trasmissione della luce, si propone la sostituzione.

Prezzo di Listino € 708,00 - sconto 5% = € 672,00

Sconto 10% da Repair echange = € 605,00 + i.v.a. 20%.

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

OK  
 ST

**SANIFARM S.r.l.**  
 L'Autore della Firma  
 Dott. **Storzi**