



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 87 DEL 19.07.2011

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 N. 3 POMPE DI INFUSIONE IN DOTAZIONE U.O. RIANIMAZIONE P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO. DITTA HO-SPIRA. CIG Z9A00E2824

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'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano ha inoltrato formale richiesta per la riparazione di Pompe di infusione Abbott in dotazione alla stessa Unità Operativa, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. 1);

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;

PRESO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 87/IC del 05.07.2011, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. 2), è stato richiesto un preventivo di spesa per la riparazione di n. 3 Pompe di infusione Abbott alla Ditta Hospira Italia di Napoli, specializzata nel settore ed accreditata ad eseguire l'intervento tecnico richiesto poiché ditta manutentrica di dette apparecchiature;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Hospira Italia di Napoli relativo alla riparazione delle apparecchiature in argomento, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. 3);

PRESO ATTO della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile del predetto preventivo di spesa presentato dalla Ditta Hospira Italia di Napoli;

RITENUTO necessario dover provvedere alla riparazione delle apparecchiature in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dall'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano;

VISTO il D.Lgs n° 165 del 30/03/2001 e s.m.i;

VISTA la L.R. 10/2006 ed il Regolamento Aziendale;

D E T E R M I N A

Per le motivazioni esposte in premessa:

Di affidare alla Ditta Hospira Italia di Napoli l'intervento tecnico per la riparazione di n. 3 Pompe di infusione Abbott in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 1.116,00 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 1.116,00 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato 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", autorizzazione di spesa n. 1 sub 117;

Di imputare il costo complessivo presunto di Euro 1.116,00 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-



Istruttoria Salvatore 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

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Responsabile Servizio di Ingegneria Clinica N° 87 DEL 19.07.11

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 20%	Preventivo IVA inclusa
U.O. Rianimazione del P.O. San Martino	5AAE0202A1800	N. 3 Pompe di infusione Abbott	Ditta Hospira Italia di Napoli	06.07.2011	930,00	186,00	1.116,00

310,00
310,00
310,00
930,00



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: 01/07/11 Ora: _____Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.itIl 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	Risultazione	1° Piano	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
1025 254/sic	97570067	Pompa Infusoriale Life care 5000	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *		X	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
Codice 63			

Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig.

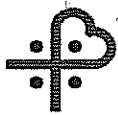
Dr. L. L. L.

Tel.

0783/317243

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 87/IC11/VP

Oristano lì, 05 Luglio 2011

OGGETTO: Richiesta **URGENTE** di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 081 2405911
TEL 081 2405999**Spett.le Ditta Hospira**

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

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Pompa di infusione ABBOTT LIFECARE 5000	96021378	Errore 64
Pompa di infusione ABBOTT LIFECARE 5000	97570067	Errore 63
Pompa di infusione ABBOTT LIFECARE 5000	96021319	Non si accende

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@aslristano.it e salvatore.seoni@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 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 Piga

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

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

www.asloristano.itE-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it

Assistente Tecnico
Servizio Ingegneria Clinica
Valter Piga
3487914507

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara Podda



Napoli, 06/07/2011

C/A Ing. Barbara Podda

Servizio Ingegneria Clinica
c/o ASL 5 Oristano
Via Rockefeller snc
09170 Oristano
Tel 0783317330 Fax 0783779102

Oggetto: Preventivo di riparazione Vs. Prot. 87/IC11/VP del 05/07/2011

Con il presente siamo ad informarVi che il costo di riparazione delle pompe :

Modello : LC5000
Lista : 02507
Matricola : 96021378 – 97570067 – 96021319

di proprietà di codesta spettabile Amministrazione ammonta ad Euro 310,00 più IVA cadauna.

L'intervento verrà effettuato presso un centro autorizzato da Hospira ed include:

Costi di manodopera
Decontaminazione dell'apparecchiatura
Smontaggio e rimontaggio
Riparazione funzionale
Verifica dell'accuratezza d'infusione
Verifica del limite di pressione
Test funzionali
Test di sicurezza elettrica
Ricondizionamento esterno
Eventuali ricambi
Inscatolamento e spedizione di ritorno all'ospedale

Siamo inoltre a precisarVi la nostra disponibilità a sottoscrivere un contratto di assistenza e manutenzione. Rimaniamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Attendiamo la Vostra autorizzazione a procedere all'intervento tecnico rinviando il presente preventivo con timbro di accettazione, data e firma al numero di fax 081/2405909.

Cogliamo l'occasione per porgerVi,

Distinti Saluti

Field Support Manager
Stefano Agostini

Hospira Italia S.r.l.
Via Orazio, 20/22 – 80122 Napoli
Telefono +39 081 240 5911 – Telefax +39 081 240 5999
www.hospira.it

Hospira Italia S.r.l. : Socio Unico Hospira SpA Liscate Milano – Società soggetta a direzione e coordinamento di:
Hospira Inc. Chicago Illinois
Capitale Sociale 6.260.594,00 Euro – Codice Fiscale e Partita IVA IT02292260599

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Walter Piga