



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 89 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 RIPRISTINO APPARECCHIATURA PER TERAPIA CONVULSIVANTE IN USO AL SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ORISTANO. DITTA CAREFUSION.
CIG Z3E00E62AF

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 Responsabile del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di Oristano ha richiesto il ripristino dell'apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta in uso nella stessa struttura sanitaria, 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 dell'apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta in uso al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di Oristano, la Ditta CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI) in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

DATO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 40204 del 10/06/2011, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI) un preventivo di spesa per il ripristino dell'apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI) relativo alla richiesta di ripristino dell'apparecchiatura in argomento, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

PRESO ATTO pertanto della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile del predetto preventivo di spesa presentato dalla Ditta CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI);

RITENUTO pertanto necessario dover provvedere al ripristino dell'apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura 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 CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI) il ripristino dell'apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta presente nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 2.088,43 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 2.088,43 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente al ripristino dell'apparecchiatura 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 113;

Di imputare il costo complessivo presunto di Euro 2.088,43 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A1600;


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 Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica N° 89 DEL 19-07-11

Unità Operativa	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data consuntivo	Consuntivo IVA esclusa	IVA 20%	Consuntivo IVA inclusa
Servizio Psichiatrico Diagnostico e Cura del Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A1600	Apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta	Ditta CareFusion Italy di Sesto Fiorentino (FI)	13.07.2011	1.740,36	348,07	2.088,43

300,56
4,80
345,00
240,00
850,00
1.740,36



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: 2006 11 17 Ora: _____

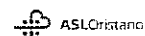
Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.it

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

Presidio * H. San Martino	Unità Operativa/Poliambulatorio * SPDC	Edificio - Piano - Stanza *	
N° Inventario * 6506001451	Matricola * 11178 5000Q 200J	Descrizione apparecchiatura * SPECTRUM 5000 Q (MECTA) APP. PER TERAPIA CONVULSIVANTE	
Codifica CIVAB	Ditta Manuttrice (se conosciuta) CAREFUSION - SEPO FLORENTINO SERVICE SRL - CAGLIARI	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare * PG. SAUS & Telefono/Fax * 0785 728026	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:* IL PULSANTE CHE ERROGA LO STIMOLO NON SUL FRONTALI DELL'APPARECCHIO, NON FUNZIONA. SEGUNDA CHE È STATA INTERROGATA LA COMPLESSIONE DEL PULSANTE PREPARAZIONE.			

Referente di Struttura Organizzativa: * RESPLG DOTT. MINNAI Sig. _____ Tel. 0783 317903
782026
 Il Richiedente C.S. PULCI

Parte riservata al Ricevente



**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0040204

Oristano li, 10/06/2011

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 055 340024
Tel 055 30339300**Spett.le Ditta CareFusion Italy srl**
Via Ticino, 4
50019 Sesto Fiorentino (FI)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Apparecchiatura per terapia convulsivante - Spectrum 5000 Q Mecta	11178 5000Q 200J	Il pulsante che eroga lo stimolo posto sul fronte dell'apparecchio non funziona. Segnala che è stata interrotta la compressione del pulsante prematuramente.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: 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 728026) 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.

Nei preventivi 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, 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.

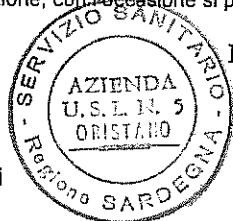
Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti 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

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara PoddaVia Rockefeller snc
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

www.asloristano.itE-mail: ingegneriaclinica@asl.oristano.it

Pag. 1 di 1

8.7.2011
Si sollecita
una risposta

CareFusion Italy 237 S.r.l.
Via Ticino, 4
50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel (055) 30339.300
Fax (055) 340024



CareFusion

PREVENTIVO
Numero: E11-00078
Data: 13/07/2011

Spett.le

ASL Oristano
Via Rockefeller
09170 Oristano

Apparecchiatura	SPECTRUM 5000 Q MECTA SN 111/8 5000Q 200J
In funzione presso	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del PO Oristano
Guasto lamentato	Pulsante che eroga lo stimolo non funzionante
Rif. Cliente	Prot. 0040204 del 10/06/2011
Nr chiamata (VIT)	73976

Pagamento: 90 giorni data fattura	Fax Cliente 0783/77912
Agente: EUROSANITAS srl Sig. BENSI	Tel Cliente 0783/728026 - 0783/317331

Facciamo seguito alla Vs gentile richiesta e Vi sottoponiamo il preventivo di spesa :

Codice	Descrizione	U.M	Q.tà	Prezzo Euro	Importo Euro
9438-3013-01	ONE POWER SWITCH WIRING ASSEMB	NR	1	300,56	300,56
9343-0029	TWO CABLE TIES	NR	1	4,80	4,80
HL VIASYS EMG	ORE LAVORO	NR	3	115,00	345,00
HV VIASYS EMG	ORE VIAGGIO	NR	3	80,00	240,00
CTE VIASYS EMG	CATEGORIA TRASFERTA E	NR	1	850,00	850,00

Totale imponibile

1.740,36

Totale IVA:

348,07

Totale Documento:

2.088,43

Si precisa che le ore di lavoro sono indicative e quindi, se sarà necessario, verranno consuntivate dopo l'intervento.

Sede assistenza di partenza: Pisa.

Garanzia: 3 mesi

OK

Restiamo in attesa di ricevere un Vostro cenno di riscontro e cogliamo l'occasione per porgervi distinti saluti.

CareFusion Italy 237 S.r.l.

Procuratore

Antonella Nobile