



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**

Sistema Sanitario Regione Liguria

*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

**U.O. Information & Communication Technologies (ICT)**

*(Direttore: Ing. Nicola Rosso)*

## **CONDIZIONI E QUESTIONARIO ASSISTENZA TECNICA PER APPARECCHIATURE IN NOLEGGIO OPERATIVO, SERVICE E/O COMODATO**

### **PREMESSA**

Le prestazioni dettagliate nel presente documento dovranno essere garantite dalla ditta per l'intera durata del contratto di fornitura. La manutenzione si intende prestata su tutte le componenti facenti parte della fornitura compresi accessori, software e tutto quanto altro indispensabile alla corretta erogazione del servizio.

### **MANUTENZIONE CORRETTIVA**

Per ogni attività di manutenzione e controllo eseguita verrà rilasciato un foglio di lavoro specifico e dettagliato firmato dal tecnico esecutore e controfirmato per accettazione da un incaricato dell'unità operativa ove il sistema è installato, riportante almeno le seguenti informazioni:

- Nome del tecnico esecutore
- Identificativo dell'apparecchio
- N. Ordine di Lavoro (ODL) riportato sulla richiesta di intervento tecnico
- Data e ora inizio e fine intervento - attività svolte (aderenti al protocollo se MP/CQ)
- Ricambi e materiali sostituiti - esito della manutenzione
- Firma del tecnico
- Firma incaricato U.O.

Copia dei fogli di lavoro attestanti le attività svolte dovranno essere inviate all' Ingegneria Clinica per la verifica del rispetto delle clausole contrattuali, al seguente indirizzo:

**[rapporti.tecnici@hsanmartino.it](mailto:rapporti.tecnici@hsanmartino.it)**

La versione cartacea dovrà invece essere consegnata a mano al Pad. 9 presso il presidio tecnico di Hospital Consulting S.p.A.– Ospedale Policlinico S. Martino.

In caso di mancata trasmissione dei Rapporti di lavoro all'indirizzo sopraindicato così come di mancata indicazione che del riferimento al ns. ODL il Policlinico si riserva il diritto di sospendere il pagamento delle fatture fino alla completa ed esauriente trasmissione della documentazione richiesta.

## MANUTENZIONE PREVENTIVA, CONTROLLI DI QUALITÀ E VERIFICHE DI SICUREZZA

Nell'ambito delle attività di manutenzione preventiva deve essere garantita l'esecuzione con frequenza annuale delle verifiche di sicurezza elettrica in conformità alle EN 60601-1 (e EN 60601-1-1, se necessario) o CEI 66-5 ove applicabile.

Il calendario delle visite di manutenzione programmata deve essere trasmesso all'inizio di ogni anno al seguente indirizzo:

[ingegneria.clinica@hsanmartino.it](mailto:ingegneria.clinica@hsanmartino.it)

Il programma annuale verrà tuttavia concordato con gli utilizzatori e potrà essere soggetto a variazioni in relazione a eventuali esigenze manifestate dal reparto. Il calendario definitivo delle visite dovrà essere trasmesso all'U.O. utilizzatrice. In ogni caso gli interventi di manutenzione dovranno essere di volta in volta concordati con l'U.O. utilizzatrice.

In caso di mancata trasmissione del calendario delle visite di manutenzione programmata il Policlinico si riserva il diritto di sospendere il pagamento delle fatture fino alla completa ed esauriente trasmissione della documentazione richiesta.

Per ogni attività di manutenzione e controllo eseguita dovrà essere rilasciato un foglio di lavoro specifico e dettagliato firmato dal tecnico esecutore e controfirmato per accettazione da un incaricato dell'unità operativa ove il sistema è installato, riportante almeno le seguenti informazioni:

- Nome del tecnico esecutore
- Identificativo dell'apparecchio
- N. Visita Annuale di Manutenzione
- Data e ora inizio e fine intervento - attività svolte (aderenti al protocollo se MP/CQ)
- Ricambi e materiali sostituiti - esito della manutenzione
- Firma del tecnico
- Firma incaricato U.O.

Copia dei fogli di lavoro attestanti le attività svolte dovranno essere inviate all' Ingegneria Clinica per la verifica del rispetto delle clausole contrattuali, al seguente indirizzo:

[rapporti.tecnici@hsanmartino.it](mailto:rapporti.tecnici@hsanmartino.it)

e/o all'indirizzo che sarà di volta in volta comunicato dall'U.O. Information & Communication Technologies (ICT) se diverso da quello sopra-riportato.

La versione cartacea dovrà invece essere consegnata a mano al Pad. 9 presso il presidio tecnico di **Hospital Consulting S.p.A.** – Ospedale Policlinico San Martino.

In caso di mancata trasmissione dei Rapporti di lavoro all'indirizzo sopraindicato così come di mancata indicazione che del riferimento al ns. ODL il Policlinico si riserva il diritto di sospendere il pagamento delle fatture fino alla completa ed esauriente trasmissione della documentazione richiesta.

## DURATA DEL SERVIZIO

Attraverso la ditta indicata viene garantita assistenza tecnica (manodopera specializzata e fornitura di ricambi originali) dei sistemi offerti per tutta la durata del servizio.

## QUESTIONARIO

Per l'apparecchiatura biomedica offerta denominata: \_\_\_\_\_  
 Fabbricante: \_\_\_\_\_  
 Modello: \_\_\_\_\_  
 CIVAB (ove applicabile): \_\_\_\_\_  
 Repertorio: \_\_\_\_\_  
 CND: \_\_\_\_\_  
 Destinazione d'uso: \_\_\_\_\_

<b>a.</b>	<b>La ditta incaricata dell'Assistenza tecnica è:</b>	
a.1	Ragione sociale della ditta di manutenzione incaricata di svolgere il servizio di assistenza tecnica	
a.2	Indirizzo sede di intervento di riferimento	
a.3	Numero telefonico	
a.4	Numero di fax	
a.5	Indirizzo e-mail ufficiale	
a.6	Numero di tecnici presenti in questa sede in grado di intervenire sulle apparecchiature offerte	
a.7	Qualifica dei tecnici a disposizione per le apparecchiature offerte (allegare il CV)	
a.8	La ditta dispone di un sistema qualità? (sì, no)	
a.9	La ditta è certificata secondo le norme ISO 9000? (sì, no, se sì specificare norma))	
a.10	<u>MANUTENZIONE ANNUALE "FULL RISK ALL INCLUDED"</u>	<u>Sì</u>
a.11	Numero illimitato di interventi di manutenzione correttiva	Sì
a.12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlli di qualità (CQ)</li> <li>• Verifiche funzionali</li> <li>• Verifiche sicurezza elettrica (norme C.E.I.)</li> </ul> da effettuarsi secondo i protocolli e la frequenza previsti dal fabbricante/norma vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ad ogni intervento per manutenzione preventiva o per riparazione guasto</li> <li>• N. ... controlli di qualità/verifica di funzionalità all'anno previsti</li> <li>• Altro (specificare): ....</li> </ul>
a.13	Tutti i ricambi compresi	Sì, nessuno escluso
a.14	Manutenzione preventiva (MP) programmata da effettuarsi secondo i protocolli e la frequenza previsti dal fabbricante: Specificare il numero di visite annue (almeno 1 obbligatoria)	

a.15	Tempo massimo per l'intervento di riparazione dalla chiamata del Policlinico, in ore consecutive (non superiore a 8 ore solari) *	
a.16	Tempo massimo di risoluzione del problema dalla chiamata del Policlinico, in ore consecutive (non superiore a 72 ore solari) *	
a.17	Disponibilità di apparecchiatura di back-up (Si/No e ore solari consecutive dalla chiamata entro cui si garantisce la fornitura di APPARECCHIATURA PRONTA ALL'USO) *	
a.18	Descrizione delle operazioni eseguite durante una visita di manutenzione preventiva (MP) e controllo di qualità (CQ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allegare protocollo di MP</li> <li>• Allegare protocollo di CQ</li> </ul>
a.19	Orario di accettazione chiamate Orario di lavoro dei tecnici dal lunedì al sabato*	Ricezione chiamate: dalle ore _____ alle ore _____ Orario di lavoro tecnici dalle ore _____ alle ore _____
a.20	Disponibilità di intervento nei giorni festivi (Si/No) *	
<b>b</b>	<b>Referenze</b>	
b.1	Anno di prima commercializzazione apparecchiatura	
b.2	Elenco referenze installato	
b.3	N° unità vendute negli ultimi tre anni	
<b>c</b>	<b>Formazione</b>	
c.1	Corso di formazione per il personale utilizzatore (descrivere modalità, allegando programma)	
c.2	Referenze del personale docente	
c.3	Durata del corso (specificare il numero di ore, non inferiore a 2gg lavorativi)	

\*salvo diverse indicazioni riportate nel capitolato tecnico e/o nella restante documentazione di gara le quali prevalgono rispetto a quelle sopra riportate

## Penali Manutenzione

L'Amministrazione si riserva la facoltà di applicare le seguenti penali:

1. € 500 per ogni manutenzione preventiva o controllo funzionale o controllo di qualità non eseguito o per la mancata trasmissione all'ingegneria clinica del programma di manutenzione annuale;
2. € 200 per ogni giorno lavorativo di ritardo nell'intervento/ripristino fino a 5 giorni lavorativi;
3. € 500 per ogni giorno lavorativo di ritardo nell'intervento/ripristino oltre i 5 giorni
4. € 50 per ogni giorno di ritardo nella trasmissione all'Ingegneria Clinica di copia del rapporto di lavoro trascorsi 15 giorni dalla data di esecuzione dell'attività e/o a seguito di richiesta

Le penali saranno applicate a seguito di contraddittorio con la ditta aggiudicataria, e potranno essere comminate anche attraverso lo storno dei relativi importi dai canoni di noleggio.

**Timbro e firma per accettazione**

---