

Dirigente Responsabile: Dott. Luigi Moreno COSTA tel. 010/8492214  
e-mail: [ligimoreno.costa@regione.liguria.it](mailto:ligimoreno.costa@regione.liguria.it)  
Estensore del documento: Roberto BORETTI tel. 010/8492579  
e-mail: [roberto.boretti@regione.liguria.it](mailto:roberto.boretti@regione.liguria.it)  
Estensore del documento: Caterina MERLO tel. 010/84902336  
e-mail: [caterina.merlo@regione.liguria.it](mailto:caterina.merlo@regione.liguria.it)

**Procedura aperta per l'affidamento del servizio di somministrazione a domicilio di prodotti per la nutrizione enterale artificiale per gli assistiti residenti sul territorio della Regione Liguria per un periodo di anni tre (con opzione di rinnovo di un ulteriore anno)**  
**Lotto unico**  
**Numero gara 4155608**

**Verbale di verifica della documentazione tecnica e campionatura**  
**Seduta della Commissione Giudicatrice del:**  
**12 settembre 2012**

Il giorno dodici del mese di settembre dell'anno duemiladodici, alle ore 12,30 presso la Sala riunioni dell'Ospedale Villa Scassi (Palazzina Uffici Amministrativi), si è riunita, in seduta non pubblica, la Commissione Giudicatrice, nominata con la deliberazione n°60 del 24 luglio 2012, verificata l'integrità del plico contenente le offerte tecniche e le schede tecniche e la documentazione prevista dal Disciplinare, prosegue nella valutazione delle offerte tecniche presentata dalle Ditte Medic Air Italia s.r.l. e Sapio Life concorrenti alla "Gara a procedura aperta per l'affidamento del servizio di somministrazione a domicilio di prodotti per la nutrizione enterale artificiale per assistiti residenti sul territorio della Regione Liguria per un periodo di anni tre (con opzione di rinnovo di un ulteriore anno) – lotto unico" e composta da:

1. Sukkar dott. Samir	Responsabile S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica, IRCCS A.O.U. San Martino	in qualità di Presidente
2. Frascio dott. Flavio	S. C. Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva IRCCS A.O.U. San Martino/IST	In qualità di Componente
3. Pivari dott.ssa Monica	S.S. Nutrizione Clinica in Medicina Interna A.S.L. n° 2 Savonese	in qualità di Componente

E' presente altresì il dott. Luigi Moreno Costa, Dirigente della Centrale, che svolge le funzioni di Segretario della Commissione, assistito dalla sig.ra Caterina Merlo, Assistente Amm.vo della Centrale.

La Commissione procede all'esame delle offerte tecniche presentate dalle ditte sottoindicate, mediante la compilazione delle schede all'uopo predisposte, che vengono allegate (di pagine 12) al presente verbale quale parte integrante e sostanziale, per le seguenti ditte il cui esito è a fianco di ciascuna indicato:

Ditta	esito	Motivazione di non idoneità
Medic Air Italia s.r.l.	In attesa di verifica	La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto
Sapio Life	In attesa di verifica	La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto

## Centrale Regionale di Acquisto

La Commissione, come previsto nel verbale della precedente seduta tenutasi il 6 settembre 2012, acquisito agli atti con prot. n. 1453 del 6 settembre 2012, al fine di effettuare una più corretta valutazione delle caratteristiche tecniche delle attrezzature offerte (pompa peristaltica, set per infusione composto da: sacca e deflussore), stabilisce che nella prossima seduta che si terrà il giorno 4 ottobre 2012 si procederà ad esaminare accuratamente le sopracitate attrezzature offerte che saranno in visione, ed a chiedere chiarimenti secondo l'agenda di seguito riportata, che verrà comunicata alle Ditte:

ore 14:00      Ditta Vivisol  
 ore 14:20      Ditta Vitalaire  
 ore 14:40      Ditta Sapio Life  
 ore 15:00      Ditta Medic Air Itala

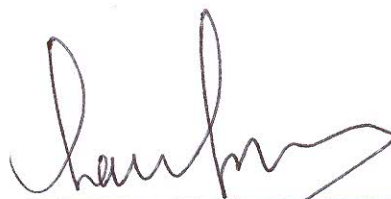
La Commissione, inoltre, procede a raccogliere la documentazione tecnica presentata in un unico plico sigillato e ne dispone la custodia in armadio provvisto di serratura collocato nella stanza n° 7 in modo da garantire la genuinità e l'integrità del plico.

La seduta è tolta alle ore 10,30.

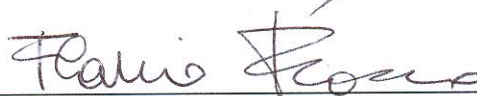
Letto, confermato e sottoscritto.

Presidente:


SUKKAR dott. Samir


Componente:

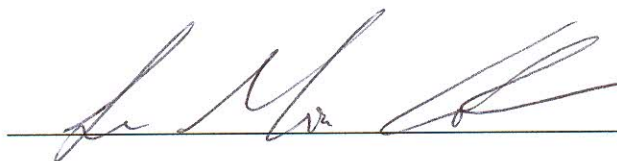
FRASCIO dott. Flavio



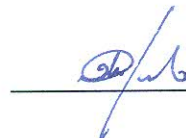
PIVARI dott.sa Monica


Per la Centrale Regionale di Acquisto:

COSTA dott. Luigi Moreno



MERLO sig.ra Caterina



SCHEDA REQUISITI - DITTA: MEDICAIR

Caratteristiche tecnico-qualitative del servizio									
6.1 - Installazione	Verifica compatibilità con impianto elettrico	Messa a disposizione di materiali e attrezzature come da prescrizione	Consegna dei prodotti dietetici ed attrezzature entro 24 ore dalla richiesta	Variazione di alimentazione o sistema di somministrazione entro 12 ore dalla richiesta	Presenta n° verde				
	verificare	X	X	X	X				
6.2 - Addestramento	Addestramento con personale qualifica proprio	Consegna manuale d'istruzione - lingua italiana							
	X	X							
6.3 - Manuale d'istruzione	manuale di istruzione per il corretto uso delle apparecchiature, completo e redatto in lingua italiana								
	X								
6.4 - Tempi di intervento	Entro 24 ore	Richieste urgenti							
	X	X							
6.5 - Procedure di controllo di qualità	Verifica igiene generale delle apparecchiature e delle confezioni	Integrità delle confezioni	Confezionamento e conservazione delle diete	Integrità delle etichette	Data di scadenza dei prodotti	Collaudo e funzionalità delle pompe	Comunicazione in caso di anomalie		
	X	X	X	X	X	X	X		X
6.6 - Rifornimento	Tempistica entro 30 giorni								
	X								
6.7 - Segnalazione consegna	Invio copia di regolari bolle di consegna firmata per ricevuta dall'utente								
	X								
6.8 - Gestione dati di consumo del paziente	Trasmissione dati relativi ai consumi	Trasmissione eventuali variazioni							
	X	X							
6.9 - Mezzi di trasporto	Mezzi di trasporto appositamente allestiti, omologati e adeguati alle normative vigenti								
	X								

art. 6

*[Handwritten signatures]*

SCHEDA REQUISITI - DITTA: MEDICAIR

art. 7															
Informatizzazione	software compatibile con quelli comunemente in uso presso le Aziende (dalla cartella clinica alla prescrizione NED)	X	report scaricabili in formato Excel	Il sistema deve consentire l'accesso simultaneo in base ai diversi profili di autorizzazione, disponendo di un sistema di abilitazione a doppio livello utenza e password, utilizzando una tecnologia che consenta l'accesso con browser commerciali comuni e comunque compatibili e/o con interfaccia con il sistema aziendale (Explorer, Netscape) e che non preveda nessuna installazione di software e manutenzione del PC in dotazione		X									
			formato pdf e non excel												
Dati anagrafici	Nome e cognome paziente	X	Numero di identificazione		Codice fiscale										
Dati clinici	come da scheda allegata al Capitolato tecnico														
Dati terapia	inizio	X	Data della variazione, oppure data della sospensione	X	Tipo Dieta	X	Quantità giornaliera	X	Tipo Set	X	Costo giornaliero	X	Scadenziario delle Diete	X	
Dati relativi alle consegne	Data della consegna	X	Quantità diete consegnata e numero di lotto	X	Quantità diete ritirate	X	Quantità set consegnata e numero di lotto	X	Quantità set ritirate	X					

chiedere la visione del software - in contemporanea alla visione della campionatura

Data e Firma

**SCHEDE REQUISITI DELLE  
ATTREZZATURE E MATERIALE DI  
MEDICAZIONI – DITTA MEDICAIR**

*[Handwritten signatures]*

## Art. 8 - punto 8.1: pompa peristaltica

### DATI DI IDENTIFICAZIONE

#### Denominazione commerciale del prodotto

(Marca, modello, nome, versione)

Covidien – mod. Kangaroo Joey – cod. 383400

### DIRETTIVE E NORME DI RIFERIMENTO

Norma: C.E.I. / omologazione CE 93/42 CEE – IEC 60601-2 – IEC 60601-1-2

### REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA

<p><b>Requisiti essenziali di prodotto</b> (Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conforme alle norme ufficiali in materia (C.E.I./omologazione CE);</li> <li>- silenziosa, pratica, facile da pulire;</li> <li>- facilmente agganciabile alla piantana</li> <li>- dimensioni ridotte e peso inferiore a 1,5 Kilogrammi</li> <li>- accumulatore di corrente interno per eventuale black-out;</li> <li>- precisione (più o meno 10 % a tutte le velocità);</li> <li>- velocità di infusione minima <math>\leq 10\text{ml/h}</math> e massima <math>\geq 400\text{ml/h}</math>;</li> <li>- programmazione di velocità di infusione e del volume totale da infondere;</li> <li>- display indicante la velocità e il volume della miscela da somministrare;</li> <li>- allarme sonoro per occlusione, contenitore vuoto e esaurimento batterie;</li> <li>- autonomia di almeno 2 ore;</li> <li>- libretto di istruzioni in lingua italiana.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>
<p><b>In caso di pompa portatile</b> solo su richiesta del Centro Prescrittore</p> <p><b>Requisiti essenziali di prodotto</b> (Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conforme alle norme ufficiali in materia (C.E.I./omologazione CE);</li> <li>- trasportabile dalla persona stessa (con zainetto o tracolla);</li> <li>- peso della parte portatile &lt; 800 grammi;</li> <li>- precisione più o meno 10% a tutte le velocità;</li> <li>- autonomia di almeno 15 ore;</li> <li>- velocità di infusione minima <math>\leq 10\text{ml/h}</math> e massima <math>\geq 400\text{ ml/h}</math>;</li> <li>- programmazione di velocità di infusione e del volume totale da infondere;</li> <li>- display indicante la velocità e il volume della miscela da somministrare;</li> <li>- allarme sonoro per occlusione, contenitore vuoto e esaurimento batterie;</li> <li>- libretto di istruzioni in lingua italiana</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>

**Art. 8 - punto 8.2 set per infusione per pompa peristaltica****DATI DI IDENTIFICAZIONE - a. SACCA – (solo a richiesta)****Denominazione commerciale del prodotto***(Marca, modello, nome, versione)*

Covidien mod. Kangaroo EPUMP ( cod. 666064 e 666106) – Joey PUMP (cod. 777064 e 777106)

**DIRETTIVE E NORME DI RIFERIMENTO**

Norma: F.U. vigente 93/42 CEE – EN 1615:2000 – EN 1618:1997 – EN 556-1:2011/AC:2006 – ISO 14165-1:2003 – ISO 13485:2003 – ISO 11135-1:2007 – EN ISO 11607-1:2006 – ISO 14971:2007 – EN 1041:2008 – EN ISO 11607-2:2006 – ISO 10993-7 :2008 – EN 980:2008 – ISTA 2A:2008 – ISO 10993-1:2009

**REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA**

<p><b>Sacca (capacità min. 500 ml – max 1.500 ml)</b>  <b>Requisiti essenziali di prodotto</b>  <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i></p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- materiale rispondente ai requisiti scritti delle “norme di buona fabbricazione” e a quelli riportati alla monografia “contenitori in plastica per soluzioni perfusionali” della F. U. vigente;</li> <li>- sterile, secondo la monografia “controllo di sterilità” della F. U. vigente;</li> <li>- chiusura ermetica;</li> <li>- graduata ogni 100 ml, con scrittura indelebile;</li> <li>- facile da appendere alla piantana, con attacco resistente;</li> <li>- deflussori con morsetto di chiusura del flusso per i deflussori a caduta, con raccordo per flacone o per sacca;</li> <li>- presenza di connettore universale per ogni tipo di accesso enterale;</li> <li>- garanzia di scorrimento regolare di tutti i tipi di miscele nutrizionali;</li> <li>- codice CND</li> <li>- Numero di repertorio del Dispositivi Medici</li> </ul>	<p>Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>
<p><b>Set per infusione</b>  <b>Requisiti essenziali del prodotto</b>  <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i></p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- compatibile con la pompa in dotazione;</li> <li>- privo di lattice e di ftalati (DEHP-free)</li> <li>- in confezione singola sterile. La confezione deve riportare: numero del lotto di riferimento, la data di sterilizzazione e la data di scadenza.</li> <li>- imballati in scatole di cartone o altro materiale tale da non pregiudicare il contenuto</li> <li>- codice CND</li> <li>- Numero di repertorio del Dispositivi Medici</li> </ul>	<p>Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>

**DATI DI IDENTIFICAZIONE - b. PIANTANA DI SOSTEGNO****Denominazione commerciale del prodotto***(Marca, modello, nome, versione)*

Asta porta flebo su base con ruote cod. 935431 marca Invacare

**REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA**

<b>Requisiti essenziali di prodotto</b> <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i>	<u>Caratteristiche minime:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regolabile in altezza;</li> <li>- stabile in caso di deambulazione;</li> <li>- dotata di rotelle (minimo 5 ruote per problemi di stabilità);</li> <li>- aggancio per sacca o reggi flacone.</li> </ul>	Conforme al Capitolato tecnico  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
---	--	---

**DATI DI IDENTIFICAZIONE - c. KIT INFERMIERISTICO****Denominazione commerciale del prodotto***(Marca, modello, nome, versione)***REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA**

Tipo di accesso nutrizionale	Composizione del kit <i>(fornitura mensile)</i>	Conforme al Capitolato tecnico
Sondino naso-gastrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cerotto nasale (tipo stat-lock nasogastric);</li> <li>- siringa monouso 50 ml. cono grande;</li> <li>- guanti non sterili <i>(se richiesti)</i>;</li> <li>- sondino naso-gastrico in poliuretano o materiale omologato Fr secondo prescrizione</li> </ul>	Conforme al Capitolato tecnico  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
Stomia stabilizza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confezione di compresse di garza sterile, in puro cotone titolo 12/8 (peso al mq compreso fra 27 e 30 gr. - dimensioni 10 x 10 x 8 strati rispondenti F.U.);</li> <li>- cerotto in TNT altezza 5 cm.;</li> <li>- siringa monouso 50 cc cono grande o leur/lock;</li> <li>- guanti non sterili <i>(se richiesti)</i>;</li> <li>- siringa da 10 ml <i>(se richiesta)</i> per PEG a palloncino;</li> <li>- kit sostitutivo PEG a palloncino <i>(a richiesta del Centro Prescrittore)</i></li> </ul>	Conforme al Capitolato tecnico  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
Stomia recente	<i>Fornitura per il primo mese in aggiunta al materiale previsto per la stomia stabilizzata:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disinfettante (iodopovidone 10% o clorexidina 2% in flaconi da 100-250 ml);</li> <li>- soluzione fisiologica o acqua sterile in fiale da 10 ml.;</li> <li>- guanti sterili da 1 a 10 paia <i>(a richiesta del Centro Prescrittore)</i></li> </ul>	Conforme al Capitolato tecnico  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>

**Timbro e firma**



SCHEDA REQUISITI - DITTA: SAPIO LIFE

Caratteristiche tecnico-qualitative del servizio									
6.1 - Installazione	Verifica compatibilità con impianto elettrico	Messa a disposizione di materiali e attrezzature come da prescrizione	Consegna dei prodotti dietetici ed attrezzature entro 24 ore dalla richiesta	Variazione di alimentazione o sistema di somministrazione entro 12 ore dalla richiesta	Presenza n° verde				
	X	X	X	X	X				
6.2 - Addestramento	Addestramento con personale qualifica proprio	Consegna manuale d'istruzione - lingua italiana							
	X	X							
6.3 - Manuale d'istruzione	manuale di istruzione per il corretto uso delle apparecchiature, completo e redatto in lingua italiana								
	X								
6.4 - Tempi di intervento	Entro 24 ore	Richieste urgenti							
	X	X							
6.5 - Procedure di controllo di qualità	Verifica igiene generale delle apparecchiature e delle confezioni	Integrità delle confezioni	Confezionamento e conservazione delle diete	Integrità delle etichette	Data di scadenza dei prodotti	Collaudo e funzionalità delle pompe	Comunicazione in caso di anomalie		
	X	X	X	X	X	X	X		X
6.6 - Rifornimento	Tempistica entro 30 giorni								
	X								
6.7 - Segnalazione consegna	Invio copia di consegna firmata dall'utente								
	X								
6.8 - Gestione dati di consumo del paziente	Trasmissione dati relativi ai consumi	Trasmissione eventuali variazioni							
	X	X							
6.9 - Mezzi di trasporto	Mezzi di trasporto appositamente allestiti, omologati e adeguati alle normative vigenti								
	X								




art. 6

*Calus* # *DD*

SCHEDA REQUISITI - DITTA: SAPIO LIFE

art. 7		X		X		X		X		X		X		X		X	
Informatizzazione		software compatibile con quelli comunemente in uso presso le Aziende (dalla cartella clinica alla prescrizione NED)		report scaricabili in formato Excel		Il sistema deve consentire l'accesso simultaneo in base ai diversi profili di autorizzazione, disponendo di un sistema di abilitazione a doppio livello utenza e password, utilizzando una tecnologia che consenta l'accesso con browser commerciali comuni e comunque compatibili e/o con interfaccia con il sistema aziendale (Explorer, Netscape) e che non preveda nessuna installazione di software e manutenzione dei PC in dotazione											
		X		X		X											
Dati anagrafici		Nome e cognome paziente		X		Numero di identificazione		X		Codice fiscale		X					
Dati clinici		come da scheda allegata al Capitolato tecnico															
Dati terapia		inizio		X		Data della variazione, oppure data della sospensione		X		Tipo Dieta		X		Quantità giornaliera		X	
Dati relativi alle consegne		Data della consegna		X		Quantità diete consegnata e numero di lotto		X		Quantità diete ritirate		X		Tipo Set		X	
		X		X		X		X		X		X		X		X	

Data e Firma

**SCHEDA REQUISITI DELLE  
ATTREZZATURE E MATERIALE DI  
MEDICAZIONI – DITTA SAPIO LIFE**

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

## Art. 8 - punto 8.1: pompa peristaltica

### DATI DI IDENTIFICAZIONE

#### Denominazione commerciale del prodotto

(Marca, modello, nome, versione)

Kangaroo Joey pump Covidien (fissa)

Nutricia Infinity (portatile)

### DIRETTIVE E NORME DI RIFERIMENTO

Norma: C.E.I. / omologazione CE

Covidien 93/42/EEC-0123/IIa n- IEC 601-1 IIBF Nutricia EN60601-1-2, EN 61000-3-3, RTCA DO 160D 93/42/EEC, CE 0344, IEC601, classe IIa

### REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA

<p><b>Requisiti essenziali di prodotto</b> (Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</p>	<p><i>Caratteristiche minime:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conforme alle norme ufficiali in materia (C.E.I./omologazione CE);</li> <li>- silenziosa, pratica, facile da pulire;</li> <li>- facilmente agganciabile alla piantana</li> <li>- dimensioni ridotte e peso inferiore a 1,5 Kilogrammi</li> <li>- accumulatore di corrente interno per eventuale black-out;</li> <li>- precisione (più o meno 10 % a tutte le velocità);</li> <li>- velocità di infusione minima <math>\leq 10\text{ml/h}</math> e massima <math>\geq 400\text{ml/h}</math>;</li> <li>- programmazione di velocità di infusione e del volume totale da infondere;</li> <li>- display indicante la velocità e il volume della miscela da somministrare;</li> <li>- allarme sonoro per occlusione, contenitore vuoto e esaurimento batterie;</li> <li>- autonomia di almeno 2 ore;</li> <li>- libretto di istruzioni in lingua italiana.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>
<p><b>In caso di pompa portatile</b> solo su richiesta del Centro Prescrittore</p> <p><b>Requisiti essenziali di prodotto</b> (Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</p>	<p><i>Caratteristiche minime:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conforme alle norme ufficiali in materia (C.E.I./omologazione CE);</li> <li>- trasportabile dalla persona stessa (con zainetto o tracolla);</li> <li>- peso della parte portatile &lt; 800 grammi;</li> <li>- precisione più o meno 10% a tutte le velocità;</li> <li>- autonomia di almeno 15 ore;</li> <li>- velocità di infusione minima <math>\leq 10\text{ml/h}</math> e massima <math>\geq 400\text{ ml/h}</math>;</li> <li>- programmazione di velocità di infusione e del volume totale da infondere;</li> <li>- display indicante la velocità e il volume della miscela da somministrare;</li> <li>- allarme sonoro per occlusione, contenitore vuoto e esaurimento batterie;</li> <li>- libretto di istruzioni in lingua italiana</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p> <p style="text-align: center;"><u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>

## Art. 8 - punto 8.2 set per infusione per pompa peristaltica

### DATI DI IDENTIFICAZIONE - a. SACCA – (solo a richiesta)

#### Denominazione commerciale del prodotto

(Marca, modello, nome, versione)

Covidien: Kangaroo Joey pump cod. 777106, 777064, 777304, 777015, 777007

Nutricia: sacca/deflussore cod. 35163, 35734, 35161, 35176

### DIRETTIVE E NORME DI RIFERIMENTO

Norma: F.U. vigente Covidien: 93/42 EEC -0123/IIa - Nutricia: CE0344, IEC 601, Classe IIa

### REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA

<p><b>Sacca (capacità min. 500 ml – max 1.500 ml)</b>  <b>Requisiti essenziali di prodotto</b>  <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i></p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- materiale rispondente ai requisiti scritti delle “norme di buona fabbricazione” e a quelli riportati alla monografia “contenitori in plastica per soluzioni perfusionali” della F. U. vigente;</li> <li>- sterile, secondo la monografia “controllo di sterilità” della F. U. vigente;</li> <li>- chiusura ermetica;</li> <li>- graduata ogni 100 ml, con scrittura indelebile;</li> <li>- facile da appendere alla piantana, con attacco resistente;</li> <li>- deflussori con morsetto di chiusura del flusso per i deflussori a caduta, con raccordo per flacone o per sacca;</li> <li>- presenza di connettore universale per ogni tipo di accesso enterale;</li> <li>- garanzia di scorrimento regolare di tutti i tipi di miscele nutrizionali;</li> <li>- codice CND</li> <li>- Numero di repertorio del Dispositivi Medici</li> </ul>	<p>Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b>  <u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>
<p><b>Set per infusione</b>  <b>Requisiti essenziali del prodotto</b>  <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i></p>	<p><u>Caratteristiche minime:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- compatibile con la pompa in dotazione;</li> <li>- privo di lattice e di ftalati (DEHP-free)</li> <li>- in confezione singola sterile. La confezione deve riportare: numero del lotto di riferimento, la data di sterilizzazione e la data di scadenza.</li> <li>- imballati in scatole di cartone o altro materiale tale da non pregiudicare il contenuto</li> <li>- codice CND</li> <li>- Numero di repertorio del Dispositivi Medici</li> </ul>	<p>Conforme al Capitolato tecnico</p> <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b>  <u>La Commissione si riserva di visionare il prodotto offerto</u></p>

**DATI DI IDENTIFICAZIONE - b. PIANTANA DI SOSTEGNO****Denominazione commerciale del prodotto***(Marca, modello, nome, versione)*

Asta porta flebo cod. 935431

**REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA**

<b>Requisiti essenziali di prodotto</b> <i>(Indicazione degli elementi tecnici richiesti come obbligatori)</i>	<u>Caratteristiche minime:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regolabile in altezza;</li> <li>- stabile in caso di deambulazione;</li> <li>- dotata di rotelle (minimo 5 ruote per problemi di stabilità);</li> <li>- aggancio per sacca o reggi flacone.</li> </ul>	<b>Conforme al Capitolato tecnico</b>  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
---	--	--

**DATI DI IDENTIFICAZIONE - c. KIT INFERMIERISTICO****Denominazione commerciale del prodotto***(Marca, modello, nome, versione)*

Kit 30 giorni cod. SL630000XX

**REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA**

Tipo di accesso nutrizionale	Composizione del kit <i>(fornitura mensile)</i>	Conforme al Capitolato tecnico
<b>Sondino naso-gastrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cerotto nasale (tipo stat-lock nasogastric);</li> <li>- siringa monouso 50 ml. cono grande;</li> <li>- guanti non sterili <i>(se richiesti)</i>;</li> <li>- sondino naso-gastrico in poliuretano o materiale omologato <i>Fr secondo prescrizione</i></li> </ul>	<b>Conforme al Capitolato tecnico</b>  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
<b>Stomia stabilizza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confezione di compresse di garza sterile, in puro cotone titolo 12/8 (peso al mq compreso fra 27 e 30 gr. – dimensioni 10 x 10 x 8 strati rispondenti F.U.);</li> <li>- cerotto in TNT altezza 5 cm.;</li> <li>- siringa monouso 50 cc cono grande o leur/lock;</li> <li>- guanti non sterili <i>(se richiesti)</i>;</li> <li>- siringa da 10 ml <i>(se richiesta)</i> per PEG a palloncino;</li> <li>- kit sostitutivo PEG a palloncino <i>(a richiesta del Centro Prescrittore)</i></li> </ul>	<b>Conforme al Capitolato tecnico</b>  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>
<b>Stomia recente</b>	<i>Fornitura per il primo mese in aggiunta al materiale previsto per la <b>stomia stabilizzata</b>:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disinfettante (iodopovidone 10% o clorexidina 2% in flaconi da 100-250 ml);</li> <li>- soluzione fisiologica o acqua sterile in fiale da 10 ml.;</li> <li>- guanti sterili da 1 a 10 paia <i>(a richiesta del Centro Prescrittore)</i></li> </ul>	<b>Conforme al Capitolato tecnico</b>  <p style="text-align: center;"><b>SI/NO</b></p>

**Timbro e firma**