

REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

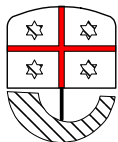
QUESTIONARIO TECNICO

M5 BIS

Procedura aperta, ai sensi dell'art.60 del D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura in service di sistemi per infusione occorrenti alle AA.SS.LL, EE.OO. ed I.R.C.C.S. della Regione Liguria, per un periodo di mesi 72 (con opzione di rinnovo per ulteriori mesi 12).

Lotti n. 6

N. gara: 8809583



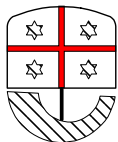
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Completare le schede sotto per i lotti di interesse, indicando sì/no o i dati relativi ai prodotti offerti:

LOTTO 1

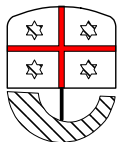
SISTEMI PER NUTRIZIONE ENTERALE

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u> <u>e/o A PUNTEGGIO</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. POMPE PER NUTRIZIONE ENTERALE			
1.1. Destinazione d'uso enterale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.2. Modalità di infusione continua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.3. Dotata di meccanismo volumetrico e/o peristaltico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.4. Volume da infondere programmabile fino a 3000 ml.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.5. Velocità di flusso programmabile da 1 a 300 ml/ora.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.6. Accuratezza dell'infusione $\leq \pm 10\%$ dell'impostato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.7. Sistema antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8. Interruzione momentanea dell'erogazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9. Verifica volume somministrato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.10. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.12. Utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.13. Doppia alimentazione a rete (preferibilmente con trasformatore interno) e a batteria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.14. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



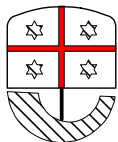
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.15. Possibilità di commutazione automatica alimentazione rete/batteria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.16. Autonomia con funzionamento a batterie non inferiore a 6 ore alla velocità di 125 ml/h a pieno carico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.17. Segnale di batteria residua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.18. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.19. Dotata di sistemi di rilevazione di occlusione nel sistema, di batteria in esaurimento, e di fine infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.20. Eventuale possibilità di programmare nella stessa pompa, senza successivo intervento manuale, il ciclo enterale e di idratazione/lavaggio con deflussori a doppia via specificatamente dedicati al nutrimento ed idratazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. DEFLUSSORI PER ENTERALE			
2.1. Monouso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2. Dotato di filtro antibatterico o idonei sistemi antireflusso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3. Munito di sistema antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.4. Deve essere destinato alla somministrazione di miscele per nutrizione enterale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.5. Deve essere costituito da un attacco universale per flaconi/sacche, una camera di gocciolamento trasparente, ovvero altri sistemi di rilevazione del flusso , un punto di raccordo secondo standard ENFit (norma ISO 80369-3) per sonda alimentazione con connessione conica universale e connessioni specifiche (digiunostomia, gastrostomia, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.6. Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.8. Attacco universale compatibile con qualsiasi tipo di flacone/sacche disponibile in commercio, compreso il tipo con attacco perforabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.9. Durata di almeno 24 ore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10. Marchio CE.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.11. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. DEFLUSSORE CON SACCA PER ENTERALE			
3.1. Deve essere destinato alla somministrazione di miscele per nutrizione enterale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.2. Il deflussore deve essere dotato di filtro antibatterico o idonei sistemi antireflusso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

3.3. Deve essere costituito da una sacca con capacità non inferiore a 1000 ml graduata in modo preciso, una camera di gocciolamento trasparente o altro sistema di rilevamento flusso, un punto di raccordo secondo standard ENFit (norma ISO 80369-3) per sonda alimentazione con connessione conica universale e connessioni specifiche (digiunostomia, gastrostomia, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.4. Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.5. Materiali di fabbricazione idonei, chimicamente stabili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.6. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.7. Durata di almeno 24 ore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.8. Il set deve essere monouso e sterile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.9. Marchio CE.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.10. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. DEFLUSSORI A CADUTA			
4.1. Monouso, sterili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.2. Dotati di filtro antibatterico o idonei sistemi antireflusso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.3. Munito di sistema antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.4. Dotato di un "raccordo universale" che lo renda compatibile sia con contenitori a collo largo (con tappo a vite) che a cono stretto (flaconi con tappo a corona).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.5. Dotato di connettore terminale secondo standard ENFit (norma ISO 80369-3) con cappuccio di protezione non forato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.6. Fabbriato in materiale plastico che non ceda plastificanti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.7. Marchio CE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

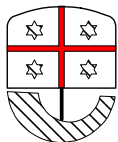


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 2

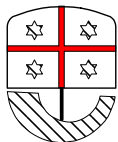
SISTEMI PER INFUSIONE PER REPARTI DI DEGENZA NON INTENSIVA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u> <u>e/o A PUNTEGGIO</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. SISTEMA MODULARE			
1.1. Sistema modulare integrato con possibilità di montaggio contemporaneo di pompe volumetriche e a siringa per ogni stazione di lavoro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.2. Possibilità di gestione centralizzata contemporanea di almeno 4 dispositivi infusionali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.2.1. specificare se le posizioni per pompe volumetriche e siringa sono differenziate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.3. Il sistema deve consentire il montaggio su barre di ancoraggio e/o stativi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.4. Modalità rapida di aggancio e sgancio dei dispositivi di infusione dal sistema modulare, possibilmente senza utilizzo di attrezzi esterni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.5. Ogni modulo deve avere un solo cavo di alimentazione con spina conforme alle prese in uso presso i vari Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.6. Specificare eventuale centralizzazione e remotizzazione degli allarmi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.7. Peso contenuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.1. modalità minime di interfacciamento hardware: Wi-Fi, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.3. Specificare la possibilità di interfacciamento con sistemi informativi aziendali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



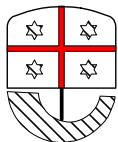
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.8.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8.5. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9. Eventuali funzioni migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. POMPE VOLUMETRICHE			
2.1. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2. Velocità di infusione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.1. velocità minima non superiore a 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.2. velocità massima non inferiore a 999 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.3. incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.4. incremento minimo non superiore a 1 ml/h sopra i 99,9 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.5. errore di infusione non superiore a $\pm 5\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3. Volume di infusione impostabile tra 1 ml e 9999 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.4. Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.5. Funzione di bolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.6. Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli. Specificare la modalità di misurazione della pressione in linea ed il grado di precisione del sistema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.7. Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.8. Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.9. Dispositivo antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10 Preferibilmente dotato di sistema che impedisca lo svuotamento del set di somministrazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10. Adeguata allarmistica visiva e sonora:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10.1. allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10.2. allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



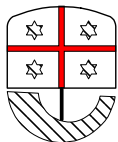
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.10.3. allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10.4. allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10.5. allarmi riconoscibili a distanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.11. Doppia alimentazione a rete (con trasformatore interno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.12. Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.13. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.14. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.15. Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.16. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.17. Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.18. Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.19. Display:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.19.1. in lingua italiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.19.2. di ampie dimensioni (specificare pollici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.19.3. visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.19.4. facilmente sanificabile : specificare prodotti e modalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.20. Auto-test iniziale per la verifica del corretto funzionamento della pompa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.21. Blocco tastiera per evitare manipolazioni accidentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.22. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.23. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.24. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.25. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



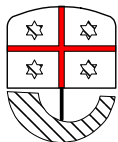
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.26. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26.1. gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26.2. specificare numero farmaci gestiti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26.3. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26.5. specificare possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, etc.) delle pompe da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.27. Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. DEFLUSSORE STANDARD			
3.1. Deve essere destinato alla somministrazione dei liquidi perfusionali tramite pompa volumetrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.2. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.3. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.4. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.5. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.6. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.7. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.8. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.9. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.10. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.11. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.13. Durata di almeno 48 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.14. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.15. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella total	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



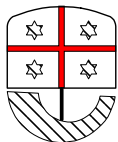
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

4. DEFLUSSORE PER SANGUE (DOTAZIONE PREFERIBILE)			
4.1. Deve essere destinato alla somministrazione di sangue ed emoderivati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.2. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento con filtro uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.3. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.4. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.5. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.6. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.7. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.8. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.9. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.10. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.11. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.13. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.14. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. DEFLUSSORE DESTINATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INCOMPATIBILI CON IL PVC			
5.1. Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.2. Materiale idoneo alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



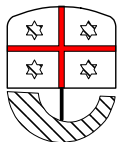
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

5.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.12. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.13. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.14. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.15. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.16. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. DEFLUSSORE PER FARMACI FOTOSENSIBILI			
6.1. Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.2. Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.13. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



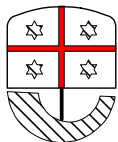
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

6.14. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.15. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7. DEFLUSSORE PER LIPIDI			
7.1. Deve essere destinato alla somministrazione di lipidi.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.2. In materiale idoneo alla somministrazione di lipidi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.12. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.13. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.14. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.15. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7.16. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8. POMPE A SIRINGA			
8.1. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.2. Range velocità di infusione non inferiore a $[0,1-999]$ ml/h con incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range $[0,1-99,9]$ e non superiore a 1ml/h nel range $[99,9-999]$	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.3. Errore di infusione non superiore a $\pm 2\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



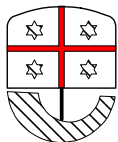
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

8.4. Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.5. Funzione di bolo con velocità e volume programmabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.6. Riduzione automatica del volume di bolo dopo l'allarme di occlusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.7. Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.8. Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.9. Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.10. Funzione in modalità di calcolo dose sulla base del peso del paziente e/o della superficie corporea (ad es. mg/kg/ora, mg/kg/min, mcg/kg/ora, mg/kg/min)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.11. Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.12. Allarmi per: occlusione siringa, siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, batteria scarica, ecc.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.13. Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.14. Doppia alimentazione a rete (specificare se con trasformatore interno o esterno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.15. Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.16. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.17. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 5 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.18. Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.19. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.20. Ogni pompa deve poter funzionare autonomamente con proprio cavo di alimentazione, con spina conforme alle prese in uso presso i diversi Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.21. Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.22. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.23. Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.24. Display per la visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.25. Interfaccia software, allarmistica in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.26. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

8.27. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.28. In grado di utilizzare siringhe luer-lock, da 10, 20, 30, 50 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.29. Compatibile con maggior numero siringhe e prolunghe in commercio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.30. riconoscimento automatico volume siringa utilizzata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.31. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.32. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.32.1. gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.32.2. specificare numero farmaci gestiti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.32.3. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.32.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.33. Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

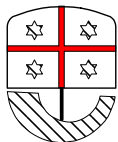


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 3

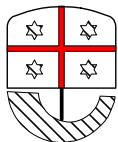
TERAPIA DEL DOLORE METODICA PCA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. POMPA PERISTALTICA CON MODALITA' DI INFUSIONE CONTINUA PER PCA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.1. Pompe infusionali di dimensioni contenute per essere facilmente trasportabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.2. Peso non superiore a 700 g	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.3. Display in italiano con segnalazione stato operativo dell'apparecchiatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.4. Alimentazione a rete, a batteria ricaricabile e batteria monouso.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.5. Ampia autonomia della batteria (indicare espressamente le ore di autonomia e tipologia della batteria) con sistema di ricarica integrato. Almeno 48 ore a 4 ml/h.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.6. Presenza di sistemi di aggancio e posizionamento delle apparecchiature su stativi mobili e sistema di trasporto (borsetta/marsupio per utenti deambulanti) per i pazienti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.7. Regolazione velocità di infusione almeno da 0,1 a 50 ml/h con step di variazione di 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.8. Accuratezza dell'infusione calcolata secondo norma IEC 60601-2-24 (con una portata di 1 ml/h visualizzata tramite curva a tromba realizzata dopo 72 ore di funzionamento del deflusso) $\leq \pm 6\%$ dell'impostato dal quinto minuto di osservazione utilizzando il deflussore "standard".	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9. Impostazione dose limite di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.10. Infusione solo continua, bolo controllato dal paziente, continua + bolo, con possibilità di dose aggiuntiva o di carico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.10.1 Eventuali altre modalità di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.12. Inserimento della concentrazione del farmaco in mg/ml e mcg/ml.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.13. Intervallo tra le dosi a domanda programmabili da un minimo di 5 minuti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



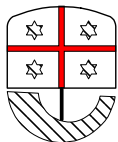
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.14.	Dose attivabile dal paziente da 0,1 a 9,9 ml.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.15.	Livello di blocco tastiera nullo, parziale, totale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.16.	Autotest all'accensione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.17.	Archivio elettronico degli eventi.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.18.	Utilizzo intravenoso, sottocutaneo, epidurale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.19.	Allarmi acustici e/o visivi di fine infusione, di occlusione della linea infusoriale, di insufficienza stato di carica batteria, di posizionamento scorretto del set infusoriale, di segnalazione guasto all'apparecchiatura, di dose limite raggiunta.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.20.	Sensore di presenza aria nel deflussore o soluzione equivalente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21.	Display con segnalazione stato operativo dell'apparecchiatura ed indicazioni almeno delle impostazioni: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, dose massima, stato di carica della batteria, allarmi vari.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.22.	Dotata di sistemi di rilevazione di occlusione nel sistema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. SET PER POMPA PCA ENDOVENOSA				
2.1.	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci tramite pompa PCA.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.	Costituito da: un perforatore o un serbatoio, uno stringitubo e raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.	Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.4.	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.5.	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.6.	Quantitativo di riempimento non superiore a 10 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.7.	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.8.	Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. SET PER SOMMINISTRAZIONE INTRATECALE / EPIDURALE / PERINEURALE				
3.1.	Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci tramite pompa PCA.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.2.	Costituito da: un perforatore o un serbatoio, uno stringitubo e raccordo maschio terminale NRFit	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.3.	I connettori terminali devono essere conformi allo standard NRFit (ISO 80369-6)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

3.4.	Sterile, apirogeno, privo di lattice ed incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.5.	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.6.	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.7.	Quantitativo di riempimento non superiore a 10 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.8.	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.9.	Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

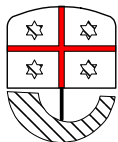


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 4

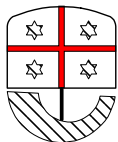
ANESTESIA /S.O. METODICA TCI

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u> <u>e/o A PUNTEGGIO</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. SISTEMA MODULARE			
1.1. Sistema modulare integrato con possibilità di montaggio contemporaneo di pompe a siringa per ogni stazione di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Possibilità di gestione centralizzata contemporanea di almeno 4 dispositivi infusionali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Il sistema deve consentire il montaggio su barre di ancoraggio e/o stativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Modalità rapida di aggancio e sgancio dei dispositivi di infusione dal sistema modulare, possibilmente senza utilizzo di attrezzi esterni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Ogni modulo deve avere un solo cavo di alimentazione con spina conforme alle prese in uso presso i vari Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Interoperabilità con sistemi di lettura codici a barre e/o codici QR, preferibilmente integrato senza cavi, per la gestione del rischio clinico (identificazione paziente, farmaco, specificare altro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Eventuale centralizzazione e remotizzazione degli allarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Peso contenuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.1. modalità minime di interfacciamento hardware: Wi-Fi, specificare altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.3. interfacciamento con sistemi informativi aziendali; i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



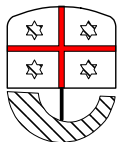
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.9.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia, Sophia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.5. software per il controllo remoto: dovrà essere fornito un sistema per la visualizzazione in tempo reale da remoto (ad esempio su pc in sala controllo) dello stato di funzionamento e degli allarmi di tutti i sistemi infusionali, con storicizzazione degli eventi (descrivere il sistema offerto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.6. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.7. gestione farmaci:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.7.1. gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.7.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10. Eventuali funzioni migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. POMPE A SIRINGA			
2.1. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2. Range velocità di infusione non inferiore a [0,1-999] ml/h con incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9] e non superiore a 1ml/h nel range [99,9-999]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3. Errore di infusione non superiore a $\pm 2\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Funzione KVO di mantenimento della pervietà della linea venosa al termine dell'infusione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Funzione di bolo con velocità e volume programmabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Bolo manuale senza fermare l'infusione con riavvio automatico dell'infusione a fine bolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7. Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli senza interrompere l'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8. Funzione stand-by senza allarmi o con allarmi tacitabili anche a parametri impostati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.9. Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.10. Impostazione peso corporeo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.11. Variazione del flusso orario senza interrompere l'infusione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



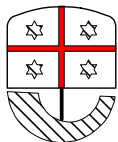
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.12. Programmi di utilizzo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.1. in modalità ml/h, ml/min	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.2. in modalità di calcolo dose sulla base del peso del paziente e/o della superficie corporea (ad es. mg/kg/ora, mcg/kg/min, mg/kg/min)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.3. in modalità TCI, incluso display grafico predittivo concentrazione plasmatici (Cp) e quella del sito effettore (Ce)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.4. in modalità TCI concentrazione plasmatici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.5. in modalità TCI concentrazione sito effettore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.13. Visualizzazione sul display: dose induzione, volume totale induzione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.14. Induzione in periodo programmato e successivo passaggio automatico alla velocità di mantenimento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.15. Controllo delle operazioni della pompa in modo che i parametri di infusione si modifichino automaticamente per mantenere la concentrazione desiderata.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.16. Infusione in modalità TCI con diversi farmaci (almeno Propofol e Remifentanil) con calcolo della dose al sito effettore;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.16.1. specificare numero modelli (con marchio CE) disponibili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.16.2. possibilità di aggiornamento anche futuro con altri farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.17. Funzionamento in modalità TCI anche con siringhe non preriempite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.18. Certificazione CE in tutti i profili TCI o dell'Editor che li contiene	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.19. Infusione in modalità TIVA visualizzando a display il nome del farmaco da una lista preimpostata con possibilità di aggiornamento dei farmaci memorizzati.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.19.1. specificare numero di farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.20. Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.21. Allarmi sonori e visivi per: occlusione (diversi livelli), siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, dose limite e fine dose, fine infusione e preallarme di fine infusione, allarme di flusso non corrispondente all'impostato, allarme di interruzione di tensione all'alimentazione o di insufficiente stato di carica della batteria, eventuali altri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.22. Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.23. Doppia alimentazione a rete (con trasformatore interno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.24. Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



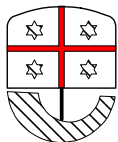
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.25. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 5 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.27. Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.29. Ogni pompa deve poter funzionare autonomamente con proprio cavo di alimentazione, con spina conforme alle prese in uso presso i diversi Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.30. Le singole pompe devono essere impilabili con sistema di centralizzazione elettrica con alimentazione a cavo singolo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.31. Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.32. Aggiornabilità software: tutti gli aggiornamenti software rilasciati durante il periodo contrattuale sono inclusi in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.33. Preferibilmente interoperabilità con sistemi di lettura codici a barre e/o codici QR, preferibilmente integrato senza cavi, per la gestione del rischio clinico (identificazione paziente, farmaco, specificare altro)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.34. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.35. Display a colori:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.35.1. interfaccia utente in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.35.2. di ampie dimensioni (specificare pollici)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.35.3. visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione, utilizzo codice colori per identificazione rapida della tipologia di farmaco in infusione (in conformità alla norma ISO 26825)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.36. Registrazione e lettura contemporanea sul display dei seguenti parametri: nome farmaco, velocità/dosaggio e concentrazione, volume totale in ml, volume infuso, stato di carica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.37. Interfaccia software e allarmistica in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.38. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.39. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.40. In grado di utilizzare siringhe luer-lock, da 10, 20, 30, 50 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.41. Compatibile con maggior numero di siringhe e prolunghe in commercio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.42. Riconoscimento automatico del volume della siringa utilizzata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.1. modalità minime di interfacciamento hardware: Wi-Fi, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.3. interfacciamento con sistemi informativi aziendali; i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.5. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.6. gestione farmaci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.6.1. gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.43.6.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.44. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

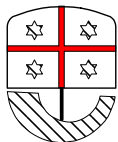


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 5

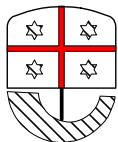
SISTEMI PER INFUSIONE PER REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u> <u>e/o A PUNTEGGIO</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. SISTEMA MODULARE			
1.1. Sistema modulare integrato con possibilità di montaggio contemporaneo di pompe volumetriche e a siringa per ogni stazione di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Possibilità di gestione centralizzata contemporanea di almeno 4 dispositivi infusionali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.1. specificare se le posizioni per pompe volumetriche e siringa sono differenziate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Il sistema deve consentire il montaggio su barre di ancoraggio e/o stativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Modalità rapida di aggancio e sgancio dei dispositivi di infusione dal sistema modulare, possibilmente senza utilizzo di attrezzi esterni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Ogni modulo deve avere un solo cavo di alimentazione con spina conforme alle prese in uso presso i vari Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Interoperabilità con sistemi di lettura codici a barre e/o codici QR, preferibilmente integrato senza cavi, per la gestione del rischio clinico (identificazione paziente, farmaco, specificare altro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Eventuale centralizzazione e remotizzazione degli allarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Peso contenuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.1. modalità minime di interfacciamento hardware: wifi, specificare altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9.3. interfacciamento con sistemi informativi aziendali; i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



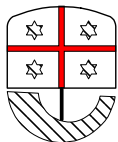
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale:			
1.9.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.5. software per il controllo remoto: dovrà essere fornito un sistema per la visualizzazione in tempo reale da remoto (ad esempio su pc in sala controllo) dello stato di funzionamento e degli allarmi di tutti i sistemi infusionali, con storicizzazione degli eventi (descrivere il sistema offerto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.6. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.7. gestione farmaci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.7.1. gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.9.7.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.10. Eventuali funzioni migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. POMPE VOLUMETRICHE			
2.1. Integrabili nel sistema modulare con possibilità di funzionamento anche indipendente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3. Velocità di infusione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.1. velocità minima non superiore a 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.2. velocità massima non inferiore a 999 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.3. incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9]	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.4. incremento minimo non superiore a 1 ml/h sopra i 99,9 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.3.5. errore di infusione non superiore a $\pm 5\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.4. Volume di infusione impostabile tra 1 ml e 9999 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.5. Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



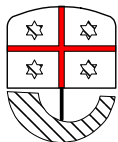
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.6.	Funzione di bolo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.7.	Funzione in modalità di calcolo dose sulla base del peso del paziente e/o della superficie corporea (ad es. mg/kg/ora, mg/kg/min, mcg/kg/ora, mg/kg/min)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.8.	Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.9.	Funzione stand-by	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10.	Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.11.	Dispositivo antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.	Adeguate allarmistica visiva e sonora:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.1.	allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.2.	allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.3.	allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.4.	allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.5.	allarmi riconoscibili a distanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.13.	Doppia alimentazione a rete (con trasformatore interno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.14.	Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.15.	Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.16.	Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.17.	Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.18.	Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.19.	Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.20.	Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.21.	Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.22.	Display a colori:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.22.1.	interfaccia utente in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



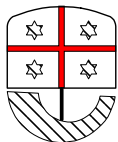
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.22.2. di ampie dimensioni (specificare pollici)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.22.3. visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione, utilizzo codice colori per identificazione rapida della tipologia di farmaco in infusione (in conformità alla norma ISO 26825)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.22.4. facilmente sanificabile: specificare prodotti e modalità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.23. Auto-test iniziale per la verifica del corretto funzionamento della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.24. Blocco tastiera per evitare manipolazioni accidentali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.25. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.26. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.27. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.1. modalità minime di interfacciamento hardware: wifi, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.3. interfacciamento con sistemi informativi aziendali; i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.5. software per il controllo remoto: dovrà essere fornito un sistema per la visualizzazione in tempo reale da remoto (ad esempio su pc in sala controllo) dello stato di funzionamento e degli allarmi di tutti i sistemi infusionali (descrivere)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.28.6. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



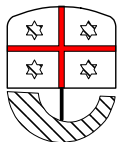
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.28.7. gestione farmaci:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.28.7.1. gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.28.7.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.29. Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. POMPE A SIRINGA			
3.1. Integrabili nel sistema modulare con possibilità di funzionamento anche indipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3. Range velocità di infusione non inferiore a [0,1-999] ml/h con incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9] e non superiore a 1ml/h nel range [99,9-999]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4. Errore di infusione non superiore a $\pm 2\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5. Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6. Funzione di bolo con velocità e volume programmabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7. Funzione in modalità di calcolo dose sulla base del peso del paziente e/o della superficie corporea (ad es. mg/kg/ora, mg/kg/min, mcg/kg/ora, mg/kg/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8. Riduzione automatica del volume di bolo dopo l'allarme di occlusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9. Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.10. Funzione stand-by	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.11. Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.12. Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.13. Allarmi per: occlusione siringa, siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, batteria scarica, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.14. Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.15. Doppia alimentazione a rete (con trasformatore interno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.16. Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.17. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.18. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.19. Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



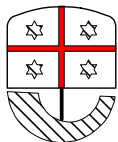
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

3.20. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.21. Ogni pompa deve poter funzionare autonomamente con proprio cavo di alimentazione, con spina conforme alle prese in uso presso i diversi Presidi Ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.22. Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.23. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.24. Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.25. Display a colori:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.25.1. interfaccia utente in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.25.2. di ampie dimensioni (specificare pollici)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.25.3. visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: stato di carica della batteria, allarmi, utilizzo codice colori per identificazione rapida della tipologia di farmaco in infusione (in conformità alla norma ISO 26825)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.25.4. facilmente sanificabile: specificare prodotti e modalità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.26. Interfaccia software, allarmistica in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.27. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.28. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.29. In grado di utilizzare siringhe luer-lock, da 10, 20, 30, 50 ml	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.30. Compatibile con maggior numero siringhe e prolunghe in commercio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.31. riconoscimento automatico volume siringa utilizzata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.32. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33. Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.1. modalità minime di interfacciamento hardware: ethernet, RJ45, wifi, RS232, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.2. modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.3. interfacciamento con sistemi informativi aziendali; i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



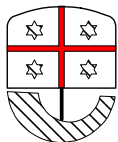
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale:			
3.33.3.1. sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.3.2. cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.3.3. sistemi gestionali farmaci (es. Sofia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.4. specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.5. software per il controllo remoto: dovrà essere fornito un sistema per la visualizzazione in tempo reale da remoto (ad esempio su pc in sala controllo) dello stato di funzionamento e degli allarmi di tutti i sistemi infusionali (descrivere)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.6. i sistemi informatici offerti dovranno essere certificati come dispositivi medici (Reg. UE 2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.7. gestione farmaci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.7.1. gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.33.7.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.34. Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. DEFLUSSORE STANDARD			
4.1. Deve essere destinato alla somministrazione dei liquidi perfusionali tramite pompa volumetrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.2. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.3. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.4. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.5. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.6. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.7. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.8. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.9. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.10. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



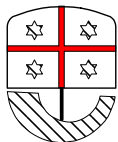
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

4.11. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.13. Durata di almeno 48 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.14. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.15. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. DEFLUSSORE PER SANGUE (DOTAZIONE PREFERIBILE) – (PUNTEGGIO QUALITÀ)			
5.1. Deve essere destinato alla somministrazione di sangue ed emoderivati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.2. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento con filtro uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.3. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.4. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.5. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.6. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.7. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.8. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.9. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.10. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.11. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.13. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5.14. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. DEFLUSSORE DESTINATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INCOMPATIBILI CON IL PVC			
6.1. Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6.2. Materiale idoneo alla somministrazione di farmaci incompatibili con il PVC	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



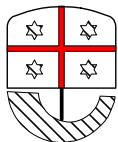
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

6.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere _ 2000 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.12. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.13. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.14. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.15. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.16. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. DEFLUSSORE PER FARMACI FOTOSENSIBILI			
7.1. Deve essere destinato alla somministrazione di farmaci fotosensibili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2. Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥2000 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



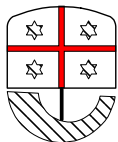
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

7.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.12. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.13. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.14. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.15. della pompa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.16. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. DEFLUSSORE PER LIPIDI			
8.1. Deve essere destinato alla somministrazione di lipidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2. In materiale idoneo alla somministrazione di lipidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.3. Costituito da un perforatore, una camera di gocciolamento, uno stringitubo, un punto di iniezione ad Y o un rubinetto a 3 vie e un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.4. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.5. Privo di lattice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.7. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.8. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.9. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.10. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.11. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.12. Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.13. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.14. Durata di almeno 24 ore o superiore (da scheda tecnica o idonea dichiarazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

8.15. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8.16. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9. COMPATIBILITÀ CON RISONANZA MAGNETICA			
9.1. La ditta aggiudicatrice dovrà fornire sistemi compatibili con l'uso in Risonanza Magnetica fino ad almeno 1,5T. Descrivere nel dettaglio la soluzione proposta che verrà valutata qualitativamente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

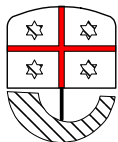


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 6

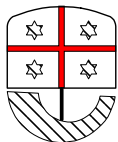
POMPE VOLUMETRICHE PER CHEMIOTERAPIA

<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u> <u>e/o A PUNTEGGIO</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1. POMPE VOLUMETRICHE			
1.1. Velocità di infusione programmabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Velocità di infusione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.1. velocità minima non superiore a 0,1 ml/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.2. velocità massima non inferiore a 999 ml/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.3. incremento minimo non superiore a 0,1 ml/h nel range [0,1-99,9]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.4. incremento minimo non superiore a 1 ml/h sopra i 99,9 ml/h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.5. errore di infusione non superiore a $\pm 5\%$ della velocità impostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Volume di infusione impostabile tra 1 ml e 9999 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Flusso per via pervia KVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Funzione di bolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Funzione in modalità di calcolo dose sulla base del peso del paziente e/o della superficie corporea (ad es. mg/kg/ora, mg/kg/min, mcg/kg/ora, mcg/kg/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli. Specificare la modalità di misurazione della pressione in linea ed il grado di precisione del sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Funzione stand-by	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Controllo della quantità infusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10. Dispositivo antiriflusso libero o sistema analogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



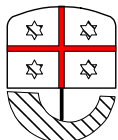
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.11. Adeguata allarmistica visiva e sonora:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11.1. allarme visivo e sonoro per volume limite infuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11.2. allarmi visivi e sonori, con guida, per il malfunzionamento della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11.3. allarmi visivi e sonori per il malfunzionamento di apparato, cannula, occlusione, presenza aria, batteria in esaurimento, fine infusione, ecc.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11.4. allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.11.5. allarmi riconoscibili a distanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.12. Doppia alimentazione a rete (preferibilmente con trasformatore interno) e a batteria ricaricabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.13. Commutazione automatica da un'alimentazione all'altra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.14. Segnalazione visiva del tipo di alimentazione attivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.15. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.16. Indicatore dello stato di carica e ricarica della batteria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.17. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.18. Ogni pompa deve essere utilizzabile in appoggio o ancorata a stativi o piantane porta flebo tramite sistema di ancoraggio incluso nella fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.19. Sistema di sicurezza contro la possibilità di somministrazione di boli accidentali o flussi liberi (specificare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.20. Aggiornabilità software	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21. Display:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21.1. interfaccia utente in lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21.2. di ampie dimensioni (specificare pollici)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21.3. visualizzazione dei parametri di funzionamento impostati: velocità di infusione, volume infuso dall'inizio del trattamento, stato di carica della batteria, allarmi, tempi di infusione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.21.4. facilmente sanificabile: specificare prodotti e modalità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.22. Auto-test iniziale per la verifica del corretto funzionamento della pompa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.23. Blocco tastiera per evitare manipolazioni accidentali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



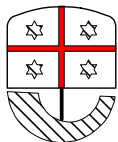
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

1.24.	Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.25.	Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.26.	Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.	Caratteristiche informatiche e di interfacciabilità:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.1.	Interoperabilità con sistemi di lettura codici a barre e/o codici QR, preferibilmente integrato senza cavi, per la gestione del rischio clinico (identificazione paziente, farmaco, specificare altro). Il sistema dovrà comunque poter funzionare in modalità manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.2.	modalità minime di interfacciamento hardware: wifi, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.3.	modalità minime di interfacciamento software: protocollo HL7, specificare altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.4.	Specificare la possibilità di interfacciamento con sistemi informativi aziendali; in caso affermativo, i sistemi offerti dovranno essere interfacciati, con oneri a carico del fornitore, con i seguenti sistemi in uso presso le Aziende Sanitarie (l'interfacciamento andrà implementato anche successivamente, alle stesse condizioni, in caso di sostituzione dei sistemi informatici aziendali durante il periodo contrattuale):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.4.1.	sistemi informativi ospedalieri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.4.2.	sistemi gestionali (Unità Farmaci Antiblastici) UFA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.4.3.	cartelle cliniche informatizzate (es. Margherita 3, Digistat)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.4.4.	sistemi gestionali farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.5.	2017/745, 93/42/CE s.m.i)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.6.	gestione farmaci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.27.6.1.	gestione libreria farmaci con almeno 100 farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
1.28.	Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.	DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A QUATTRO VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI			
2.1.	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiblastici.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.2.	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, quattro valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



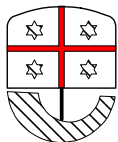
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

2.3.	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.4.	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.5.	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.6.	Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.7.	La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.8.	Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.9.	Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.10.	Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.11.	Presenza di quattro valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.12.	Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.13.	Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.14.	Tubo sufficientemente trasparente da poter consentire il rilevamento di eventuali bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.15.	Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.16.	Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.17.	Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2.18.	Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.	DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A DUE VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI FOTOSENSIBILI			
3.1.	Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antitumorali fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.2.	Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, almeno due valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.3.	Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.4.	La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.5.	Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.6.	Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



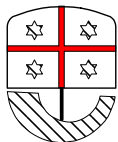
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

3.7. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.8. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.9. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.10. Camera di gocciolamento, non rigida, ma facilmente comprimibile.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.11. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.12. Presenza di due valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.13. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.14. Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.15. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.16. Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.17. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3.18. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. DEFLUSSORE A CIRCUITO CHIUSO A QUATTRO VIE PER FARMACI CHEMIOTERAPICI FOTOSENSIBILI			
4.1. Deve essere destinato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antitumorali fotosensibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.2. Deve essere costituito da un perforatore, uno stringitubo, quattro valvole a circuito chiuso, una camera di gocciolamento, un punto di iniezione a Y, un raccordo maschio terminale luer-lock	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.3. Il tubo deve possedere capacità schermante nei confronti di fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.4. La linea di infusione deve essere in materiale idoneo che non rilasci ftalati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.5. Sterile, apirogeno, atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.6. Privo di lattice	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.7. Incapace di cedere sostanze ai liquidi che scorrono nel lume	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.8. La lunghezza totale dell'apparato deve essere ≥ 2000 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.9. Perforatore in materiale rigido adatto a forare i tappi, tale che la perforazione non provochi il distacco dei frammenti del tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.10. Camera di gocciolamento trasparente, non rigida, ma facilmente comprimibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



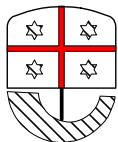
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

4.11. Filtro idrofobico-antibatterico per l'entrata dell'aria per l'utilizzo con flaconi e sacche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.12. Presenza di quattro valvole a circuito chiuso posizionate tra il perforatore e la camera di gocciolamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.13. Stringitubo che permetta di arrestare completamente la caduta del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.14. Punto di iniezione supplementare a Y in materiale plastico rigido con valvola a circuito chiuso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.15. Dispositivo di sicurezza antiriflusso libero automatico o sistema analogo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.16. Durata di almeno 24 ore o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.17. Certificazione di compatibilità con il modello di pompa offerto, rilasciata dalla Ditta produttrice della pompa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4.18. Tutti i dispositivi forniti dovranno avere, al momento della fornitura, una validità residua non inferiore ai 2/3 di quella totale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A - LINEA DI MISCELAZIONE E CONNESSIONE TRA SACCA/FLACONE E DEFLUSSORE, AMBRATA			
Dispositivo per la miscelazione di farmaci antiblastici e la loro somministrazione dopo connessione con il deflussore idoneo; deve essere specificato su scheda tecnica l'utilizzo per i farmaci antiblastici. Deve essere resistente e a perfetta tenuta in modo da creare un circuito chiuso tra la sacca/flacone contenente il farmaco antiblastico e il deflussore. Deve essere costituito essenzialmente da:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a) Perforatore per flacone/sacca in plastica dotato di cappuccio, capace di perforare la membrana di una sacca/flacone con facilità, senza rilasciare frustoli di membrana, preferibilmente senza presa d'aria per evitare la formazione di aerosol (se presente apertura per aria deve essere dotata di filtro idrofobico antibatterico e chiudibile se non utilizzata)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) un tubo ambrato di lunghezza di 30-40cm di materiale compatibile con tutti i farmaci antiblastici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c) doppia clamp a scatto di chiusura per evitare il mescolamento dell'antiblastico con il diluente; tali clamp devono garantire quando chiuse una perfetta tenuta ;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
d) valvola antiriflusso a circuito chiuso bidirezionale con attacco luer lock per introduzione farmaci senza impiego aghi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e) un attacco luer lock per il collegamento al deflussore; il terminale deve essere dotato di un cappuccio protettivo che garantisca la sterilità e impedisca il gocciolamento del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
f) in materiale plastico di grado medicale anti-UV, ambrato per la somministrazione di farmaci fotosensibili; deve possedere comunque una sufficiente trasparenza per il controllo visivo del contenuto e dell'assenza di bolle d'aria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
g) ogni prodotto deve essere fornito in confezione singola.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
B - LINEA DI MISCELAZIONE E CONNESSIONE TRA SACCA/FLACONE E DEFLUSSORE CON FILTRO IN LINEA			
Dispositivo per la miscelazione di farmaci antiblastici e la loro somministrazione dopo connessione con il deflussore idoneo; deve	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

essere specificato su scheda tecnica l'utilizzo per i farmaci antiblastici. Deve essere resistente e a perfetta tenuta in modo da creare un circuito chiuso tra la sacca/flacone contenente il farmaco antiblastico e il deflussore. Deve essere costituito essenzialmente da:			
a) Perforatore per flacone/sacca in plastica dotato di cappuccio, capace di perforare la membrana di una sacca/flacone con facilità, senza rilasciare frustoli di membrana, preferibilmente senza presa d'aria per evitare la formazione di aerosol (se presente apertura per aria deve essere dotata di filtro idrofobico antibatterico e chiudibile se non utilizzata)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) un tubo di lunghezza da 30 a 60 cm di materiale compatibile con tutti i farmaci antiblastici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c) doppia clamp a scatto di chiusura per evitare il mescolamento dell'antiblastico con il diluente; tali clamp devono garantire quando chiuse una perfetta tenuta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
d) valvola antireflusso a circuito chiuso bidirezionale con attacco luer lock per introduzione farmaci senza impiego aghi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e) un attacco luer lock per il collegamento al deflussore; il terminale deve essere dotato di un cappuccio protettivo che garantisca la sterilità e impedisca il gocciolamento del liquido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
f) presenza di filtro in linea da 0,2 micron	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
g) ogni prodotto deve essere fornito in confezione singola.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



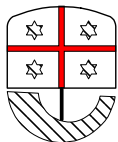
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO

Lotto n. 2

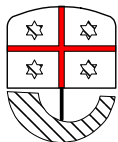
Ditta _____

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	2.2.2 velocità massima non inferiore a 999 ml/h	Q3	
2	2.6 Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	Q5	
3	2.10 dotato di sistema che impedisca lo svuotamento del set di somministrazione	Q5	
4	2.10.1. - 2.10.2. - 2.10.3 - 2.10.4 - 2.10.5 allarme visivo e sonoro	Q1	
5	2.14. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	Q3	
6	2.16 Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Q1	
7	2.19.2 display di ampie dimensioni (specificare pollici)	Q3*	
8	2.22 Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Q3 (ipx1 = 0 PT)	
9	2.23 POMPE VOLUMETRICHE Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
10	2.24 Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Q4*	
11	2.26.1 gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	Q5	
12	2.26.2 specificare numero farmaci gestiti	Q3*	
13	2.26.3 specificare possibilità di interfacciamento a sistemi informativi e/o cartelle cliniche informatizzate, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	Q1	
14	2.26.4 specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	Q5	
15	2.26.5 specificare possibilità di gestione (censimento, utilizzo, allarmi, guasti, etc.) delle pompe da remoto	Q1	
16	2.27 Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Q1	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

17	4 deflussore per sangue	Q5	
18	8.27 POMPE A SIRINGA Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
19	PROVA PRATICA (Semplicità d'uso, ergonomia, praticità)	Q1	



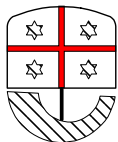
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO

Lotto n. 4

Ditta _____

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	2.16.1 pompe a siringa specificare numero modelli (con marchio CE) disponibili	Q3*	
2	2.19.1. infusione in modalità TIVA - specificare numero di farmaci	Q3*	
3	2.20 - Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Q1	
4	2.21 Allarmi sonori e visivi per: occlusione (diversi livelli), siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, dose limite e fine dose, fine infusione e preallarme di fine infusione, allarme di flusso non corrispondente all'impostato, allarme di interruzione di tensione all'alimentazione o di insufficiente stato di carica della batteria, eventuali altri	Q1	
5	2.22 Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Q1	
6	2.26 Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 5 ml/h	Q3	
7	2.28 Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Q1	
8	2.33, Preferibilmente interoperabilità con sistemi di lettura codici a barre e/o codici QR, preferibilmente integrato senza cavi, per la gestione del rischio clinico (identificazione paziente, farmaco, specificare altro)	Q5	
9	2.35.2 Display di ampie dimensioni (specificare pollici)	Q3*	
10	2.38 Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Q3 (ipx1 = 0 PT)	
11	2.39 Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
12	2.43.6.2. libreria farmaci aggiornabile da remoto	Q1	
13	2.44 Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Q4*	
14	PROVA PRATICA	Q1	
	(Semplicità d'uso, ergonomia, praticità)		



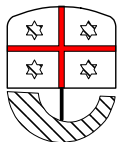
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO

Lotto n. 5

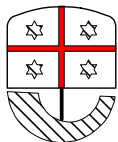
Ditta _____

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	2.3.2 velocità massima non inferiore a 999 ml/h	Q3	
2	2.8 Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	Q5	
3	2.12.1. - 2.12.2 - 2.12.3 - 2.12.4 - 2.12.5 allarme visivo e sonoro	Q1	
4	2.16. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	Q3	
5	2.18 Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Q1	
6	2.22.2 display di ampie dimensioni (specificare pollici)	Q3*	
7	2.25 Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Q3 (ipx1 = 0 PT)	
8	2.26 POMPE VOLUMETRICHE Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
9	2.27 Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Q4*	
10	2.28.7.2. gestione libreria farmaci, eventualmente aggiornabile da remoto	Q5	
11	2.28.4 specificare possibilità di interfacciamento a sistemi di monitoraggio, indicando con quali prodotti/sistemi è già stata implementata	Q5	
12	2.28.5. software per il controllo remoto: dovrà essere fornito un sistema per la visualizzazione in tempo reale da remoto (ad esempio su pc in sala controllo) dello stato di funzionamento e degli allarmi di tutti i sistemi infusionali (descrivere)	Q1	
13	2.29 Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Q1	
14	3.12. Allarmi sonori e visivi, con guida, per il malfunzionamento della pompa	Q1	
15	3.13 Allarmi per: occlusione siringa, siringa quasi vuota, mal posizionamento siringa, batteria scarica, ecc.	Q1	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

16	3.14. Allarmi non disattivabili automaticamente (necessità intervento dell'operatore)	Q1	
17	3.18. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	Q3	
18	3.20. Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Q1	
19	3.25.2. Display di ampie dimensioni (specificare pollici)	Q3*	
20	3.27. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Q3 (ipx1 = 0 PT)	
21	3.28 Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
22	3.32. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Q4*	
23	3.33.7.1 gestione libreria farmaci con almeno 1000 farmaci (Specificare)	Q3*	
24	3.34 Eventuali caratteristiche migliorative incluse in fornitura	Q1	
25	5 deflussori per sangue	Q5	
26	compatibilità con risonanza magnetica (almeno 1,5 T)	Q5	
27	PROVA PRATICA	Q1	
	(Semplicità d'uso, ergonomia, praticità)		



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

Lotto n. 6

Ditta _____

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	1.2.2 velocità massima non inferiore a 999 ml/h	Q3	
2	1.7 Soglia di occlusione regolabile su diversi livelli	Q5	
3	1.11.1 - 1.11.2 - 1.11.3 - 1.11.4 - 1.11.5 allarme visivo e sonoro	Q1	
4	1.15. Autonomia con funzionamento a batteria non inferiore a 3 ore per infusione di circa 100 ml/h	Q3	
5	1.17 Ridotto tempo di ricarica delle batterie (specificare tempi per ricarica completa con apparecchiatura spenta e accesa)	Q1	
6	1.21.2. display di ampie dimensioni (specificare pollici)	Q3*	
7	1.24. Elevato grado IP di protezione alla penetrazione dei liquidi, pulsantiera compresa, almeno IPX1	Q3 (ipx1 = 0 PT)	
8	1.25. Elevata resistenza agli urti: preferibilmente da certificare con test di resistenza alla caduta effettuati ad una altezza non inferiore a 100 cm	Q5	
9	1.26. Peso contenuto: specificare peso della pompa completa di ogni accessorio	Q4*	
10	1.28. Eventuali caratteristiche migliorative disponibili ma non incluse in fornitura	Q1	
11	PROVA PRATICA	Q1	
	(Semplicità d'uso, ergonomia, praticità)		