

REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

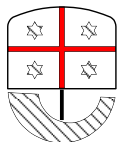
QUESTIONARIO TECNICO

M5 BIS

Procedura di gara aperta ex art. 60 D. Lgs. n. 50/2016 tramite l'utilizzo della piattaforma telematica Sin.Tel, per la conclusione di un Accordo quadro finalizzato alla fornitura di Ausili terapeutici vari per disabili (II edizione), occorrenti alle AA.SS.LL. della Regione Liguria per un periodo di 36 mesi (più 24 mesi di proroga contrattuale)

Lotti n. 10

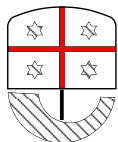
N. gara: 8794267



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

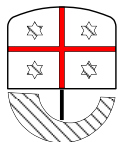
Completare le schede sotto per i lotti di interesse, indicando sì/no o i dati relativi ai prodotti offerti:

<u>LOTTO 1</u>				
Ausili per evacuazione ISO 09.12 ausili per lavarsi, per fare il bagno e la doccia ISO 09.33				
	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	Sedia a comoda con ruote per doccia/water manovrabile dall'accompagnatore 09.12.03.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	telaio in alluminio verniciato o in acciaio plastificato,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	schienale e sedile di norma rigidi e/o imbottiti idrorepellenti (se richiesto, regolazione dell'inclinazione per lo schienale e l'appoggiagambe)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	quattro ruote piccole piroettanti di cui almeno due con freni,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dispositivo wc,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiapiedi regolabile in altezza ed estraibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	posizionabile sul wc.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	sedia a comoda con ruote per doccia/water ad autospinta 09.12.03.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	schienale e sedile di norma rigidi e/o imbottiti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	due ruote grandi munite di freni e di anello corrimano	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	due ruote piccole piroettanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dispositivo wc	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiapiedi regolabili in altezza ed estraibili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	braccioli imbottiti estraibili o ribaltabili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Barella per doccia 09.12.03.015	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

	Aggiuntivi prescrivibile per sedia a comoda (sub a, b, c, d)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	sedile da doccia fisso a parete 09.33.03.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	sedile da doccia fisso a parete ribaltabile 09.33.03.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	sedile da doccia fisso a parete ribaltabile con braccioli 09.33.03.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	sedia basculante per doccia con ruote 09.33.03.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	sedile girevole per vasca da bagno 09.33.03.015	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

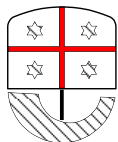


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 2

Ausili per l'orientamento ISO 12.39

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	bastone tattile (bianco), rigido 12.39.03.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	bastone tattile (bianco) 12.39.03.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	pieghevole in metallo o telescopico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	canna leggera in alluminio con manico di plastica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	coperto di nastro (o sostanza) riflettente per visibilità notturna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	puntale di plastica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	corredato di custodia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Ampiezza di gamma (indicare descrizioni e codici commerciali prodotti della gamma offerta)			
	Elenco pubblicazioni scientifiche (max 10); articoli su riviste con IF > 2			

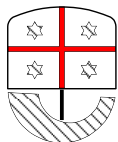


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 3

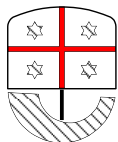
Ausili per la deambulazione ISO 12.03 12.06

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	Stampella canadese antibrachiale, con puntale di appoggio regolabile inferiormente in alluminio 12.03.03.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggio antibrachiale monoblocco in materiale plastico (infrangibile)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	puntali ad alto attrito in gomma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	disco catarifrangente (eventuale) posto anteriormente all'impugnatura.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	stampella canadese antibrachiale, con puntale di appoggio regolabile con ammortizzatore 12.03.06.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	stampella con appoggio ascellare 12.03.12.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	sottoascellare,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	con puntale di appoggio e regolazione dell'altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	impugnatura imbottita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in gomma naturale morbida.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	doppia regolazione in altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	puntale antiscivolo in gomma ad alto attrito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Tripode 12.03.16.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	impugnatura anatomica e in materiale antiscivolo,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	preferenzialmente morbido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	puntali di appoggio al terreno ad alto attrito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	portata non inferiore a 100 Kg	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	base di appoggio (larga o stretta) in relazione alle esigenze dell'assistito.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



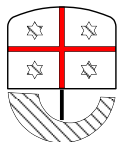
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

5	Quadripode 12.03.16.006.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	impugnatura anatomica e in materiale antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	preferenzialmente morbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	puntali di appoggio al terreno ad alto attrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	portata non inferiore a 100 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	base di appoggio (larga o stretta) in relazione alle esigenze dell'assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	deambulatore con quattro puntali rigido 12.06.03.003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	deambulatore con quattro puntali articolato 12.06.03.006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pieghevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	regolabile in altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ciascun lato del telaio si muove in maniera alternata, in genere, grazie all'azione di un giunto centrale per facilitare la deambulazione,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	puntali in gomma anti-scivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	regolazione dell'altezza con scatti a distanze fisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	portata massima almeno Kg 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	deambulatore con due ruote (diametro minimo mm 60) e due puntali 12.06.06.003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	deambulatore con quattro ruote (diametro minimo mm 80) da interni 12.06.06.006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	telaio pieghevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	regolabile in altezza per adattarsi alla statura della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	quattro ruote di cui due fisse e direzionali e due fisse o piroettanti che possono essere collocate indifferentemente in posizione anteriore o posteriore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	impugnature in materiale morbido posizionate sul telaio (senza leve o manopole di guida) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	dotato di freno unidirezionale e progressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	deambulatore a sedile con quattro ruote piroettanti 12.06.09.003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	telaio pieghevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

	quattro ruote frizionate di diametro 200 mm o superiore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	coppia di freni a cavo azionabili durante la deambulazione con leve (in genere, chiuse) ad impugnatura anatomica (comunque, morbida)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	freno di stazionamento per la sosta e prima della seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dotato di piano morbido d'appoggio con funzione di sedile per riposo (preferenzialmente dotato di sostegno dorsale)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	cestino o borsa porta-oggetti amovibile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	gancio portaborse ed eventualmente porta-bastone.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	girello per deambulazione eretta 12.06.12.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggi antibrachiali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	quattro ruote piroettanti (in genere, da 6 a 10 cm) di cui due con freni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	telaio in acciaio (o analogo materiale per consistenza e rigidità) .	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ampio piano imbottito con supporto regolabile in altezza e con incavo per appoggio antibrachiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	due maniglie regolabili in inclinazione e larghezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	girello per deambulazione con appoggi sotto-ascellari 12.06.12.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	telaio pieghevole in acciaio (o analogo materiale per consistenza e rigidità)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	quattro ruote piroettanti (in genere, da 6 a 10 cm), le posteriori dotate di freno di stazionamento (in genere, a pedale)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ascellari di appoggio girevoli e regolabili in altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

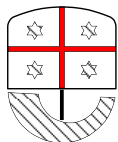


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 4

Protesi non di arto ISO 06.30

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	Protesi mammaria esterna definitiva 06.30.18.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a profilo e volume/peso fisioanatomico (0,96)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in tutto silicone a composizione medica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a riempimento differenziato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Anallergica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	esteticamente naturale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	con assorbimento del calore del corpo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	misura dalla 1 alla 13 (da 55 a 115).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	protesi mammaria esterna parziale 06.30.18.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dispositivo a conformazione variabile in relazione alla forma della lesione chirurgica (anche definiti "segmenti compensativi")	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

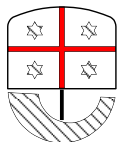


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 5

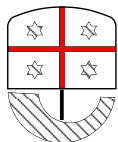
Ausili per la gestione dell'integrità tissutale (ausili antidecubito) ISO 04.33.03

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	cuscino in fibra cava siliconata 04.33.03.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da una sacca in tessuto traspirante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Asportabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in genere, trapuntato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	che contiene la fibra cava all'interno di uno o più canali per garantire la necessaria resilienza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in filo continuo siliconato per evitare l'ammassamento e mantenere costanti le caratteristiche di elasticità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	la fibra deve presentare valori di denaraggio alti e costanti (> 12 den circa) per consentire l'appoggio delle parti con prominenze ossee evitando il fenomeno del bottom out (toccare il fondo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lo spessore della parte interna dovrà essere compreso tra 6 e 9 cm ed oltre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Diverse misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	cuscino composito con fluidi automodellanti (alta prevenzione) 04.33.03.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da una fodera traspirante e/o impermeabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Asportabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Flessibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	contenente materiale espanso o altri materiali polimerici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	preformato in modo da seguire l'anatomia della zona ischio-trocanterica (per impedire lo scivolamento in avanti della persona)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	può essere conformata una conca di appoggio per le cosce	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

	si compone di inserti di fluidi automodellanti in quantità e densità da consentire la deformazione necessaria per determinare l'appoggio delle parti con prominenze ossee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Diverse misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	cuscino a bolle d'aria (o celle) con struttura a micro-intercambio (completo di pompa di gonfiaggio) (alta prevenzione) 04.33.03.015	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da una fodera traspirante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in tessuto bielastico e ignifugo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	asportabile (generalmente, con cerniera)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	realizzato in neoprene o altro materiale non permeabile all'aria per assicurare il mantenimento di una pressione costante all'interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	composto da celle di forma e disposizione apposta per favorire un buon passaggio dell'aria sulla superficie a contatto del corpo ed in grado di contenerne una quantità variabile entro ciascuna cella senza determinare forti distorsioni della superficie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	composto da canali di collegamento tra le celle che facilitano il microinterscambio controllato che realizza la distribuzione uniforme della pressione per soggetti di qualsiasi peso, in qualsiasi posizione e dopo qualsiasi movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lo spessore deve essere compreso tra 5 e 8 cm ed oltre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Diverse misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	cuscino a bolle d'aria a settori differenziati (completo di pompa di gonfiaggio) (alta prevenzione) 04.33.03.018	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da due o più settori indipendenti a pressione differenziata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	differenziabile e a conformazione variabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	realizzato in neoprene e composto da celle pneumatiche telescopiche (6 cm circa di altezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dispone di valvole di gonfiaggio per settori differenziati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	completo di fodera rimovibile antiscivolo e di pompa di gonfiaggio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Diverse misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

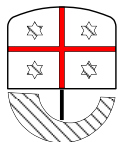


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 6

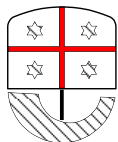
Ausili per la gestione dell'integrità tissutale (ausili antidecubito) ISO 04.33.06

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	materasso ventilato in espanso composito 04.33.06.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da una fodera traspirante,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Asportabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lavabile a caldo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	bielastica (per evitare l'effetto amaca)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	contenente materiali di diversa densità per garantire lo scarico differenziato delle pressioni delle specifiche zone corporee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	materasso costituito da almeno 2 strati sovrapposti di materiale espanso a cellule aperte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	di spessore adeguato (almeno 14 cm)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	densità idonea a sorreggere il peso dell'assistito conformandosi ad esso e consentendo l'alloggiamento delle parti con prominenze ossee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La lunghezza non deve essere inferiore a 190 cm.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	materasso in fibra cava siliconata 04.33.06.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da una sacca in cotone trapuntata per evitare eventuali spostamenti della persona	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	realizzata in tessuto traspirante contenente fibra cava a uno o più canali per garantire la necessaria resilienza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	con filo continuo siliconato per evitare l'ammassamento e mantenere costanti le caratteristiche di elasticità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	la fibra deve presentare valori di denaraggio alti e costanti (> 14 den circa) per consentire l'appoggio delle parti con prominenze ossee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Lo spessore deve essere compreso tra 10 e 14 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	la quantità di fibra deve pesare almeno 4,5 Kg	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



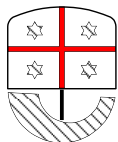
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

	la lunghezza non deve essere inferiore a 190 cm.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	materasso in fibra cava siliconata ad inserti asportabili 04.33.06.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da un rivestimento esterno in cotone (in genere) che contiene diversi segmenti (almeno 13)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	rivestiti di cotone traspirante, che si presentano come cilindri trasversali contenenti la fibra cava siliconata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	fibra cava siliconata in quantità di almeno 5,5 Kg	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	valori di denaraggio almeno di 16 den	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lavabile in lavatrice fino a 70°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	materasso a bolle d'aria con struttura a micro-intercambio (con compressore) 04.33.06.015	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	costituito da bolle d'aria (o celle) che permettono di mantenere una pressione costante all'interno e mantenere le celle morbide in tutte le condizioni ambientali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	di solito, si deve potere lavare in autoclave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	completo di pompa per il gonfiaggio e della fodera il cui materiale va scelto prima dell'acquisto in relazione alle indicazioni della prescrizione..	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Lo spessore del materasso deve essere almeno 12 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	materasso ad aria a bassa pressione di contatto 04.33.06.018	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a pressione alternata a due o più vie (con pompa di gonfiaggio)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ausilio costituito da tubolari trasversali al piano di appoggio che mantiene una bassa pressione di contatto su tutto il corpo dell'assistito, anche nella fase di massimo gonfiaggio dei tubolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	gli elementi sono collegati ad un compressore per il gonfiaggio di alcuni segmenti e il contestuale sgonfiaggio degli altri in modo regolabile e programmabile [cosiddetto ciclo alternato (di solito, occorre assicurare che il tempo di gonfiaggio / sgonfiaggio coincidano) della durata di circa 5 - 10 min.] in relazione al peso e alle dimensioni dell'assistito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	il compressore deve garantire più regolazioni di gonfiaggio;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	l'ausilio è generalmente dotato di due flaps (a testa e a piedi) che vanno rimboccati sotto il normale materasso per renderlo più stabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lo spessore deve essere almenodi 12 cm.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	materasso a bassa pressione di contatto 04.33.06.021	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a cessione d'aria (alta prevenzione) ausilio atto a garantire una bassa pressione di contatto continua su tutto il corpo dell'assistito in appoggio, creando in maniera attiva un microcircolo d'aria diretto verso il corpo dell'assistito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

7	traversa a celle 04.33.06.033	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a bolle d'aria con struttura a micro-intercambio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	realizzata in neoprene ignifugo con gli stessi criteri del corrispondente cuscino	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	peso generalmente contenuto a 3,5 Kg circa,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	deve essere facilmente lavabile (con acqua e sapone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in grado di creare delle contropressioni regolabili con una minima deformazione per quanto potrebbero essere necessarie delle unità di livellamento per riportare la superficie di appoggio alla stessa altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

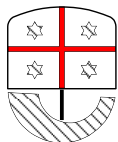


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 7

Ausili per la gestione dell'integrità tissutale (ausili antidecubito: tallonira, gomitiera) ISO 04.33.06

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	protezione in fibra cava siliconata per tallone (talloniera) 04.33.06.036	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Ausili di protezione sono realizzati in fibra cava siliconata (circa 14 den)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	rivestiti da una fodera in cotone traspirante trapuntata per evitare gli spostamenti della fibra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in genere, presentano la chiusura a velcro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lavabili fino a 40°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	protezione in fibra cava siliconata per tallone (gomitiera) 04.33.06.039	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Ausili di protezione sono realizzati in fibra cava siliconata (circa 14 den)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	rivestiti da una fodera in cotone traspirante trapuntata per evitare gli spostamenti della fibra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	in genere, presentano la chiusura a velcro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	lavabili fino a 40°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

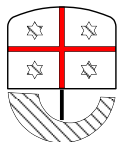


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 8

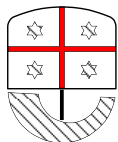
Letti ISO 18.12

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	letto articolato a due snodi (tre sezioni) 18.12.07.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	due manovelle	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	pieghevoli e rientranti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a regolazione manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	senza ruote	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	letto articolato a due snodi (tre sezioni) 18.12.07.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	due manovelle	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	pieghevoli e rientranti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a regolazione manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dotato di ruote diametro minimo 100 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	piroettanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dotate sia di freno di stazionamento sia di blocco direzionale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	letto articolato a tre snodi 18.12.10.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a regolazione elettrica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ad altezza fissa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	dotato di ruote comandabile tramite pulsantiera utilizzabile dall'assistito stesso o dall'assistente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	LETTO ARTICOLATO A TRE SNODI 18.12.10.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



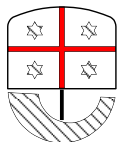
REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

	A REGOLAZIONE ELETTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CON REGOLAZIONE ELETTRICA DELL'ALTEZZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DOTATO DI RUOTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Letto da degenza elettrico Bariatrico a tre snodi 18.12.10.009-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	elevabile con trendelenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Letto smontabile a movimentazione elettrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	con poggiatesta inclinabile fino a 63°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	poggiagambe inclinabile fino a 30°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Piano in rete metallica rinforzata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Struttura in tubolare di acciaio verniciato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Montato su otto ruote piroettanti da mm. 125 di cui quattro con bloccaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La movimentazione verticale del piano rete è compresa tra circa cm. 20 di altezza minima e cm. 75 di altezza massima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Possibilità di movimento Trendelenburg fino a 12° e anti-Trendelenburg fino a 12° tramite comando sulla stessa pulsantiera, grazie alla movimentazione indipendente dei due attuatori elettrici integrati nella pediera e nella testiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sostegno per alzarsi dal letto compreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Testiera, pediera e sponde in laminato di legno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dimensioni esterne: circa cm. 212x122x71/131 altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dimensioni rete: circa cm. 190x120x20/75 altezza da terra a sotto la rete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Peso: circa kg. 110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Peso massimo sopportato: almeno kg. 230	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	sponda universale per letto 18.12.27.003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	abbassabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ribaltabile o asportabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

a	asta solleva-persona con base a terra 18.12.91.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	base costruita in tubo di acciaio verniciato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	completa di piedini in plastica o gomma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	asta in acciaio completa di triangolo e cinghia in nylon od altro materiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Regolabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	smontabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b	sponde per letto (di diversi materiali) del tipo abbassabile 18.12.91.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	pieghevole o asportabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	con sistema di ancoraggio indicate nei casi in cui è necessario prevenire il rischio di cadute accidentali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

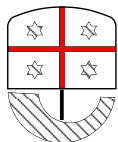


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 9

Ausili per la posizione seduta ISO 18.09

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	seggione a configurazione fissa 18.09.21.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	schienale e sedile morbidi ed imbottiti e rivestiti in materiale lavabile che offrono il sostegno adeguato al corpo in appoggio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiagambe con appoggiapiedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	braccioli regolabili in altezza;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	base di sostegno per interni con ruote piroettanti adatte di diametro massimo 300 mm (per le ruote fisse)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	provviste di sistema frenante (in genere, su due di esse)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	seggione a configurazione regolabile 18.09.21.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	telaio di base munito di ruote anteriori piroettanti e di ruote posteriori diametro massimo 600 mm con freno di stazionamento,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	regolazione dell'altezza per consentire l'accostamento a piani di appoggio e di lavoro, con dispositivo che ne consente la variazione con l'assistito seduto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	basculamento della seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	sistema di seduta con sedile regolabile in profondità e larghezza e schienale regolabile in altezza ed inclinazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	fianchi e braccioli regolabili, morbidi, imbottiti e rivestiti di materiale lavabile ed ignifugo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiagambe regolabili in inclinazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiapiedi regolabili in altezza ed in inclinazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	appoggiatesta regolabile in altezza.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

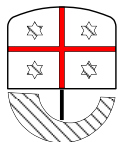


REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

LOTTO 10

Sistema di postura modulari ISO 18.09.39

	<u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u>	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)
1	Modulo posturale per capo 18.09.39.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Modulo posturale per bacino 18.09.39.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Modulo posturale per tronco 18.09.39.009	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Modulo posturale per tronco/bacino 18.09.39.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a	Divaricatore imbottito, regolabile e estraibile 18.09.91.003	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b	Regolazione laterale del divaricatore 18.09.91.006	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c	Cinghia pettorale imbottita 18.09.91.012	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
d	Cinghia a 45° sul bacino con fissaggio alla carrozzina e sistema di tensionamento 18.09.91.015	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e	Cinghia a bretellaggio imbottita 18.09.91.018	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
f	Appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza e profondità e angolazione 18.09.91.033	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
g	Appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza, profondità, angolazione, in senso trasversale, con fasce di contenimento dinamico del capo anti-flessione 18.09.91.039	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
h	Cinturini fermapiè (coppia) 18.09.91.042	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
i	Fermatallone (coppia) 18.09.91.045	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
l	Tavolino trasparente con incavo avvolgente, regolabile in altezza e inclinazione 18.09.91.051	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



REGIONE LIGURIA
DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE
SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE

CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO

(compilare un modulo per ogni lotto)

Lotto n. _____

Ditta _____

Criterio	Descrizione criterio di valutazione		Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Capacità di assolvere la funzione primaria (con eventuale prova pratica se richiesta)	Comm. Giudicatrice	-----
2	Servizio di personalizzazione: quantità e specializzazioni personale dedicato all'appalto; copertura territoriale dei punti di assistenza ecc; modalità di svolgimento della formazione/informazione all'assistito e/o al suo care giver; contenuti della formazione erogata; eventuali prove pratiche di addestramento; altro)	progetto tecnico Indicare n. personale dedicato (con specializzazioni), n. e ubicazione dei punti di assistenza e quant'altro necessario alla valutazione	
3	Riparazione / pezzi di ricambio garantiti per tutta la durata della fornitura	allegare dichiarazione	
4	Caratteristiche costruttive, qualità dei materiali, qualità delle finiture	Comm. Giudicatrice (da verificare su documentazione tecnica e dalle eventuali prove pratiche)	-----
5	Garanzia oltre il termine di 24 mesi (La Ditta dovrà indicare espressamente e chiaramente nella documentazione tecnica il numero di mesi di garanzia offerti eccedenti i 24 mesi)	Allegare dichiarazione	
6	Assistenza al domicilio con intervento urgente entro 24 ore solari per periodo di garanzia dell'ausilio	Allegare dichiarazione	
7	Tempi di consegna migliorativi rispetto a tempo massimo di 10 gg lavorativi.	Allegare dichiarazione	