

**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

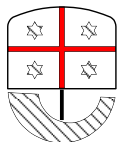
# **QUESTIONARIO TECNICO**

## **M5 BIS**

*Procedura Procedura aperta, ai sensi dell'art.60 del D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della Fornitura di “Materiale di consumo e attrezzature per Otorinolaringoiatria – II edizione” occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e I.R.C.C.S. della Regione Liguria per un periodo di 36 mesi con possibilità di proroga contrattuale per ulteriori 12 mesi.*

*Lotti n. 39*

*Numero gara: 9029840*



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

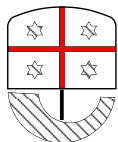
Completare le schede sotto per i lotti di interesse, indicando sì/no o i dati relativi ai prodotti offerti:

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 1**

**Cannula tracheostomica non cuffiata non fenestrata non armata con controcannula,  
varie misure**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Cannula non cuffiata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
non fenestrata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
radiopaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con flangia morbida,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in PVC o materiale equivalente atossico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Flangia, preferibilmente basculante,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
dotata di fori per l'inserimento della fettuccia e di contro cannula riutilizzabile per ottenimento di punta liscia non traumatizzante e di mandrino otturatore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : D.I. da 4 mm a 8 mm ( <b>almeno 3 misure</b> ),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza minima mm 50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di diverse lunghezze	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



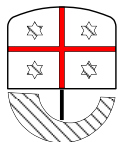
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 1**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Facilità di identificazione della cannula in uso (presenza di codice , modello , ecc. sulla stessa)	Q1	
2	basso profilo della contro cannula	Q1	
3	Morbidezza ed atraumaticità	Q1	
4	Facilità di utilizzo della contro cannula	Q1	
5	gamma delle lunghezze offerte	Q3*	
6	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	



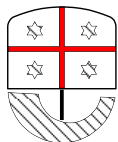
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 2**  
**cannula tracheostomica non cuffiata non fenestrata non armata, pediatrica**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Cannula non cuffiata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
non fenestrata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
radiopaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con flangia,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
preferibilmente basculante,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
morbida,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in PVC o materiale equivalente atossico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di fori e di fettuccia per fissaggio,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di mandrino otturatore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : tutti i DI disponibili compresi tra 2,5 e 5,5 mm ( <b>almeno 3 misure</b> ),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezze comprese tra 35 e 45 mm con tolleranza $\pm 10\%$	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

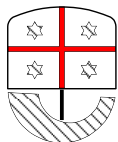


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Lotto n. 2**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Facilità di identificazione della cannula in uso (presenza di codice , modello , ecc. sulla stessa )	Q1	
2	Morbidezza ed atraumaticità	Q1	
3	gamma delle misure offerte	Q3*	
4	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	



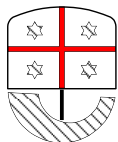
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 3**

**cannula tracheostomica cuffiata non fenestrata non armata con controcanula, varie misure**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Cannula cuffiata ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
non fenestrata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
radiopaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con flangia morbida,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in PVC o materiale equivalente atossico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cuffia bassa pressione ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
presenza di valvola unidirezionale su palloncino	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Flangia,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
preferibilmente basculante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
dotata di fori per l'inserimento della fettuccia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
dotata di contro cannula riutilizzabile per ottenimento di punta liscia non traumatizzante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
dotata di mandrino otturatore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : D.I. da 4 a 8 ( <b>almeno 3 misure</b> ),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

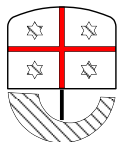
Misure : lunghezza 70-80 mm con tolleranza $\pm 10\%$	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
---	--	-----------------------------	--

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 3**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Facilità di identificazione della cannula in uso (presenza di codice , modello , ecc. sulla stessa )	Q1	
2	basso profilo della contro cannula	Q1	
3	Morbidezza ed atraumaticità	Q1	
4	Facilità di utilizzo della contro cannula	Q1	
5	tenuta della cuffia	Q1	
6	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

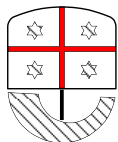
**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 4**

**cannula tracheostomica cuffiata non fenestrata non armata, pediatrica**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto asserto)</b>
Cannula cuffiata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
non fenestrata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
radiopaca,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con flangia,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
preferibilmente basculante morbida,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in PVC o materiale equivalente atossico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cuffia bassa pressione ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
presenza di valvola unidirezionale su palloncino .	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di fori e di fettuccia per fissaggio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di mandrino otturatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : tutti i DI disponibili compresi tra 2,5 e 5,5 mm ( <b>almeno 3 misure</b> ),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : lunghezze comprese tra 35 e 45 mm con tolleranza ± 10%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	





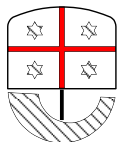
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**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	Facilità di identificazione della cannula in uso (presenza di codice , modello , ecc. sulla stessa )	Q1	
2	Morbidezza ed atraumaticità	Q1	
3	tenuta della cuffia	Q1	
4	gamma delle misure offerte (3 = 5 pt; 4 = 10 pt; più di 4 = 20 pt)	Q5	
5	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	



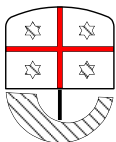
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 5**

**cannula non cuffiata con controcannulla per laringectomia, varie misure**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto asserto)</b>
CANNULA PER LARINGECTOMIZZATI,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
non cuffiata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con contro-cannula,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in PVC o materiale equivalente atossico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con flangia,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
preferibilmente basculante,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
morbida,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di contro-cannula riutilizzabile per ottenimento di punta liscia non traumatizzante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di mandrino otturatore.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure obbligatorie: 6-8-10,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure : lunghezza mm 55 -75 con tolleranza $\pm 10\%$	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



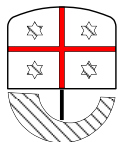
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**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	Facilità di identificazione della cannula in uso (presenza di codice , modello , ecc. sulla stessa )	Q1	
2	basso profilo della contro cannula	Q1	
3	Morbidezza ed atraumaticità	Q1	
4	Facilità di utilizzo della contro cannula	Q1	
5	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	

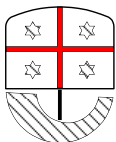


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 6**  
**FASCE DI FISSAGGIO per cannule tracheostomiche**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
In materiale anallergico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
adattabile alla cannula tracheostomica con due linguette di velcro per fissaggio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disponibili nelle misure ( circonferenza collo in cm): - S : 18-23 - M: 23-35 - L: 33-48	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
In alternativa è ammesso offrire una fascia di fissaggio di misura universale purché adattabile alle differenti dimensioni anatomiche del collo dei pazienti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di offrire anche fasce di fissaggio per uso neonatale (da quotare a parte)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



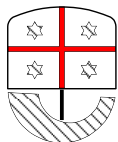
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 6**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	facilità di posizionamento e rimozione	Q1	
2	stabilità	Q1	
3	comodità, morbidezza e confort	Q1	
4	resistenza all'uso	Q1	
5	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	

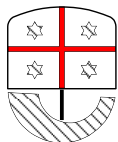


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 7**  
**Tubo tracheale per laser microchirurgia a CO2**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Adeguate struttura segmentata,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
materiale di protezione contro i raggi laser,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
punta atraumatica di Murphy,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
doppia cuffia a bassa pressione nella parte distale in idoneo materiale bio-compatibile.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
di volume e spessori adeguati, in grado di contenere soluzione fisiologica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure da 3,5 a 7,0 mm d.i. ( <b>almeno 3 misure</b> ).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



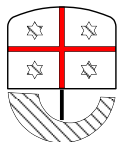
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 7**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Conformazione della cuffia in funzione della migliore adattabilità	Q1	
2	Sistema di rilevazione rottura cuffia prossimale	Q1	
3	Miglior rapporto interno esterno del diametro del tubo	Q3*	
4	gamma delle misure offerte (3 = 5 pt; 4 = 10 pt; più di 4 = 15 pt)	Q5	
5	punta morbida	Q1	
6	Confezionamento (robustezza, struttura degli involucri, facilità di apertura, etichette di tracciabilità)	Q1	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

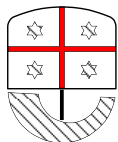
**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 8**

**Cannula di aspirazione monouso sterile in acciaio di grado medicale, per orecchio**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Micro Cannula,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con regolatore di aspirazione,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
utile ad aspirare i fluidi e le secrezioni dal canale dell'orecchio medio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Diametri richiesti: 14-16-18-20-22 G (almeno 4 misure tra quelle indicate),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lunghezza cannula: tra 75 e 100 mm.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di essere adattata alla curva desiderata.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	





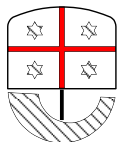
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 9**

**Cannula di aspirazione monouso sterile in acciaio di grado medicale, nasale**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Cannula di aspirazione in acciaio di grado medicale,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
nasale,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
completa di manipolo con foro per controllo aspirazione,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
angolata con punta arrotondata atraumatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
diametro cannula uniforme nell'intera lunghezza.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Diametro est. da 2,0 mm a 4,0 mm <u>almeno tre misure di diametro diverso</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza complessiva tra 75 e 100 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

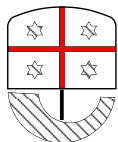


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 10**  
**Pinza a baionetta**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
in acciaio inox,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
zigrinata in punta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
tipo Lucae	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lunghezze e spessore vario (almeno 3 misure diverse)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

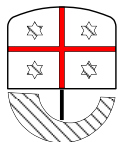


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 11**  
**Specchietti laringei**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Specchietti laringei diritti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con manico in acciaio inox,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza totale 15-20 cm ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
differenti misure di diametro da mm 10 -26 , <b><u>disponibili almeno 4 misure</u></b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

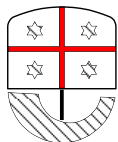


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 12**  
**Abbassalingua da ambulatorio monouso**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Abbassalingua medicali <b>sterili</b> in legno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
bordi accuratamente rifiniti,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lunghezza 15-18 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
larghezza 1,5-1,8 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

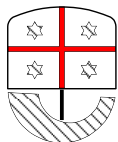


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 13**  
**Abbassalingua da ambulatorio poliuro in metallo**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
A) Abbassalingua tipo MAYO,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
piatto,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
acciaio inox	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza 17-20 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
B) Abbassalingua angolato circa 90°,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
acciaio inox	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza 17-20 cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



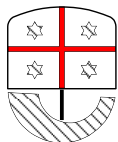
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 14**

**Drenaggio Tipo a T (Tubo di ventilazione ) transtimpanico in silicone**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Aeratore transtimpanico con flange laterali (T-tube) per il trattamento delle otiti medie effusive. Questo tipo di aeratore riduce la possibilità di estrusione precoce ed è indicato nelle patologie auricolari in cui è necessaria una lunga permanenza dell'aeratore,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in silicone.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure: lunghezza tubicino mm circa 4/5,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure: lunghezza flangia mm 8,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure: diametro tubicino tra mm 1 e mm 1,3	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



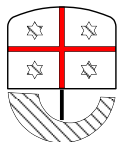
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 15**

**Drenaggio Transtimpanico monouso e sterile con filo di recupero (tipo shepard)**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tubi di drenaggio auricolare a breve termine,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con filo di recupero compatibile con Risonanza Magnetica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in politetrafluoetilene ed acciaio inox/titanio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
D.I. tra 1 mm e 1,3 mm <u>almeno 2 misure</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

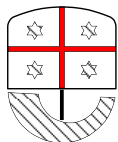
**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 16**

**Tubo di ventilazione per otiti medie secretive, modello Shepard**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tubo di ventilazione in fluoroplastica e/o silicone medicale,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
flangia esterna a forma di campana ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
diametro interno tra 1 mm e 1,3 mm <u>almeno 2 misure</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Confezione singola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



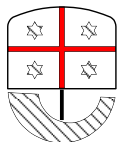


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 17**  
**Tubo di ventilazione modello Donaldson**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tubo di ventilazione in fluoroplastica e/o silicone,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
diametro interno tra 1 mm e 1,3 mm <u>almeno 2 misure o 1 misura purchè intermedia tra 1 e 1,3.</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

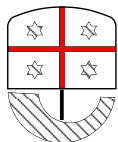


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 18**  
**Catetere di ventilazione per jet ventilator**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Catetere per ventilazione laser resistente infraglottico per jet- ventilation ,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
costituito da catetere tracheale a doppio lume di piccolo diametro,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
provvisto di mandrino,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
da utilizzare nelle procedure chirurgiche microlaringee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
necessari o per somministrazione di ossigeno e monitoraggio dei gas respiratori e/o della pressione delle vie aeree;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
lunghezza complessiva del dispositivo compresa da 30 a 40 cm.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Il catetere è dotato sull'estremità prossimale di un attacco di tipo luer per il collegamento di sorgenti gassose ed altre apparecchiature di monitoraggio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

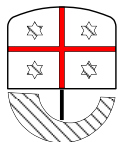


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 19**  
**Otoscopio**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
A) Otoscopio pluriuso in materiale leggero e resistente (plastica e metallo),	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
dotato di sistema di illuminazione alogena a fibre ottiche,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
composto da un manico ed una testa.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fornito di lente di ingrandimento 3x mobile ed uscita per test pneumatico della membrana timpanica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disponibilità di almeno 5 speculum monouso con diametro differente per adulti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione a batteria ricaricabile.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia di almeno 12 mesi dalla consegna.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
B) otoscopio monouso (speculum): speculum auricolare monouso per otoscopio misure obbligatorie 2,5 e 4 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

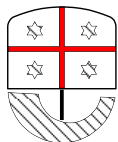


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 20**  
**Tampone intranasale tipo Kiss**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tampone intranasale tipo Kiss con filo di repere e bottone di ancoraggio per favorire l'emostasi nasale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Indicare misure disponibili.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Saranno valutati anche tamponi con destinazione d'uso ed azione "equivalente"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



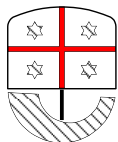
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 21**

**Tampone nasale in polivilinile acetato, privo di filamenti, ad elevata capacità assorbente,  
ad alto grado di compressione**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tampone nasale in polivilinile acetato,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
privo di filamenti,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ad elevata capacità assorbente,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ad alto grado di compressione, in modo da facilitare l'inserzione ed il posizionamento e, una volta idratato a contatto con le membrane biologiche, consentire una rimozione semplice ed atraumatica per i tessuti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
* lungh. 4,5 cm circa * lungh 6 cm circa * lungh 8 cm circa * lungh 10 cm circa (offrire almeno 3 misure)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Saranno valutati anche tamponi con destinazione d'uso ed azione "equivalente"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

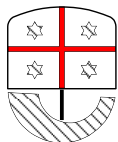


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 22**  
**Tampone nasale e sinusale post-operatorio sterile**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Tampone nasale e sinusale post-operatorio sterile in carbossimetilcellulosa o altro materiale con caratteristiche equivalenti, per favorire la cicatrizzazione e ridurre l'epistassi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monouso,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
confezione singola,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sterile,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
latex free.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Misura 6,5mm ( $\pm 10\%$ ) x 40mm circa ( $\pm 10\%$ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

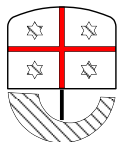


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 23**  
**Tampone nasale riassorbibile**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tampone intranasale solubile e flessibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a base di chitosano o altro materiale simile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
riassorbibile in 4-5 giorni, senza necessità di rimozione esterna.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Facilità di manipolazione senza fessurazioni,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
possibilità di essere tagliato facilmente per il posizionamento senza frammentazione, consentendo un facile inserimento nella cavità nasale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



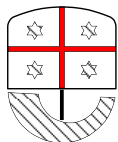
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 24**  
**Splint sterile intranasale**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Placche in silicone teflon o materiale con caratteristiche simili a basso coefficiente di aderenza,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
pre-tagliati al centro,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
di agevole inserzione e rimozione,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
da utilizzare dopo intervento di setto plastica e negli esiti di interventi nasali con sinechie.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disegno anatomico, facilmente rimodellabile secondo le fosse nasali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misura media e grande.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	





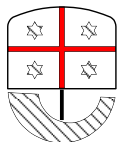
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 25**

**Stecca nasale (cavaliere) non sterile in alluminio imbottito adulti e pediatrica**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
<b>A) adulti.</b> Supporto nasale esterno metallico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
malleabile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
rivestito di materiale morbido adesivo sul lato da applicare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Da utilizzare dopo interventi chirurgici o traumi per la riduzione dell'edema, per la stabilizzazione esterna di frammenti ossei e per fornire supporto e protezione durante il processo di guarigione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
misure adulti (almeno 2 misure)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>B) pediatrici.</b> Supporto nasale esterno metallico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
malleabile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
rivestito di materiale morbido adesivo sul lato da applicare.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Da utilizzare dopo interventi chirurgici o traumi per la riduzione dell'edema, per la stabilizzazione esterna di frammenti ossei e per fornire supporto e protezione durante il processo di guarigione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure pediatriche (h. circa cm 2 – 2,8)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



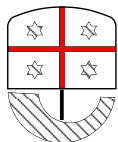
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 26**

**Sonda nasale per epistassi anteriore e posteriore**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Sonda nasale per epistassi anteriore e posteriore,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in silicone o altro materiale idoneo,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a forma leggermente curva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con la parete distale a becco di flauto,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
fornita di n. 2 palloncini cuffiati indipendenti.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lunghezza circa 80/120mm (offrire almeno 2 misure).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

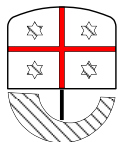


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 27**  
**Sonda nasale per epistassi posteriore in silicone**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Sonda nasale per epistassi posteriore in silicone	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
munita di un palloncino distale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con catetere di aspirazione..	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Per consentire l'aspirazione dei fluidi e controllare l'epistassi posteriore negli interventi di chirurgia nasale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Almeno 2 misure diverse.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

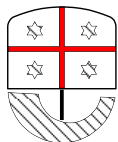


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 28**  
**Tubo per bypass salivare modello Montgomery**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
<b>Tubo per bypass salivare</b> modello Montgomery in silicone trasparente di grado medicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per riparazione della cervicale esofagea e restringimenti dell'ipofaringe	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e per il trattamento delle fistole esofagee e ipofaringee.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misura del diametro da 8 a 20 mm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Almeno 3 misure sia nella versione radiopaca sia nella versione radiotrasparente (totale 6 tubi almeno)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



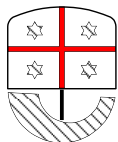
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 29**

**Tubo tracheale a T lungo, a lunga permanenza, per trattamento delle stenosi laringo tracheali**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Tubo tracheale a T lungo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a lunga permanenza,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per trattamento delle stenosi laringo tracheali,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
in silicone morbido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con tappo di chiusura,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
possibilmente con braccio rastremato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Misure 6 circa; 8 - 10 mm e 10 - 13 mm (tutte le misure)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

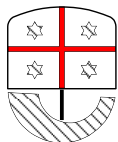


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

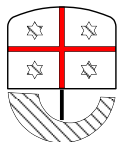
**LOTTO 30**  
**Protesi fonatoria**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
<b>Protesi fonatoria</b> in materiale siliconico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per il mantenimento della fistola tracheo-esofagea e la produzione della voce nei pazienti laringectomizzati totali nelle seguenti tipologie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e costituite da un piccolo tubo con valvola monodirezionale,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<i>Possibilmente con inseritore precaricato sterile pronto all'uso</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A) PROTESI FONATORIE DI 1° IMPIANTO Kit sterile monouso per primo impianto di protesi fonatoria composto da trocar, filo guida e protettore esofageo in plastica, dilatatore di fistola e protesi fonatoria avente le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"><li>- Sportellino valvolare interno a escursione completamente protetta.</li><li>- Flap valvolare concavo e inclinato rispetto al flusso aereo.</li><li>- Corpo valvolare rigido in fluoro plastica candida- resistente.</li><li>- Diametro esterno della protesi di 22,5 Fr (tolleranza +/- 5%)</li><li>- Disponibili in varie lunghezze da 8mm a 12,5mm</li></ul>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

<p><b>B) PROTESI FONATORIE DI SOSTITUZIONE</b></p> <p>Protesi fonatoria sterile per sostituzione precaricata su sistema di inserimento anterogrado aventi le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sportellino valvolare interno a escursione completamente protetta.</li><li>- Flap valvolare concavo e inclinato rispetto al flusso aereo.</li><li>- Corpo valvolare rigido in fluoro plastica candida-resistente.</li><li>- Diametro esterno della protesi di 22,5 Fr (tolleranza +/- 5%)</li><li>- Disponibili in varie lunghezze da 4mm a 15mm</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b>C) PROTESI FONATORIE DI SOSTITUZIONE PER PERDITE PERIPROTESICHE</b></p> <p>Protesi fonatoria sterile per sostituzione precaricata su sistema di inserimento anterogrado aventi le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corpo valvolare rigido in fluoro plastica candida-resistente.</li><li>- Doppia flangia esofagea allargata</li><li>- Diametro esterno della protesi di 22,5 Fr (tolleranza +/- 5%)</li><li>- Disponibili in varie lunghezze da 4mm a 15mm</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b>D) PROTESI FONATORIE DI SOSTITUZIONE PER PERDITE INTRAPROTESICHE</b></p> <p>Protesi fonatoria sterile per sostituzione precaricata su sistema di inserimento anterogrado aventi le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corpo valvolare rigido in fluoro plastica candida-resistente.</li><li>- Dotata di magneti per la gestione ottimale di perdite intraprotesiche e per pressione esofagea negativa.</li><li>- Disponibilità di varie tipologie di resistenza magnetica</li><li>- Disponibili in varie lunghezze da 4,5mm a 12,5mm</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

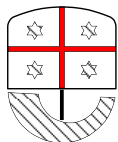
**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 31**

**Strisce chirurgiche assorbenti in polivinil acetato o altro materiale polimerico idoneo**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Strisce chirurgiche assorbenti in polivinil acetato o altro materiale polimerico idoneo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RX visibile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
per facilitare le attività di tamponatura e l'emostasi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
con filo di repere	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
varie misure,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Monouso,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
confezione singola,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
sterile,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
latex free.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



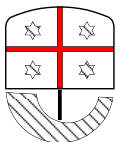


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 32**  
**Lama bisturi monouso e sterile per miringotomia**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
lama bisturi monouso e sterile per miringotomia,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
corpo sottile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
punta tagliente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a forma di lancia romboidale.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Con sistema di protezione della lama (per prevenire ferite accidentali)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
a) angolata a 45°/60° (angolatura della lama)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) angolata a 0° (angolatura della lama)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

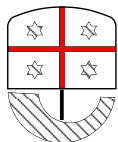


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 33**  
**AUDIOMETRO CLINICO DIAGNOSTICO PER USO AMBULATORIALE**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Gestione esami per vie aerea, ossea e test vocali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione esami in campo libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di collegamento a PC	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema PC-based mediante collegamento a PC desktop o portatile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Predisposizione per esportazione dati su sistema NOAH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cuffie e connessioni di collegamento a cabina silente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Microfono e interfono per paziente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Casse ed eventuali accessori per esecuzione esami in campo libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



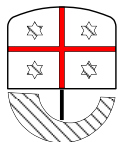
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 33**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Caratteristiche generali strumento, configurabilità e possibilità di integrazione con sistemi esterni	Q1	
2	Frequenze di lavoro	Q1	
3	Range dinamico	Q1	
4	Toni di stimolazione e batteria di test disponibili ed implementabili	Q1	
5	Modalità di mascheramento del rumore	Q1	



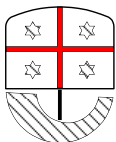
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 34**

**AUDIOMETRO CLINICO DIAGNOSTICO PER USO OSPEDALIERO DI II LIVELLO**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Audiometro a due canali per esami clinici di secondo livello	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione esami per vie aerea, ossea e test vocali (la più ampia gamma di esami possibili)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione degli esami su pazienti pediatrici con l'aggiunta, da indicare opzionalmente, dei sistemi di rinforzo visivo (screen, box con pupazzi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Esami in campo libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ampia banda di lavoro del sistema con gestione altissime e bassissime frequenze	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Input sistema: tono, tono modulato e sorgenti esterne	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema PC-based mediante collegamento a PC desktop o portatile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Predisposizione per esportazione dati su sistema NOAH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cuffie e connessioni di collegamento a cabina silente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Microfono e interfono per paziente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Casse ed eventuali accessori per esecuzione esami in campo libero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Stampante integrata (o stampante laser collegabile direttamente allo strumento o tramite PC)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
PC desktop (installare la versione più recente di windows, versione PRO adatta alle reti aziendali, supportata dal sw di gestione), monitor LCD da almeno 22", trasformatore di isolamento medico dotato delle uscite necessarie per gestire il sistema.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



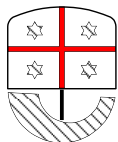
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 34**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Caratteristiche generali strumento, configurabilità e sw di gestione e analisi del dato	Q1	
2	Frequenze di lavoro	Q1	
3	Range dinamico	Q1	
4	Toni di stimolazione e batteria di test disponibili ed implementabili	Q1	
5	Modalità di mascheramento del rumore	Q1	
6	Report producibili dal sistema (allegare esempi)	Q1	

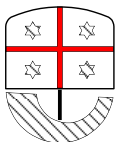


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 35**  
**IMPEDENZOMETRO CLINICO**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Impedanzometro clinico per la misurazione del riflesso acustico e l'impedenza timpanica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dotazione di sonda pediatrica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ampio display di visualizzazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Toni di stimolazione su più frequenze	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema PC-based mediante collegamento a PC desktop o portatile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema predisposto per:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Timpanometria assoluta e compensata anche con pompa manuale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Ricerca del riflesso acustico ipso e contro laterale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Studio della latenza e del riflesso acustico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Studio della funzionalità tubarica con timpano intatto e perforato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Stampante integrata (o stampante laser collegabile direttamente allo strumento o tramite PC)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Predisposizione per esportazione dati su sistema NOAH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



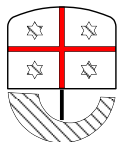
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 35**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Dotazione generale strumento, interfaccia grafica e display di visualizzazione	Q1	
2	Funzionalità disponibili per ogni tipologia di studio implementato (dettagliare)	Q1	
3	Report prodotti dal sistema (allegare fac-simile)	Q1	



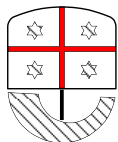
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

Ditta \_\_\_\_\_

**LOTTO 36**  
**VIDEONIGSTAGMOGRAFO**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Sistema integrato per la videonigstagnografia e, opzionalmente predisposto per elettronistagnografia per la diagnosi completa dei disturbi vestibolari. Il sistema dovrà consentire:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Test completamente binoculari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Visualizzazione in tempo reale degli occhi del paziente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Registrazione del movimento oculare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema di supporto alla diagnosi con adeguate funzionalità e reportistica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema di irrigazione ad aria o acqua con serbatoio autonomo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sedia rotatoria opzionale (da quotare a parte)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di esportazione dati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Carrello, PC desktop (installare la versione più recente di windows, versione PRO adatta alle reti aziendali, supportata dal sw di gestione), monitor LCD da almeno 22", stampante laser a colori e trasformatore di isolamento medico dotato delle uscite necessarie per gestire il sistema.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accessoristica a corredo del sistema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	





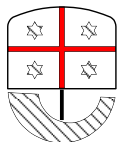
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 36**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Configurazione generale, modalità di controllo dell'intero sistema e integrazione con sistemi esterni	Q1	
2	Test disponibili e modalità di acquisizione (specificare se offerti o disponibili opzionalmente)	Q1	
3	Sistema di irrigazione (specificare bene modalità di funzionamento e modalità di comando)	Q1	
4	Sistemi disponibili per l'analisi dei dati raccolti e report producibili con sistema (allegare fac-simile)	Q1	

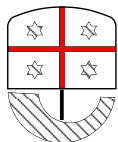


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 37**  
**SISTEMA PER VIDEOCULOGRAFIA**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Sistema completo per l'analisi oculomotoria dotato dei seguenti test:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione test impulsivo encefalico (vHIT)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione del test per vertigine parossistica posizionale, l'identificazione dei disturbi centrali e periferici (fissazione, disallineamento oculare, VVOR e VORS)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di acquisizione e analisi di entrambi gli occhi preferibilmente in contemporanea.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di esportazione dati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema PC-based mediante collegamento a PC desktop o portatile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
PC desktop o portatile (installare la versione più recente di windows, versione PRO adatta alle reti aziendali, supportata dal sw di gestione), monitor LCD da almeno 22", stampante laser a colori e trasformatore di isolamento medico dotato delle uscite necessarie per gestire il sistema.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



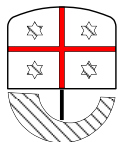
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 37**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Configurazione generale, modalità di gestione dell'intero sistema e caratteristiche tecniche del sistema di analisi degli occhi	Q1	
2	Modalità svolgimento test vHIT, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
3	Modalità svolgimento test VPPB, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
4	Modalità svolgimento test oculomotori, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	

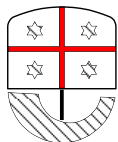


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

Ditta \_\_\_\_\_

**LOTTO 38**  
**SISTEMA PER POTENZIALI Uditivi EVOCATI**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Sistema completo per l'analisi dei potenziali uditivi evocati completo dei seguenti test:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Elettrococleografia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Risposta uditiva di latenza media	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Risposta uditiva tardiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
P300	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
VEMP (potenziale evocato vestibolare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ASSR (risposta uditiva steady state) frequenze tra 250 e 8000 Hz	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fornire tutti gli accessori necessari al sistema compresa cuffia, cuffia ad inserto e vibratore osseo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di esportazione dati e referti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità alla predisposizione del presidio ad eseguire anche test di Otoemissioni TE, DP e Spontanee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sistema PC-based mediante collegamento a PC desktop o portatile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
PC desktop o portatile (installare la versione più recente di windows, versione PRO adatta alle reti aziendali, supportata dal sw di gestione), monitor LCD da almeno 22", stampante laser a colori e trasformatore di isolamento medico dotato delle uscite necessarie per gestire il sistema.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk on site comprensiva delle verifiche funzionali e taratura annuali (se richieste da manuale d'uso) ed aggiornamento sw all'ultima release disponibile per l'hw installato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



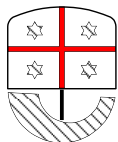
**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 38**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Configurazione generale, modalità di controllo e caratteristiche tecniche del sistema offerto	Q1	
2	Modalità di gestione dello stimolo e di controllo del rumore	Q1	
3	Modalità svolgimento test di elettrococleografia, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
4	Modalità svolgimento test di Risposta uditiva di latenza media, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
5	Modalità svolgimento test P300, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
6	Modalità svolgimento test di potenziale evocato vestibolare, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
7	Modalità svolgimento test di ASSR, analisi effettuate dal sistema e reportistica producibile	Q1	
8	Possibilità alla predisposizione del presidio ad eseguire anche test di Otoemissioni TE, DP e Spontanee (precisare modalità)	Q1	

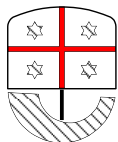


**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**Ditta** \_\_\_\_\_

**LOTTO 39**  
**LAMPADA FRONTALE A LED**

<b><u>CARATTERISTICHE OBBLIGATORIE</u></b> <b><u>e/o A PUNTEGGIO</u></b>	<b>Presenza requisito richiesto</b>		<b>Note di dettaglio (specificare dove reperire nella documentazione tecnica quanto affermato)</b>
Lampada frontale con illuminazione a LED con le seguenti caratteristiche:			
Caschetto regolabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alta autonomia di funzionamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Batteria e fonte luce integrati nel caschetto (fornire anche caricabatterie se necessario)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Indicatore di carica della batteria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Peso ridotto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di ampliare o restringere il campo di illuminazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Possibilità di regolare l'intensità di illuminazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Elevata uniformità del campo visivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garanzia 36 mesi full-risk	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Conformità alle normative vigenti per le apparecchiature biomedicali.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



**REGIONE LIGURIA**  
**DIREZIONE CENTRALE ORGANIZZAZIONE**  
**SETTORE**  
**STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE**

**CARATTERISTICHE VALUTABILI A PUNTEGGIO**

**Lotto n. 39**

**Ditta** \_\_\_\_\_

Criterio	Descrizione criterio di valutazione	Identificativo	Note ditta (indicare quanto già espresso nei documenti di gara presentati)
1	Illuminazione massima (specificare distanza di riferimento)	Q1	
2	Peso totale caschetto (inclusa batteria) desumibile da scheda tecnica o da apposita dichiarazione del produttore	Q4*	
3	Durata batteria (con utilizzo alla massima potenza) desumibile da scheda tecnica o da apposita dichiarazione del produttore	Q3*	
4	Caratteristiche costruttive e Range di regolazione: range ampiezza campo luminoso, illuminazione, range di regolazione del caschetto, temperatura del colore)	Q1	