

## Caratteristiche tecniche

### Codice: C.02.01

#### **N. 13 LETTINI**

da destinare:

5 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

3 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

3 Centro di Riabilitazione di Bosa

1 Centro di Riabilitazione di Ales

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

Caratteristiche tecniche comuni a tutti i letti:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- su ruote (**specificare**)
- piano imbottito inespanso ad alta densità (**specificare**)
- rivestito in similpelle lavabile (**specificare**)
- regolazione elettrica dell'altezza (da cm. 40 a cm. 95 ) (**specificare**)
- interruttore di comando a pedale pneumatico (**specificare**)
- testata regolabile verso l'alto e verso il basso da 20° a 60° (**specificare**)
- foro per la bocca ed il naso (**specificare**)
- testata regolabile in positivo e negativo con molla a gas; (**specificare**)
- porta lenzuolino incluso; (**specificare**)

I 12 letti devono avere caratteristiche dimensionali diverse come di seguito specificato:

1 letto dovrà avere dimensioni pari a 195cmx120cm (**specificare**)

6 letti dovranno avere dimensioni pari a 195cmx100cm (**specificare**)

5 letti dovranno avere dimensioni pari a 195cmx80cm (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.02****N. 5 CYCLETTE PER FISIOTERAPIA**

da destinare:

2 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

2 Centro di Riabilitazione di Bosa

Caratteristiche tecniche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- sistema con variazione da sforzo; (**specificare**)
- sistema frenante di tipo magnetico; (**specificare**)
- volano di grosse dimensioni e peso; (**specificare**)
- regolazione della sella e manubrio in altezza e se possibile in inclinazione; (**specificare**)
- regolazione dello sforzo di tipo micrometrico a partire da carico "0"; (**specificare**)
- movimento centrale su cuscinetti e trasmissione a cinghia; (**specificare**)
- manubrio oscillante regolabile ed ergonomico; (**specificare**)
- completo di cardio-frequenzimetro; (**specificare**)
- display per indicazione dei parametri distanza, velocità, tempo, frequenza cardiaca. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.03****N. 4 PEDANA A NASTRO MOBILE PER RIABILITAZIONE**

da destinare:

2 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Bosa

Caratteristiche tecniche:

- Conforme alla normativa 93/42CE **(specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- idoneo per la riabilitazione motoria, nell'attività medica e terapeutica **(specificare)**
- completo di tappeto ammortizzato **(specificare)**
- dotate di barre parallele regolabili in altezza **(specificare)**
- consolle con display luminosi antiriflesso per visualizzare in tempo reale il valore relativo alla distanza percorsa, alla velocità, all'inclinazione in percentuale e alle pulsazioni tramite fascia toracica. **(specificare)**
- Completo di:
  - fascia toracica **(specificare)**
  - supporti ascellari **(specificare)**
  - seggiolino **(specificare)**
  - ogni altro accessorio necessario per il normale funzionamento e utilizzo. **(specificare)**

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.04****N. 1 TAVOLO PER STATICA**

da destinare

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M  
caratteristiche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- tavolo per portare il paziente in posizione eretta finalizzato al miglioramento della circolazione del sangue e del tono muscolare per ridurre i crampi e la sensazione di stanchezza, (**specificare**)
- inclinazione variabile elettricamente da  $-20^{\circ}$  a  $+90^{\circ}$  (**specificare**)
- posizione di trendelemburg (**specificare**)
- comandabile da pulsantiera (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.05****N. 1 SOLLEVAMALATI MOBILE ELETTRICO**

da destinare

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

Caratteristiche:

- Conforme alla normativa 93/42CE **(specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- progettato per alzare in piedi i pazienti e per spostarli dal letto alla carrozzina o viceversa. **(specificare)**
- Struttura in acciaio verniciato **(specificare)**
- Ruote piroettanti di cui due con freno **(specificare)**
- Motore elettrico di sollevamento Linak **(specificare)**
- Portata massima 150 Kg **(specificare)**
- Completo di imbracatura e di accessori dedicati al suo funzionamento e la pratica di tutte le attività. **(specificare)**

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.06****N. 1 VERTICALIZZATORE MOBILE ELETTRICO**

da destinare

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

Caratteristiche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- progettato per alzare e trasferire pazienti e per spostarli in sicurezza (**specificare**)
- Struttura in acciaio verniciato (**specificare**)
- Ruote piroettanti di cui due con freno (**specificare**)
- Motore elettrico di sollevamento Linak (**specificare**)
- Portata massima 150 Kg (**specificare**)
- Completo di imbracatura e di accessori dedicati al suo funzionamento e la pratica di tutte le attività. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.07****N. 4 Apparecchio per la mobilizzazione passiva del ginocchio delle articolazioni inferiori**

da destinare:

2 U.O. Ortopedia e Traumatologia P.O. San Martino

2 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

Caratteristiche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- Apparecchiatura in grado di consentire la mobilizzazione passiva di ginocchio, caviglia e anca (**specificare**)
- Funzionate per mezzo di un motore controllato da scheda elettronica con microprocessore (**specificare**)
- Completo di tastiera fissa per la programmazione delle funzioni; (**specificare**)
- Completo di tastiera mobile per consentire al paziente di controllare avvio e blocco (**specificare**)
- Deve consentire di accogliere arti di lunghezza sino a 100 cm (**specificare**)
- Deve consentire la programmazione delle seguenti funzioni:
  - ampiezza del movimento di flessione-estensione del ginocchio da 0° a 110° (**specificare**)
  - ampiezza del movimento di flessione dorsale-plantare della caviglia (**specificare**)
  - forza da 0 a 40 Kg (**specificare**)
  - tempo di lavoro (**specificare**)
  - incremento automatico angolo di flessione (**specificare**)
  - incremento automatico angolo di estensione (**specificare**)
  - velocità estensione da 1,5 a 3,5°/sec (**specificare**)
  - velocità di flessione da 1,5 a 3,5°/sec (**specificare**)
  - pausa in estensione (**specificare**)
  - pausa in flessione (**specificare**)
  - Completo di accessori dedicati al suo funzionamento e la pratica di tutte le attività. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.08****N. 1 Apparecchio per la mobilizzazione passiva degli arti superiori**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

Caratteristiche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- Apparecchiatura in grado di consentire la mobilizzazione passiva di spalla, gomito e polso (**specificare**)
- Funzionate per mezzo di un motore controllato da scheda elettronica con microprocessore (**specificare**)
- Completo di tastiera fissa per la programmazione delle funzioni; (**specificare**)
- Completo di tastiera mobile per consentire al paziente di controllare avvio e blocco (**specificare**)
- Deve consentire la programmazione delle seguenti funzioni:
  - elevazione (**specificare**)
  - adduzione-abduzione (**specificare**)
  - rotazione interna-esterna (**specificare**)
  - flessione estensione (**specificare**)
  - prono supinazione (**specificare**)
  - incremento automatico angolo di estensione (**specificare**)
  - deviazione ulneare-radiale (**specificare**)
  - Completo di accessori dedicati al suo funzionamento e la pratica di tutte le attività. (**specificare**)
  -

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------



**Codice: C.02.09****N. 1 apparecchio per isocinetica**

da destinare

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- in grado di consentire un esercizio muscolare dinamico compiuto a velocità costante (**specificare**)
- completa di dinamometro(**specificare**)
- controllata da un software in grado di seguire ogni momento l'esercizio eseguito dal paziente, nonché di memorizzare ed analizzare i dati rilevati durante le sessioni di lavoro. (**specificare**)
- deve consentire la valutazione della forza del muscolo per la costruzione di protocolli riabilitativi. (**specificare**)
- portata massima sino a 150 Kg (**specificare**)
- Divisione fino a 200g (**specificare**)
- 

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.10****N. 1 bilancia pesa persone**

*da destinare*

*1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M*

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- completa di altimetro (**specificare**)
- verifica metrologica medica in conformità alla 90/385/CEE (**specificare**)
- verifica metrologica medica di classe IIII (**specificare**)
- portata massima sino a 150 Kg (**specificare**)
- *Divisione fino a 200g.* (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.11****N. 1 PEDALIERA PER ARTI SUPERIORI**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

Caratteristiche tecniche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- Comando a distanza con computer di bordo. (**specificare**)
- Velocità regolabile. (**specificare**)
- Tempo impostabile (**specificare**)
- Pedalata in avanti (**specificare**)
- Pedalata indietro. (**specificare**)
- Fissaggio pedali o maniglie facilitati. (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.12****N. 3 PODOSCOPIO**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Oristano P.O. "San Martino" di Oristano Nuovo Corpo M

1 Centro di Riabilitazione di Ghilarza

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

Caratteristiche tecniche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- apparecchio per l'analisi plantare del piede (**specificare**)
- dotato di doppia illuminazione laterale (**specificare**)
- lampade ad alto effetto (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Codice: C.02.13****N. 1 Lampada ad infrarossi**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

Caratteristiche tecniche:

- Conforme alla normativa 93/42CE (**specificare allegare dichiarazione di conformità**)
- In grado di svolgere un'efficace azione lenitiva su muscoli e articolazioni di zone di 60x40 cm (**specificare**)
- alimentazione 650 Watt (**specificare**)
- durata lampade almeno 500 ore (**specificare**)

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

---

**Codice: C.02.14****N. 1 Diafanoscopio**

da destinare:

1 Centro di Riabilitazione di Samugheo

- **Conforme alla normativa 93/42CE (specificare allegare dichiarazione di conformità)**
- **Modello a parete con struttura in lamiera di acciaio verniciato a polveri. (specificare)**
- **Illuminazione omogenea su tutto il campo di visualizzazione. (specificare)**
- **Temperatura di colore di ca. 4500 °K. (specificare)**
- **Regolatore elettronico dell'intensità luminosa. (specificare)**
- **Dimensioni circa 144 x 43 cm. (specificare)**

Per ognuna delle specifiche sopra riportate la ditta deve relazionare in merito alle caratteristiche del sistema offerto riportando gli esatti parametri di riferimento dell'apparecchiatura proposta con chiara indicazione dei range di valori e delle unità di misura al fine di dimostrare come l'apparecchiatura proposta risponda ai bisogni rappresentati nel presente documento.

**DESTINAZIONE D'USO (specificare)**

**CODIFICA CIVAB (specificare):**

**CODIFICA CND (specificare):**

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

**Valutazione Qualità (60 punti)**  
**40 Punti relativi ai singoli articoli così suddivisi:**

Codice	Articolo	Punteggio
C.02.01	Lettoni Per fisioterapia	$P_{MAX} = 5$
C.02.02	Cyclette per fisioterapia	$P_{MAX} = 6$
C.02.03	Pedana a nastro mobile	$P_{MAX} = 6$
C.02.04	Tavolo per statica	$P_{MAX} = 2$
C.02.05	Sollevamalati mobile elettrico	$P_{MAX} = 3$
C.02.06	Verticalizzatore mobile elettrico	$P_{MAX} = 3$
C.02.07	Apparecchio per la mobilizzazione passiva del ginocchio delle articolazioni inferiori	$P_{MAX} = 6$
C.02.08	Apparecchio per la mobilizzazione passiva degli arti superiori	$P_{MAX} = 2$
C.02.09	Apparecchio per isocinetica	$P_{MAX} = 2$
C.02.10	Bilancia pesa persone	$P_{MAX} = 1$
C.02.11	Pedaliera per arti superiori	$P_{MAX} = 1$
C.02.12	Podoscopio	$P_{MAX} = 1$
C.02.13	Lampada ad infrarossi	$P_{MAX} = 1$
C.02.14	Diafanoscopio	$P_{MAX} = 1$

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------

Il punteggio di ogni articolo sarà valutato scomponendolo nei seguenti sub criteri ad ognuno dei quali verranno associati i seguenti pesi:

- **Subcriterio E<sub>1</sub>= Caratteristiche tecniche generali e potenzialità funzionali**  
(range di valutazione minimo 0 massimo P<sub>MAX</sub>) (Peso 0,6)
- **Subcriterio E<sub>2</sub>= Caratteristiche di sicurezza ed ergonomia**  
(range di valutazione minimo 0 massimo P<sub>MAX</sub>) (Peso 0,3)
- **Subcriterio E<sub>3</sub>= quantità e qualità degli accessori forniti in serie**  
(range di valutazione minimo 0 massimo P<sub>MAX</sub>) (peso 0,1)

**Punteggio Qualità Articolo X = 0,6 · [P<sub>E<sub>1</sub></sub>(x)] + 0,3 · [P<sub>E<sub>2</sub></sub>(x)] + 0,1 · [P<sub>E<sub>3</sub></sub>(x)]**

**P<sub>E<sub>1</sub></sub>(x) è il punteggio del sub criterio E<sub>1</sub> relativo all articolo x**

**P<sub>E<sub>2</sub></sub>(x) è il punteggio del sub criterio E<sub>2</sub> relativo all articolo x**

**P<sub>E<sub>3</sub></sub>(x) è il punteggio del sub criterio E<sub>3</sub> relativo all articolo x**

***20 Punt***

<b>Formazione del Personale all'uso proposta per l'intero lotto (Punti 7)</b>
<b>Durata della garanzia e qualità assistenza tecnica in garanzia proposta per l'intero lotto (punti 3)</b>
<b>Contratto di assistenza tecnica Full Risk proposto per l'intero lotto (punti 10)</b>

Data:	Timbro e Firma
-------	----------------