



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
UOC SERVIZIO PROVVEDITORATO  
Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento  
Responsabile istruttoria  
Dr. Giuseppe Sanfilippo Collaboratore Amm.vo esperto  
Telefono 0922 407268 – 407145  
FAX 0922 407119

PROT: n. 62581 del 31.03.2017

**Spett.le Ditta**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: Indagine di mercato.

Questa Azienda intende procedere alla fornitura urgente, previo esperimento di apposita procedura di scelta del contraente in base alla vigente normativa, di n. 8 Apparecchi computerizzati di mobilizzazione passiva di anca/ginocchio, e di n. 2 Apparecchi per la mobilizzazione passiva di spalla e gomito con le sotto riportate specifiche tecniche elaborate dal Dirigente medico responsabile delle UU.OO. di Medicina fisica e Riabilitazione dei PP.OO. di Agrigento e Licata:

- a) N. 8 apparecchi computerizzati di mobilizzazione passiva di anca/ginocchio  
Caratteristiche tecniche: controllo velocità estensione/ flessione, controllo forza, controllo tempo libero, incremento automatico estensione, incremento automatico flessione, pausa in estensione, pausa in flessione, cicli di riscaldamento ampiezza di movimento ginocchio da circa -10°/5°a + circa 120°/130°; ampiezza movimento anca da circa 5°/7° a circa 115°/130°. telecomando di sicurezza, inversione automatica del movimento; regolazione flesso-estensione e velocità digitale; regolazione pause; regolazione del livello di forza, timer, collegamento ad uno stimolatore, regolazione soglie di dolore.  
Ogni apparecchio deve essere dotato di:
  - Supporto cosce e gamba in plastica, fasce fissaggio a letto.
  - Set ricoperture protezione per unità CPM per ginocchio.
  - N° 2 Cavi elettrici mt 1 circa di collegamento ,
  - carrello trasporto.Dispositivo medico marchio CE direttiva europea 93/42/CEE Conforme normativa di sicurezza CEE.
- b) N. 2 apparecchi per la mobilizzazione passiva di spalla e gomito  
Caratteristiche tecniche: apparecchi per la mobilizzazione passiva di spalla, gomito sia con pazienti seduti sia con pazienti distesi, fornito di memory card per salvataggio dati operativi del paziente per le sessioni successive di riabilitazione, e funzione "warm-up", per la preparazione delle articolazioni trattate attraverso diversi cicli di movimento con un angolo di lavoro inferiore a quella raggiunto durante la sessione precedente. L'apparecchio deve essere carrellato con ruote piroettanti con freno, regolabile in altezza e con funzione di inclinazione per consentire l'intero range articolare dei movimenti, e di essere utilizzato indifferentemente con paziente seduto o supino, il braccio meccanico deve essere fornito di tutti gli accessori per consentire i movimenti riabilitativi scelti. Tastiera fissa per programmare le funzioni, e tastiera mobile per il paziente per fermare o avviare il movimento. L'apparecchio deve consentire i seguenti range di movimento . Movimenti sulla spalla: Elevazione in flessione range: circa 0°-180° circa, rotazione interna-esterna range : 90° - 0° - 90°, adduzione-abduzione circa 35° - 150°. Movimenti eseguiti sul gomito: flesso-estensione 0° ÷ 150°, prono-supinazione 90° - 0° - 90°. Funzioni programmabili: velocità in entrambe i sensi di marcia; tempo di lavoro, incremento automatico dell'ampiezza del movimento su entrambe i limiti, pausa in entrambe i limiti del movimento. Completo di Set di accessori per la riabilitazione di gomito. Dispositivo medico marchio CE direttiva europea 93/42/CEE Conforme normativa di sicurezza CEE.

Premesso quanto sopra, si chiede a codesta Spett.le Ditta, se interessata, a trasmettere via pec [forniture@pec.aspag.it](mailto:forniture@pec.aspag.it) apposito preventivo di spesa, articolato per come segue:

- Prospetto riepilogativo delle specifiche richieste con indicazione a fianco della presenza o meno della caratteristica richiesta con eventuale indicazione di soluzione alternativa equivalente o migliorativa;
- Indicazione del codice CND e repertorio dispositivi medici;
- prezzo di acquisto, e relativa installazione, dell'attrezzatura proposta; il prezzo dovrà essere comprensivo di garanzia del tipo full-risk (specificando la durata della garanzia); si chiede di precisare il costo di acquisto delle attrezzature a corredo dell'incubatrice (respiratore neonatale, aspiratore bronchiale, monitor multiparametrico, carrello autocaricante);
- canone annuale di manutenzione full-risk dell'attrezzatura proposta (indicare luogo di partenza dei tecnici e tempo medio di intervento);
- dichiarazione se l'attrezzatura proposta è presente sul ME.PA./Consip indicando il relativo metaprodotto.

Azienda Sanitaria Provinciale - Viale della Vittoria 321 – 92100 AGRIGENTO - C.F. e P.I. 02570930848

- Prezzo di acquisto dell'eventuale materiale di consumo necessario a garantire il corretto funzionamento dell'attrezzatura, con indicazione se trattasi di materiale dedicato o reperibile sul libero mercato.

Data l'urgenza, si chiede di trasmettere il preventivo entro e non oltre il termine tassativo del 05.04.2017.

La presente indagine di mercato, finalizzata ad individuare una congrua base d'asta e a verificare il rispetto del principio di concorrenza, è pubblicata sul sito web aziendale, al fine di consentire ad altre ditte, in aggiunta a quelle interpellate, di poter presentare, se interessate, il preventivo di spesa per come richiesto con la presente. A tal fine, si evidenzia che le ditte sono invitate, se ritenuto opportuno, ad inoltrare, in sede di trasmissione del preventivo di spesa, eventuali osservazioni in ordine alle specifiche tecniche del materiale sopra descritto, al fine di consentire a questa Amministrazione una mirata valutazione in funzione di una eventuale rivisitazione delle caratteristiche richieste.

Per eventuali chiarimenti contattare il Servizio Provveditorato.

**F.to Il Direttore Servizio Provveditorato  
Dr. Carmelo Pullara**