



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
UOC SERVIZIO PROVVEDITORATO
Viale della Vittoria, 321 92100 Agrigento
forniture@aspag.it

PROT: n. 102343 del 24/06/2024

A tutte le ditte interessate

Oggetto: 2^ CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO PER LA FORNITURA DI APPARECCHIATURE MEDICALI PER L'AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA DEL P.O. DI AGRIGENTO

La presente consultazione preliminare di mercato viene avviata da questa ASP di Agrigento al fine di interpellare il mercato in ordine alle specifiche tecniche allegate (riviste a seguito dei riscontri pervenuti alla prima consultazione ex prot. 191546 del 21.12.2023) di apparecchiature medicali per l'ambulatorio di dermatologia e venereologia del P.O. di Agrigento e verificare che stesse consentano la più ampia partecipazione degli OO.EE. interessati, oltre che acquisirne il prezzo di mercato.

Conseguentemente, le aziende interessate sono invitate:

- a verificare la concreta possibilità di presentare riscontro alla presente e, specificatamente, a comunicare se i beni richiesti, secondo le specifiche tecniche riportate nel file allegato, rientrano tra i beni prodotti e/o commercializzati e, in caso di riscontro positivo, a comunicare - per ogni tipologia di dispositivo richiesto - il prezzo di mercato, ovvero il prezzo già offerto/praticato ad altre Aziende sanitarie pubbliche o private e ad allegare le relative schede tecniche.
- a indicare dettagliatamente eventuali criticità nelle specifiche tecniche che potrebbero impedire la partecipazione all'eventuale indicenda relativa gara, ciò al fine di consentire alla scrivente ASP di apportare le opportune modifiche volte a garantire la più ampia partecipazione e concorrenzialità fra gli operatori economici.
- a riscontrare anche nel caso in cui la società istante abbia prodotti equivalenti ai sensi dell'art. 79 D. Lgs. n. 36/2023 e a specificare tale evenienza, ivi trasmettendo anche le relative caratteristiche tecniche.

Si resta in attesa di riscontro entro il 18.07.2024 all'indirizzo mail forniture@aspag.it.

Si precisa che la presente non è impegnativa per la scrivente ASP.

Il Dirigente Amm.vo
Dotessa Maria Tirrò

Il Direttore UOC Provveditorato
Dott. Cinzia Sehinelli

File allegato:
capitolato tecnico

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime VIDEODERMATOSCOPIO PORTATILE <i>(I valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/- 10%)</i>	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc. ***
	Marca	(indicare)		
	Modello	(indicare)		
	N° di repertorio	(indicare)		
1	Videodermatoscopio digitale	(si/no)		
2	Manipolo di acquisizione preferibilmente con sistema di comunicazione Wireless	(si/no) descrivere		
3	Ingrandimenti da 30X fino a 400X	(si/no) range		
4	Possibilità di analizzare in 5 modalità diverse, ad immersione e a contatto	(si/no)		
5	Predisposizione per collegamento 2° monitor	(si/no) descrivere		
6	Custodia/Trolley per brevi e lunghi spostamenti	(si/no)		
7	Possibilità di caricamento referti istologici in qualunque formato da smartphone e/o scanner da allegare al referto	(si/no) descrivere		
8	Possibilità di acquisizione immagini e documenti da qualunque smartphone	(si/no) descrivere		
9	Possibilità di inviare notifiche follow-up al paziente	(si/no) descrivere		
10	Multioperatore con possibilità di accesso attraverso badge o schede magnetiche	(si/no) descrivere		
11	Carrello medicale regolabile in altezza sia piano che monitor in modo indipendente e ruotabile	(si/no) descrivere		
12	Acquisizione richiamo paziente con Tessera Sanitaria	(si/no) descrivere		
13	Ingombri e peso ridotto	(valore)		
14	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
15	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
16	Marcatura CE	(si/no) elencare		
	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime VIDEOERMATOSCOPIO FISSO (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc. ***
	Marca	(indicare)		
	Modello	(indicare)		
	N° di repertorio	(indicare)		
1	Videodermatoscopio digitale	(si/no)		
2	Manipolo di acquisizione preferibilmente con sistema di comunicazione Wireless	(si/no) descrivere		
3	Ingrandimenti da 30X fino a 400X	(si/no) range		
4	Possibilità di analizzare in 5 modalità diverse, ad immersione e a contatto	(si/no)		
5	Doppio monitor: possibilità di mappare e referare in contemporanea	(si/no) descrivere		
6	Possibilità di caricamento referti istologici in qualunque formato da smartphone e/o scanner da allegare al referto	(si/no) descrivere		
7	Possibilità di acquisizione immagini e documenti da qualunque smartphone	(si/no) descrivere		
8	Possibilità di inviare notifiche follow-up al paziente	(si/no) descrivere		
9	Multioperatore con possibilità di accesso attraverso badge o schede magnetiche	(si/no) descrivere		
10	Carrello medicale regolabile in altezza sia piano che monitor in modo indipendente e ruotabile	(si/no) descrivere		
11	Acquisizione richiamo paziente con Tessera Sanitaria	(si/no) descrivere		
12	Ingombri e peso ridotto	(valore)		
13	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
14	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
15	Marchatura CE	(si/no) elencare		
16	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:			
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime LAMPADA DI WOOD (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione** Pagina Doc.***
	Marca	(indicare)	
	Modello	(indicare)	
	N° di repertorio	(indicare)	
	CND	(indicare)	
	LAMPADA DI WOOD		
1	Lampada diagnostica utilizzata per diagnosticare le condizioni della pelle, con le seguenti caratteristiche:	(si/no) descrivere	
3	Lente in vetro ottico a 3 diottrie	(si/no) descrivere	
7	Potenza tipo 9 W	(si/no) descrivere	
6	Obiettivo delle misure circa 10 x 7 cm	(si/no) descrivere	
4	Riflettore in alluminio brillantato	(si/no) descrivere	
5	Coperchio scorrevole di protezione	(si/no) descrivere	
25	Ingombri e peso ridotto	(valore)	
26	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)	
27	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare	
28	Marcatura CE	(si/no) elencare	
29	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)	
Campi da compilare			
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.			
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito			
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito			

Caratteristiche Tecniche Minime CRIOBISTURI (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)			
PARAMETRI	VALORI/PRECISAZIONI/DESCRIZIONI	Documentazione**	Pagina Doc.***
Marca			
Modello			
Numero di Repertorio (art. 13 Dlgs. 46/97)			
Anno di immissione sul mercato della versione offerta			
Destinazione d'uso e procedure eseguibili: indicare			
Gas refrigerante, indicare			
Controllo della temperatura di congelamento: indicare range e descrivere funzionamento			
Pressione di uscita: indicare range e descrivere eventuali controlli			
Dotato di timer per il controllo della durata dell'applicazione (si/no). Caratteristiche			
Programmi impostabili da utente: indicare e descrivere			
Display (grandezza, parametri visualizzati, etc.), manopole, pulsanti, altro: indicare e descrivere			
Sistemi di allarme. Descrivere dettagliatamente			
Funzione di defrosting: descrivere			
Descrivere sonde a corredo per le diverse applicazioni e modalità di sterilizzazione			
Uscite per sonde supportate: indicare			
Pedale di comando (singolo o doppio, funzioni attivate, dimensioni, etc.): indicare e descrivere			
Altre caratteristiche: indicare e descrivere			
Materiale di consumo a corredo, elencare e descrivere indicando se monouso o pluriuso			
Materiale di consumo dedicato o reperibile sul mercato, specificare			

CARATTERISTICHE GENERALI				
Misure (LxPxH, cm)				
Peso (grammi)				
Rumore (dB)				
Calore erogato (BTU)				
Alimentazione elettrica (Vac, Hz)				
Rispondenza a norme specifiche (elencare)				
Marchatura CE				
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

ELETTROBISTURI
Caratteristiche Tecniche

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime ELETTROBISTURI (I valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
	Marca	(indicare)		
	Modello	(indicare)		
	N° di repertorio	(indicare)		
	CND	(indicare)		
	ELETTROBISTURI PER SALA OPERATORIA DERMATOLOGIA			
	Caratteristiche richieste:			
1	Taglio monopolare puro regolabile fino ad almeno 250 Watt, Taglio monopolare misto a coagulazione regolabile fino ad almeno 200 Watt, Coagulazione monopolare a contatto e spray regolabili fino ad almeno 120 Watt,	(si/no) descrivere		
2	Taglio bipolare regolabile fino ad almeno 120 Watt, Coagulazione bipolare regolabile fino ad almeno 95 Watt.	(si/no) descrivere		
3	Coagulazione bipolare con attivazione automatica a contatto e stop automatico in base all'impedenza rilevata; con possibilità di impostare fino ad almeno 1 secondo il tempo di ritardo di attivazione a contatto avvenuto, cioè il tempo che deve trascorrere dal momento del contatto fino all'inizio dell'erogazione di corrente.	(si/no) descrivere		
6	Possibilità di modificare la potenza impostata per una corrente monopolare anche durante la sua erogazione, senza che il chirurgo debba interrompere l'erogazione per permettere la variazione voluta. Dotato di sistema di sicurezza che controlla la quantità e la qualità del contatto elettrodo di ritorno – paziente, che automaticamente varia la soglia di allarme a seconda di ogni singolo paziente.	(si/no) descrivere		
10	ACCESSORI RICHIESTI :			
23	n. 1 cavo riutilizzabile almeno 50 volte per strumenti monopolari dotati di spina a un solo pin da 4 mm attivabili a pedale;	(si/no) descrivere		
24	Carrello con ruote antistatiche;	(si/no) descrivere		
25	Ingombri e peso ridotto	(valore)		
26	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
27	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
28	Marcatura CE	(si/no) elencare		
29	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		

ELETTROBISTURI
Caratteristiche Tecniche

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime ELETTROBISTURI (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc. ***
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:			
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime LASER A CO2 (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/- 10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione** Pagina Doc. ***
	Marca	(indicare)	
	Modello	(indicare)	
	N° di repertorio	(indicare)	
1	Dotato di sorgente laser a CO ₂ di ultima generazione, alimentata a radiofrequenza, ottimizzando l'interazione laser con i vari tessuti per un adeguato effetto ablativo tradizionale o frazionato per le cicatrici	(si/no)	
2	Potenza massima della sorgente almeno 60 W	(si/no)	
3	Lunghezza d'onda tipica emessa 10,6 µm	(si/no)	
4	Emissione continua, pulsata, superpulsata ed ultrapulsata	(si/no)	
5	Sorgente sigillata	(si/no)	
6	Laser di mira per consentire l'individuazione della zona da trattare	(si/no)	
7	Monitor touch screen per il controllo dei parametri del laser	(si/no)	
8	Supervisione in tempo reale dei parametri di controllo del fascio laser emesso	(si/no)	
9	Sistema di raffreddamento del sistema di ultima generazione del laser	(si/no)	
10	Presenza di controlli e allarmi per l'uso semplice e guidato dell'apparecchio	(si/no)	
11	Sistema di rilascio del fascio attraverso sistema di bracci articolati in fibra di carbonio	(si/no)	
12	Disposizione spaziale dell'energia all'interno dello spot laser (TEM 00)	(si/no)	
13	Sistema dotato di archivio per il salvataggio e consultazione di tutti i trattamenti memorizzati per i parametri selezionati, protocolli	(si/no)	
14	MANIPOLI		
14.1	Scanner frazionato per dermaabrasioni cutanee lunghezza focale 100mm: - tempi minimi di scansione per CO2 di 100µs - Area di scansione variabili e impostabili a display - possibilità di selezionare figure di scansione differenti tipo: linea, triangolo, ellisse, esagono, quadrato, anello, punto.	(si/no)	
14.2	Scanner per cicatrici (ustioni e ipertrofiche) lunghezza focale 75mm: - tempi minimi di scansione per CO2 di 100µs - Area di scansione variabili e impostabili a display	(si/no)	
		(si/no)	

	- possibilità di selezionare figure di scansione differenti tipo: linea, triangolo, ellisse, esagono, quadrato, anello, punto.	(si/no)		
14.3	Scanner ablativo microcontrollato a manipolo: -possibilità di utilizzare manipoli con focali da 4" e 7" -modalità di emissione del laser continua e pulsata -possibilità di selezionare figure di scansione differenti tipo: ellisse, esagono, anello pieno. - gestione della potenza fino al massimo	(si/no)		
15	Corredato di aspira fumi facilmente spostabile	(si/no)		
16	Corredato di pedale per temporizzazione	(si/no)		
17	Corredato di carrello	(si/no)		
18	Sistema laser dotato di tutti gli accessori e consumabili per un corretto utilizzo del laser ed aspira fumi	(si/no)		
19	Nuovo di fabbrica e di ultima generazione	(si/no)		
20	Materiale facilmente pulibile e non corrosibile	(si/no)		
21	Movimentabile agevolmente dagli operatori sanitari	(si/no)		
22	Dimensioni e peso contenuti (Kg, H X L X P cm)	(valore)		
23	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
24	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
25	Marcatura CE	(si/no) elencare		
26	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSISTENZA TECNICA IN GARANZIA	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
\	Sono, inoltre, da intendersi caratteristiche minime, oltre quelle già descritte, le sotto esposte condizioni di fornitura ed assistenza tecnica.	\		
\	N.B. Ferme restando le condizioni di garanzia del produttore/fornitore, si considerano incluse e ad integrazione delle stesse, per tutto il periodo della garanzia, anche le condizioni sotto riportate:	\		
1	Condizioni particolari di assistenza tecnica	\		
1.1	Si considerano comprese nella fornitura tutte le attività di manutenzione, periodiche e su chiamata: manutenzione correttiva, manutenzione preventiva, verifiche di sicurezza, controlli funzionali, controlli di qualità e tutto quanto necessario a mantenere e garantire il corretto e sicuro funzionamento delle apparecchiature	(sì/no) descrivere		
1.2	Si considerano comprese nella fornitura tutte le parti di ricambio senza esclusione alcuna	(sì/no) elencare		
1.3	Si considerano comprese nella fornitura e a carico della ditta fornitrice la sostituzione di tutti gli eventuali consumabili legati alla manutenzione delle apparecchiature (es.: filtri, kit di sostituzione periodica, batterie, ecc.)	(sì/no) elencare		
1.4	Si considerano esclusi solo eventuali consumabili mono-pazienti o monouso;	(sì/no) elencare		
1.5	Si considerano incluse nella fornitura tutte le "chiavi" hardware e software di componenti/moduli integrati nel sistema. In particolare dovranno essere fornite tutte le procedure necessarie per eseguire le eventuali configurazioni;	(sì/no) elencare		
1.6	Tempo di risoluzione dei guasti (ripristino apparecchiatura o disponibilità di un muletto) non superiore alle 72 ore solari dalla chiamata.	(valore)		
1.7	Si richiede un'assistenza tecnica con dei tecnici stabilmente presenti in zona o comunque in territorio italiano;	(indicare la Sede operativa)		
1.8	La disponibilità di parti di ricambio deve essere garantite per almeno 10 anni dal collaudo	(valore)		
1.9	Qualora ciò non fosse possibile, in caso di guasti non risolvibili, la ditta fornitrice dovrà sostituire, a costo zero, l'apparecchiatura con un'altra con analoghe o superiori caratteristiche tecnico-cliniche e funzionali	(sì/no)		
1.10	Almeno N° 3 giorni di training al personale utilizzatore e al personale tecnico del Servizio di Ingegneria Clinica, da effettuare secondo le esigenze dell'Azienda (Stazione Appaltante).	(sì/no) descrivere indicando il numero di giorni di training offerti		
1.11	Eseguire tutte le necessarie manutenzioni preventive/periodiche previste dal costruttore.	(sì/no) Specificare il numero di manutenzioni preventive/anno previste dal costruttore e che saranno garantite durante tutto il periodo della fornitura.		
1.12	Eseguire tutte le necessarie verifiche di sicurezza elettrica previste dal costruttore e comunque previste dalle normative vigenti (Es. CEI 62-5)	(sì/no) elencare		
1.13	Eseguire tutti i necessari controlli funzionali/controlli di qualità attestanti il corretto e sicuro funzionamento delle apparecchiature, incluse eventuali "prove particolari" previste dal costruttore	(sì/no) elencare		
1.14	Specificare il numero di controlli funzionali/anno che saranno garantiti durante tutto il periodo della fornitura	(valore)		
1.15	La ditta fornitrice, ad avvenuta aggiudicazione, dovrà trasmettere al Servizio di Ingegneria Clinica e all'Ufficio Tecnico, la programmazione delle attività periodiche (manutenzione preventiva, verifiche di sicurezza, controlli di qualità, ecc.); N.B. Tale programmazione, dopo regolare accettazione da parte della stazione appaltante dovrà essere garantita dalla ditta stessa.	(sì/no)		
Campi da compilare				

* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso

** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito

*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito

