



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

AGRIGENTO

UOC Provveditorato

Viale della Vittoria 321 – Agrigento

Funzionario istruttore: Coll. Amm.vo Anna Spataro

Pec : forniture@pec.aspag.it

Prot. 1580 74 del 16-10-2024

Alla Ditta

Oggetto: Consultazione preliminare di mercato per la fornitura di sistema televisivo per videoendoscopia per la Chirurgia Generale del P.O. Sciacca

Questa Azienda intende avviare una indagine conoscitiva di mercato per procedere all'acquisto di di sistema televisivo per videoendoscopia per la Chirurgia Generale del P.O. Sciacca aventi le caratteristiche tecniche indicate nell'allegato capitolato tecnico.

L'indagine di mercato ha solo fini esplorativi al fine determinare la disponibilità sul mercato del sistema da acquistare, a verifica del rispetto del principio di concorrenza, e il valore di mercato.

Si invitano le ditte interessate a volere riscontrare entro il 23/10/2024 mezzo posta elettronica certificata forniture@pec.aspag.it inviando offerta economica tecnica ed economica di mercato

Al fine di consentire alla scrivente ASP di garantire la più ampia partecipazione e concorrenzialità fra gli operatori economici, dovranno essere indicate eventuali criticità nelle caratteristiche tecniche che potrebbero impedire la partecipazione alla gara.

Si invita a riscontrare anche nel caso in cui la ditta abbia prodotti c.d. "equivalenti" ed a specificare tale evenienza, ivi trasmettendo anche le relative caratteristiche tecniche.

La ditta dovrà, altresì, indicare l'attinente categoria merceologica di iscrizione al Me.Pa

Il Direttore U.O.C. Servizio Provveditorato
Dott.ssa Cinzia Schinelli

STIMA X GARA

Codice	Apparecchiatura	Quantità App
6105	Sistema televisivo per videoendoscopia	1
5990	VideogastroscoPIO	2
6108	Videocolonscopio	2
6103	Irrigatore	1
6104	Insufflatore di CO2	2
6089	Carrello servitore endoscopi	1
TOTALE		9

OFFERENTE:								
Codice	Caratteristiche VIDEOENDOSCOPIA (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	TECNICHE	SISTEMA	TELEVISIVO	PER	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
	Marca					(indicare)		
	Modello					(indicare)		
	N° di repertorio					(indicare)		
	N° UDI					(indicare)		
1	Sistema televisivo per video endoscopia di alta fascia dotato di sistema di Cromo endoscopia Virtuale (CVC) compatibile con tutti gli endoscopi offerti composto da:					(si/no)		
2	Processore digitale di immagine top di gamma							
3	Formato digitale HD o HDTV					(indicare)		
4	Elevata risoluzione					(si/no) descrivere		
5	Elevato numero di funzioni operative tra cui:					(si/no) descrivere		
	controllo della luminosità,					(si/no) descrivere		
	regolazione automatica del bianco,					(si/no) descrivere		
	fermo immagine digitale,					(si/no) descrivere		
	regolazione del colore,					(si/no) descrivere		
	zoom digitale,					(si/no) descrivere		
	regolazione automatica dell'otturatore,					(si/no) descrivere		
6	Funzione di enfattizzazione della mucosa					(si/no) descrivere		
7	Elevato numero di formati video disponibili					(si/no) descrivere		
8	Scheda per memorizzazione dati paziente					(si/no) descrivere		
9	Completo di cavi per collegamento agli altri componenti del sistema, tastiera e bottiglietta					(si/no) descrivere		
10	Connessione video I/O di tipo DVI-D, HD-SDI;					(si/no) descrivere		
11	Possibilità utilizzo di controlli remoti					(si/no) descrivere		
12	Marcatura CE					(si/no) descrivere		
	Fonte di luce top di gamma							
13	Sorgente luminosa con tecnologia a LED o equivalente					(si/no) descrivere		
15	Possibilità di ampia regolazione e visualizzazione dei parametri di controllo (luminosità, conta ore utilizzo lampada, altro)					(si/no) descrivere		
16	Marcatura CE					(si/no) descrivere		

17	Monitor a colori alte prestazioni (installazione su ripiano carrello o pensile)			
18	Tipicamente 32", a colori	(si/no) descrivere		
19	Supporta tutti i formati in uscita al video processore	(si/no) descrivere		
20	Funzione Picture in Picture	(si/no) descrivere		
21	Elevati ingressi e uscite analogici e digitali	(si/no) descrivere		
	Altre caratteristiche			
22	Stampante b/n	(si/no) descrivere		
23	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		
24	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
25	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
26	Marcatura CE	(si/no) elencare		
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 VIDEOGASTROSCOPIO OPERATIVO (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)			
	N° UDI	(indicare)			
1	VideogastroscoPIO a canale singolo dotato di sistema di Cromo endoscopia Virtuale (CVC) compatibile con le apparecchiature offerte nella colonna, avente le seguenti caratteristiche:	(si/no)			
2	Formato digitale HD o HDTV	(indicare)			
3	Con sensore CCD/CMOS di ultima generazione	(indicare)			
4	Dotato di pulsanti con controlli programmabili per gestire le funzioni operative	(indicare)			
5	Campo di visione tipico 140°	(valore)			
6	Profondità di campo tipica circa 3/100 mm	(valore)			
7	Lunghezza operativa circa 1000 mm	(valore)			
8	Diametro interno del canale operativo molto ampio, circa 3 mm	(valore)			
9	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)			
10	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare			
11	Marcatura CE	(si/no) elencare			
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 VIDEOCOLONSCOPIO PEDIATRICO HDTV (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)			
	N° UDI	(indicare)			
	Videocolonoscopia HDTV				
1	· Visione HDTV (Standard nativo 1080 linee)	(si/no) descrivere			
3	Con sensore CCD/CMOS di ultima generazione	(indicare)			
2	· Sistema di cromocolonoscopia virtuale il cui ruolo sia supportato da evidenze nella diagnosi precoce delle lesioni precancerose e suggerito o validato dalle vigenti linee guida	(si/no) descrivere			
3	· Inserimento con monocolonnatore al processore	(si/no) descrivere			
4	· Strumento impermeabile senza necessità di alcun tappo di tenuta	(si/no) descrivere			
5	· Profondità di campo 2-100 mm	(valore)			
6	· Angolo di visione preferibilmente 170°	(valore)			
10	· Diametro porzione distale non superiore a 13,2 mm	(valore)			
12	· Canale operativo di almeno 3,7 mm	(valore)			
13	· Canale di lavaggio ausiliario	(indicare)			
14	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)			
15	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare			
16	Marcatura CE	(si/no) elencare			
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'IOE 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 IRRIGATORE (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)				Pagina Doc.***
	Marca		Dichiarazione* requisito	Documentazione**	
	Modello		(indicare)		
	N° di repertorio		(indicare)		
	N° UDI		(indicare)		
	IRRIGATORE				
1	Funzione di irrigazione realizzata mediante pompa peristaltica ad alto flusso, per uso in endoscopia digestiva		(si/no) descrivere		
2	Completo di set di tubi per irrigazione ed aspirazione, pedale di attivazione, e di tutti gli accessori e materiale d'uso per un corretto utilizzo		(si/no) descrivere		
3	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi		(valore)		
4	Alimentazione 230 V 50 Hz		(valore)		
5	Certificazioni a norma di legge		(si/no) elencare		
6	Marcatura CE		(si/no) elencare		
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 INSUFFLOATORE 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)		
	N° UDI	(indicare)		
	IINSUFFLOATORE DI CO2			
1	Insufflatore ad alto flusso per uso in endoscopia digestiva;	(si/no) descrivere		
2	Visualizzazione in tempo reale della pressione e del flusso preimpostati e dei valori effettivi, così come della quantità di CO2 erogata;	(si/no) descrivere		
3	Possibilità di collegamento bombola CO2 o rete ospedaliera;	(si/no) descrivere		
4	Possibilità di selezionare tra due o più tipologie di insufflazione	(si/no) descrivere		
5	Dotato di sistemi di allarme almeno per sovrappressioni e anomalie di funzionamento;	(si/no) descrivere		
6	Dotato di sistema di sicurezza per il cambio bombola;	(si/no) descrivere		
7	La ditta dovrà assicurare l'installazione su carrello o pensile a seconda delle esigenze delle singole sale operatorie	(si/no) descrivere		
8	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
9	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
10	Marcatura CE	(si/no) elencare		
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 CARRELLO SERVITORE ENDOSCOPI (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)		
	N° UDI	(indicare)		
	CARRELLO SERVITORE PER ENDOSCOPI	(si/no)		
1	Struttura in acciaio dotato di almeno 8 prese IEC	(indicare)		
2	Dotato di trasformatore di isolamento medicale di almeno 1600 VA	(indicare)		
3	Dotato di almeno 4 ripiani e un cassetto	(si/no) descrivere		
4	Corredato di supporto per monitor	(valore)		
5	Dotato di asta portastrumenti per due endoscopi	(valore)		
6	Dotato di supporto per tastiera a scorrimento frontale	(si/no) elencare		
7	Dotato di supporto per bombole CO2			
8	Dotato di ruote piroettanti con freno	(si/no) descrivere		
9	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi	(valore)		
10	Alimentazione 230 V 50 Hz	(valore)		
11	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
12	Marcatura CE	(si/no) elencare		
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'OIE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

