

**QUESTIONARIO TECNICO ANALITICO LOTTO 1**

**OGGETTO: PROCEDURA APERTA, AI SENSI DEGLI ART. 71 D.LGS. N. 36/2023 PER L' ACQUISTO DI N. 109 SISTEMI ANTIDECUBITO PER VARIE U.U.O.O. DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA RENATO DULBECCO.**

**OFFERENTE:**

| Codice             | Caratteristiche Tecniche Minime SISTEMA ANTIDECUBITO<br>(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° CND                                                                                                                                                                                        | (indicare)               |                  |                |
| 1                  | Sistema antidecubito a pressione alternata per pazienti a basso/medio rischio (Degenza)                                                                                                       | (si/no)                  |                  |                |
| \                  | <b>SUPERFICIE DI SUPPORTO</b>                                                                                                                                                                 | \                        | \                | \              |
| 2                  | Completamente sostitutiva del materasso ospedaliero                                                                                                                                           | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 3                  | Con doppia modalità terapeutica                                                                                                                                                               | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 4                  | Fluttuazione d'aria alternata tra i vari settori                                                                                                                                              | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 5                  | In grado di garantire una portata terapeutica di 250 Kg                                                                                                                                       | (valore)                 |                  |                |
| 6                  | Dotata di funzionalità dinamica a bassa pressione di contatto atta a garantire la perfusione tissutale                                                                                        | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 7                  | Costituita da celle d'aria indipendenti sostituibili singolarmente, con:                                                                                                                      | (si/no)                  |                  |                |
| 7.1                | zona testa possibilmente a pressione costante                                                                                                                                                 | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 7.2                | zona toracica e zona gambe con celle a fluttuazione dinamica per lo scarico attivo delle pressioni esercitate                                                                                 | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 8                  | Formata da celle, con altezza non inferiore a 16 cm, gonfiate mediante un compressore che alterna ciclicamente l'aria tra i vari settori                                                      | (valore) descrivere      |                  |                |
| 9                  | Dotata di adeguata autonomia di mantenimento del gonfiaggio di almeno 6 ore, in caso di interruzione dell'energia elettrica o di necessità di interruzione dell'alimentazione per spostamenti | (valore)                 |                  |                |
| 10                 | Adeguamento automatico delle pressioni in base al peso ed alle variazioni posturali del paziente regolato da un sistema di controllo                                                          | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 11                 | Dotata di sistema CPR e sgonfiabile rapidamente                                                                                                                                               | (valore)                 |                  |                |
| 12                 | In grado di assicurare per le attività di nursing il funzionamento a bassa pressione continua (statico)                                                                                       | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 13                 | Adattabile a tutti i letti ospedalieri                                                                                                                                                        | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 14                 | Deve disporre di vari punti di fissaggio al letto tramite cinghie o sistema analogo                                                                                                           | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 15                 | Dotata di sistema che garantisca l'anti-affossamento del tronco                                                                                                                               | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 16                 | Dotata di sistema antiscivolo dal letto                                                                                                                                                       | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 17                 | La superficie di appoggio e la copertura devono essere "latex-free"                                                                                                                           | (si/no)                  |                  |                |
| \                  | <b>TELO DI COPERTURA</b>                                                                                                                                                                      | \                        | \                | \              |
| 18                 | Impermeabile ai liquidi, permeabile al vapore per prevenire la macerazione                                                                                                                    | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 19                 | Materiale anallergico, antibatterico, antimicotico e ignifugo                                                                                                                                 | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 20                 | Dotato di cerniera e/o sistemi di adesione al materasso che evitino infiltrazioni di essudati, urine, nella parte sottostante                                                                 | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 21                 | Facilmente intercambiabile                                                                                                                                                                    | (si/no)                  |                  |                |
| 22                 | Bielastico che riduca l'attrito evitando le forze di taglio e frizione                                                                                                                        | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 23                 | Lavabile e disinfettabile                                                                                                                                                                     | (si/no) indicare         |                  |                |
| 24                 | Autoclavabile e/o sterilizzabile.                                                                                                                                                             | (si/no) indicare         |                  |                |
| \                  | <b>COMPRESSORE</b>                                                                                                                                                                            | \                        | \                | \              |
| 25                 | Pannello di controllo con comandi semplici e ben visibili dotato di allarmi                                                                                                                   | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 26                 | Istruzioni di utilizzo semplici e chiare in lingua italiana o con pittogrammi                                                                                                                 | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 27                 | Provvisto di sistemi di ancoraggio al letto (sponde e/o pediera)                                                                                                                              | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 28                 | Bassa rumorosità, basse vibrazioni                                                                                                                                                            | (valore)                 |                  |                |
| 29                 | Dimensioni e peso ridotti                                                                                                                                                                     | (valore)                 |                  |                |
| 30                 | Connettori semplici e sicuri e non a contatto con la persona                                                                                                                                  | (si/no) indicare         |                  |                |
| 31                 | Dotato di sistema filtrante (filtri anti-polvere,) per evitare l'ingresso/uscita di batteri.                                                                                                  | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 32                 | Allarmi acustici e visivi attivi per di segnalare anomalie nel funzionamento e in mancanza di energia elettrica, tacitabili.                                                                  | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 33                 | Completo di cavo di alimentazione di lunghezza adeguata dotato di meccanismo di ancoraggio o sistema avvolgi-cavo per non intralciare le manovre assistenziali                                | (si/no) descrivere       |                  |                |
| 34                 | Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabiliti nel Capitolato                                                           | (valore)                 |                  |                |
| 35                 | Alimentazione 230 V 50 Hz                                                                                                                                                                     | (valore)                 |                  |                |
| 36                 | Certificazioni a norma di legge                                                                                                                                                               | (si/no) elencare         |                  |                |
| 37                 | 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

**ALLEGARE AL QUESTIONARIO N.1 COPIA (IN ITALIANO) DEL MANUALE OPERATORE DELL'APPARECCHIO OFFERTO**