Avviso di consultazione preliminare del mercato per la fornitura di

apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria

Premesse

Si rappresenta che So.Re.Sa. Spa ha in programma l’espletamento di una procedura di gara per la fornitura di “***Apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria***” destinati alle Aziende Sanitarie della Regione Campania.

Al fine di addivenire ad una compiuta definizione della suddetta iniziativa di gara, appare opportuno acquisire, ai sensi dell’art. 66 del D. Lgs.50/2016, elementi valutativi da parte dei soggetti di riferimento del mercato che potranno rivelarsi utili nella progettazione dell’iniziativa.

Di seguito si riportano gli obiettivi che, con la presente indagine, la Stazione Appaltante si ripromette di conseguire:

* portare a conoscenza delle imprese del settore l’iniziativa di gara, al fine di conseguire la più ampia partecipazione dei soggetti interessati;
* acquisire informazioni sulle caratteristiche qualitative e tecniche dei prodotti presenti sul mercato;
* consentire ai soggetti interessati di proporre osservazioni e suggerimenti ritenuti utili per la Stazione Appaltante in vista della preparazione della gara.

Si precisa che il presente avviso costituisce una mera consultazione del mercato finalizzata alla ricerca di operatori in grado di erogare la fornitura in oggetto e, pertanto, So.Re.Sa. si riserva di non procedere ad una successiva procedura di selezione. Tale fase non deve, pertanto, ingenerare negli operatori alcun affidamento sulla successiva partecipazione alla procedura di selezione. So.Re.Sa., inoltre, si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, la presente indagine di mercato. In tal caso i soggetti che manifestino il loro interesse non potranno vantare alcuna pretesa.

Trattamento dei dati personali

 Si precisa che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, del nuovo regolamento GDPR n. 2016/679 e D.Lgs. n.101/2018, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità indicate nel presente avviso.

L’invio del documento implica il consenso al trattamento dei dati forniti.

Modalità di presentazione

Il questionario di partecipazione, unitamente alle schede tecniche allegate relative a ciascun prodotto, dovrà pervenire **entro le ore 12:00 del giorno 25.03.2019** all’indirizzo **pec: ufficiogare@pec.soresa.it** indicando come oggetto “Consultazione preliminare del mercato\_apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria”.

Non saranno prese in considerazione le istanze inviate in modo difforme da quello prescritto nel presente Avviso e presentate oltre la scadenza del suddetto termine, anche se sostitutive o aggiuntive a quelle precedenti. È ammessa istanza successiva, purché entro il termine di scadenza, a sostituzione della precedente.

Breve descrizione dell’iniziativa

So.Re.Sa. Spa intende avviare una consultazione preliminare di mercato finalizzata a raccogliere informazioni per l’acquisizione di apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria e relativi servizi.

A ciascuna delle apparecchiature da acquisire potranno essere associati:

• **servizi connessi** (inclusi nel prezzo della fornitura) quali, ad esempio, la consegna, il collaudo, la formazione del paziente e/o caregiver, l’assistenza tecnica e manutenzione;

• **dispositivi accessori** quali ad esempio maschere, filtri, circuiti.

A tal fine si ritiene opportuno consultare gli Operatori Economici del mercato di riferimento dai quali acquisire informazioni utili alla migliore definizione della procedura e dei relativi atti di gara. In particolare, si ritiene utile acquisire le informazioni relative alle domande di seguito riportate.

***Questionario***

***Apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria***

Dati dell’Azienda e del Referente aziendale

|  |
| --- |
| Anagrafica Azienda |
| Denominazione  |       |
| C.F. |       |
| P. IVA |       |
| Sede Legale |       |
| Sede Operativa |       |
| Telefono |       |
| e-mail |       |
| PEC |       |

|  |
| --- |
| Referente aziendale (per la presente consultazione) |
| Nome |       |
| Cognome |       |
| Posizione ricoperta in azienda |       |
| Recapito telefonico |       |
| e-mail |       |

Domande

* + - 1. Fornire una breve descrizione dell’Azienda, specificando i principali settori di mercato in cui è specializzata.

1. Si chiede di indicare (nello spazio sottostante rispetto a ciascuna tipologia di apparecchiatura indicata) i requisiti minimi ritenuti indispensabili per caratterizzare ciascuna delle diverse tipologie di apparecchiature per ventiloterapia, con particolare riguardo a quelle di seguito indicate:
* CPAP (04.03.12.003)

* Auto - CPAP (04.03.12.006)

* Presso - volumetrico (04.03.12.015)

* Servo adattativo (Adaptative Servo Ventilator ASV) (04.03.12.012)

* Bilevel S (04.03.12.009)

* Bilevel T (04.03.12.009)

* Bilevel ST (04.03.12.009)

* Aspiratore per disostruzione (04.03.21.003)

* Aspiratori - sonda per aspirazione (04.03.21.006)

* Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - incentivatore del flusso inspiratorio ed espiratorio (04.03.27.003)

* Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - dispositivo di assistenza alla tosse intratoracico (04.03.27.015)

* Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - dispositivo di assistenza alla tosse extratoracico (04.03.27.018)

* Pulsossimetro (04.03.30.003)

* Apparecchiature per inalazione - Nebulizzatore di tipo pneumatico (04.03.06.018)

* Apparecchiature per inalazione - Nebulizzatore ad ultrasuoni (04.03.06.012)

* Altro (indicare)

N.B. \* I codici indicati in corrispondenza delle diverse tipologie di apparecchiature sono relativi all’Allegato 5 elenco 2 B del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 15 del 12.01.2017.

\*\* L’Operatore economico potrà allegare, per ciascuna delle tipologie di apparecchiature di cui sopra, schede tecniche/brochure/depliant.

1. ***Apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria domiciliare***
	1. Elencare e descrivere brevemente i servizi che supportano/completano la fornitura e le modalità di organizzazione del servizio per ventiloterapia domiciliare. Indicare inoltre eventuali servizi accessori ritenuti utili alla corretta esecuzione della fornitura.

* 1. Indicare la modalità di aggiudicazione (es. accordo quadro, procedura aperta) e modalità di acquisizione (es. noleggio, proprietà) che si ritengono maggiormente idonee a tale fornitura complete di motivazione.

* 1. Indicare la modalità di scelta che le AA.SS. potrebbero adottate al fine di garantire l’appropriatezza dell’ausilio per il singolo paziente.

* 1. Indicare l’incidenza media percentuale del costo del servizio “domiciliare” sul valore economico del bene.

* 1. Quale è il numero minimo garantito mensile di apparecchiature che la Vostra Azienda potrà consegnare per ciascuna tipologia di apparecchiatura?

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | Capacità di consegna mensile |
| CPAP (04.03.12.003) |       |
| Auto - CPAP (04.03.12.006) |       |
| Presso - volumetrico (04.03.12.015) |       |
| Servo adattativo (Adaptative Servo Ventilator ASV) (04.03.12.012) |       |
| Bilevel S (04.03.12.009) |       |
| Bilevel T (04.03.12.009) |       |
| Bilevel ST (04.03.12.009) |       |
| Aspiratore per disostruzione (04.03.21.003) |       |
| Aspiratori - sonda per aspirazione (04.03.21.006) |       |
| Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - incentivatore del flusso inspiratorio ed espiratorio (04.03.27.003) |       |
| Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - dispositivo di assistenza alla tosse intratoracico (04.03.27.015) |       |
| Apparecchi per l’esercitazione dei muscoli respiratori - dispositivo di assistenza alla tosse extratoracico (04.03.27.018) |       |
| Pulsossimetro (04.03.30.003) |       |
| Apparecchiature per inalazione - Nebulizzatore di tipo pneumatico (04.03.06.018) |       |
| Apparecchiature per inalazione - Nebulizzatore ad ultrasuoni (04.03.06.012) |       |
| Altro (indicare) |       |

1. ***Apparecchiature per ventiloterapia e ausili per terapia respiratoria ospedaliera***
	1. Elencare e descrivere brevemente i servizi che supportano/completano la fornitura e le modalità di organizzazione del servizio per ventiloterapia ospedaliera. Indicare inoltre eventuali servizi accessori ritenuti utili alla corretta esecuzione della fornitura.

* 1. Indicare la modalità di aggiudicazione (es. accordo quadro, procedura aperta) e modalità di acquisizione (es. noleggio, proprietà) che si ritengono maggiormente idonee a tale fornitura complete di motivazione.

4.3 Indicare la modalità di scelta che le AA.SS. potrebbero adottate al fine di garantire l’appropriatezza dell’ausilio per il singolo paziente.

1. Indicare gli elementi che si ritiene possano migliorare l’integrazione della ventilazione dei pazienti ospedalizzati in relazione al successivo trattamento presso il proprio domicilio.

1. Comunicare se l’Azienda attua specifici piani di formazione da erogare ai pazienti utilizzatori e/o caregiver.

1. Fornire le seguenti informazioni relativamente alle gare per la Pubblica Amministrazione:
2. Indicare se si è già fornitori di prodotti analoghi a quelli oggetto della presente iniziativa presso Enti Sanitari pubblici e/o Centrali di Acquisto. In caso affermativo, indicare le principali criticità riscontrate, se esistenti, nei rapporti contrattuali con le Pubbliche Amministrazioni.

1. Indicare quale si ritiene essere la durata media dei contratti.

1. Relativamente alla tipologia di prodotti oggetto della presente iniziativa, indicare se attualmente si è fornitori di Enti Sanitari nell’ambito della Regione Campania.

1. Relativamente alla tipologia di prodotti oggetto della presente iniziativa, elencare le Aziende ove si forniscono attualmente Sistemi analoghi.

1. Indicare se si è interessati a partecipare ad una procedura di gara per i beni in oggetto. In caso di risposta negativa motivarne la scelta.

1. Riportare sintetiche osservazioni o suggerimenti che l’Azienda ritiene utile proporre in vista dell’attivazione di una iniziativa di gara centralizzata.

**Nota bene:** *si precisa che si potranno allegare al presente questionario le schede tecniche, brochure o qualsiasi altro materiale informativo qualificante i prodotti commercializzati.*

*Il contributo che gli Operatori economici presteranno per tale consultazione è totalmente gratuito, pertanto non è riconosciuto alcun diritto di rimborsi spesa.*