Avviso di consultazione preliminare del mercato per il

SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE

Si rappresenta che So.Re.Sa. Spa ha in programma l’espletamento di una procedura di gara per il ***SERVIZIO di OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE***” per gli aventi diritto 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 servizi/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.

Gli operatori economici interessati sono invitati a presentare il proprio contributo, compilando il presente questionario e inviandolo, entro il **19.04.2018** ore **12:00**, all’indirizzo pec: ufficiogare@pec.soresa.it ed indicando come oggetto della mail “**Consultazione preliminare di mercato** - **SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE**”.

Si precisa che, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003, 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.

***Questionario***

***SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE***

Dati dell’Azienda e del Referente aziendale

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

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

Domande

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fornite una breve descrizione dell’Azienda, specificando i principali settori di mercato in cui è specializzata.
 |       |
| 1. Specificate i prodotti da voi distribuiti in merito all’oggetto del presente questionario distinguendo la tipologia di prodotto.
 |       |
| 1. Con specifico riguardo ai materiali di consumo necessari per il trattamento terapeutico (umidificatori, cannule, prolunghe, etc.), specificate le quantità di materiali di consumo annue che mediamente sono necessarie per garantire al paziente il regolare svolgimento della terapia.
 |       |
| 1. Indicate e descrivete brevemente i servizi accessori che la vostra azienda è in grado di garantire (esempio: assistenza infermieristica, software gestione ordini, consegna e fatturazione, assistenza telefonica ai pazienti, etc.).
 |       |
| 1. Descrivete brevemente la procedura e le modalità di gestione delle richieste di consegna “URGENTI”.
 |       |
| 1. Quali sono possibili modalità di verifica del quantitativo di ossigeno effettivamente consumato dal paziente avente diritto al momento del ritiro/sostituzione della bombola presso il domicilio dello stesso?
 |       |
| 1. Indicate, relativamente alla componente qualità, i parametri che si ritiene possano essere maggiormente qualificanti per il servizio oggetto del presente questionario.
 |       |
| 1. Descrivete i possibili meccanismi di contenimento dei consumi che ritenete più utili introdurre.
 |       |
| 1. Siete disponibili ad offrire un servizio di call center per la gestione delle emergenze? In caso affermativo, quali sono le attività che lo stesso potrebbe eventualmente svolgere?
 |       |
| 1. Siete disponibili ad offrire un sistema informativo per la gestione dei dati da parte delle Aziende Sanitarie? In caso affermativo, quale tipologia di dati lo stesso potrebbe eventualmente fornire?
 |       |
| 1. Comunicate se l’Azienda attua specifici piani di formazione da fornire agli operatori e/o utilizzatori.
 |       |
| 1. Indicate dettagliatamente l’incidenza percentuale dei singoli servizi accessori (in particolare definendo la quota relativa al “trasporto domiciliare”) sul prezzo unitario per prodotto.
 |       |
| 1. Indicate la vostra capacità di consegna in termini di numero di pazienti annui da servire e di ambiti territoriali di utenza su base provinciale.
 |       |
| 1. Quali criteri di sostenibilità ambientali ritenete opportuno inserire nella suddetta iniziativa, in coerenza con le linee guida definite a livello comunitario per il GPP (Green Public Procurement) (es. mezzi di trasporto utilizzati, certificazioni inerenti le fonti di energia utilizzate per il processo produttivo, etc).
 |       |
| 1. Indicate quali misure ritenete maggiormente adeguate per garantire la privacy degli aventi diritto.
 |       |
| 1. (*se precedenti affidatari del servizio*)

 Indicare eventuali criticità riscontrate nell’espletamento dello stesso. |       |
| 1. La vostra azienda sarebbe interessata a partecipare ad una procedura di gara per il servizio di ossigenoterapia domiciliare per i fabbisogni della Regione Campania? In caso di risposta negativa motivare la vostra scelta.
 |       |
| 1. Riportare sintetiche osservazioni o suggerimenti che l’Azienda ritiene utile proporre in vista dell’attivazione dell’iniziativa di gara.
 |       |

**Nota bene:** *si precisa che è possibile allegare al presente questionario anche schede tecniche, brochure o qualsiasi altro materiale informativo ritenuto utile.*