avviso di consultazione preliminare del mercato per la fornitura di

Sistemi per terapia a pressione negativa

Premesse

Si rappresenta che So.Re.Sa. Spa ha in programmazione l’espletamento di una procedura di gara per la fornitura di “***Sistemi per terapia a pressione negativa***” destinate 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 e s.m.i. e della Linea Guida ANAC n. 14, 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 e di seguito riportati:

* portare a conoscenza delle imprese del settore l’iniziativa di gara, al fine di conseguire la più ampia partecipazione dei soggetti interessati;
* acquisire informazioni sul mercato di riferimento dei produttori dei beni di che trattasi;
* 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.

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 dovrà pervenire **entro le ore 18:00 del giorno 12/12/2022** all’indirizzo **PEC:** [**ufficiogare@pec.soresa.it**](mailto:ufficiogare@pec.soresa.it) indicando come oggetto “**Consultazione preliminare di mercato – Sistemi per terapia a pressione negativa**”.

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.

**Nota bene**: si precisa che l’Operatore Economico potrà allegare al presente questionario la documentazione tecnica ritenuta idonea a qualificare i prodotti commercializzati, quali schede tecniche, *brochure* o qualsiasi altro materiale informativo.

Nel caso l’Operatore Economico trasmetta, in allegato al presente questionario, documentazione coperta da segreti tecnici e commerciali, questa dovrà essere accompagnata da apposita dichiarazione con l’indicazione precisa di quali parti e\o informazioni fornite sono coperte da segretezza.

Si precisa, inoltre, che l’eventuale documentazione allegata al presente questionario dovrà essere trasmessa in un **unico archivio compresso in formato “.zip”** e, in ogni caso, la dimensione del **file non dovrà eccedere i 10 MB**.

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

***QUESTIONARIO – SISTEMI PER TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA***

DATI DELL’AZIENDA E DEL REFERENTE AZIENDALE

|  |  |
| --- | --- |
| Anagrafica Azienda | |
| Denominazione | Fare clic qui per immettere testo. |
| C.F. | Fare clic qui per immettere testo. |
| P. IVA | Fare clic qui per immettere testo. |
| Sede Legale | Fare clic qui per immettere testo. |
| Sede Operativa | Fare clic qui per immettere testo. |
| Telefono | Fare clic qui per immettere testo. |
| e-mail | Fare clic qui per immettere testo. |
| PEC | Fare clic qui per immettere testo. |

|  |  |
| --- | --- |
| Referente aziendale  (per la presente consultazione) | |
| Nome | Fare clic qui per immettere testo. |
| Cognome | Fare clic qui per immettere testo. |
| Posizione ricoperta in azienda | Fare clic qui per immettere testo. |
| Recapito telefonico | Fare clic qui per immettere testo. |
| e-mail | Fare clic qui per immettere testo. |

DOMANDE

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

Fare clic qui per immettere testo.

1. Fornire una breve descrizione dei prodotti commercializzati, in merito all’oggetto del presente questionario.

Fare clic qui per immettere testo.

1. 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.

Fare clic qui per immettere testo.

1. Indicare la modalità di aggiudicazione (es. Convenzione, Accordo Quadro, procedura aperta, etc…) e la modalità di acquisizione (es. a noleggio, a giornata, a trattamento, in comodato, etc…) che si ritengono maggiormente idonee a tale fornitura, motivando le proprie tesi.

Fare clic qui per immettere testo.

1. Quali sono, a Vostro avviso, le norme tecniche fondamentali applicabili ai sistemi oggetto del presente questionario, siano esse derivanti dalla legislazione vigente che da standard di mercato o *de facto*?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Qual è il Vostro fatturato medio annuo complessivo relativo alla merceologia “sistemi per terapia a pressione negativa”?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Quali sono, secondo la Vostra esperienza, le principali caratteristiche tecniche che devono possedere i sistemi per terapia a pressione negativa affinché si possa identificare un prodotto di adeguata qualità?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Quali ritenete possano essere, a Vostro giudizio, le caratteristiche tecniche che l’Amministrazione dovrebbe valutare ai fini dell’attribuzione di un punteggio migliorativo?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Ritenete possa essere elemento qualificante la presentazione di studi relativi ai sistemi offerti in gara? In caso affermativo, quale arco temporale andrebbe considerato? Quale tipologia di studi l’Amministrazione dovrebbe valutare come parametro a punteggio (revisioni sistematiche, studi randomizzati, *case studies*…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Quali sono i servizi minimi, che sarebbe opportuno associare all’acquisto di sistemi per terapia a pressione negativa, per soddisfare le esigenze della Pubblica Amministrazione?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Che tipo di assistenza e\o formazione siete in grado di offrire alle Aziende Sanitarie per il corretto utilizzo dei sistemi offerti?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quale tipologia di ferita può essere trattata (es. acuta, cronica, a rischio deiscenza, in prevenzione, addome aperto, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quale tipologia di trattamento può essere adoperata (es. con\senza instillazione, con\senza canister, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Nel caso in cui i prodotti da Voi commercializzati prevedano la pratica dell’instillazione dei fluidi, quali tecnologie possono essere impiegate (automatica/semi automatica, con/senza pompa peristaltica, etc...)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quale tipologia di “kit” di medicazione può essere utilizzata (es. garza, schiuma, monouso, pellicole adesive, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quali sono le principali misure di medicazione che possono essere utilizzate (es. small, medium, large, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quale è la frequenza media (per ciascun tipo di ferita) per un cambio medicazione (es. ogni 48 ore, ogni 72 ore, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. In riferimento ai prodotti da Voi commercializzati, quali tipologie di “unità motore” sono adoperate (es. fissa, portatile, indossabile, etc…)?

Fare clic qui per immettere testo.

1. I Vostri prodotti sono idonei all’utilizzo anche in ambito non ospedaliero? In caso affermativo, specificare quali tipologie e le modalità con cui vengono somministrati ai pazienti.

Fare clic qui per immettere testo.

1. Nel ventaglio dei Vostri prodotti, sono compresi anche *device* e\o tecnologie idonee per la fotobiomodulazione e\o terapia fotodinamica?

Fare clic qui per immettere testo.

1. Avete degli elementi/informazioni che ritenete possano essere utili per lo sviluppo dell’iniziativa?

Fare clic qui per immettere testo.

**Firma Fornitore**