GARA PER LA FORNITURA DI SOLUZIONI DI AUTOMAZIONE DEL MAGAZZINO FARMACEUTICO OSPEDALIERO E DEI PROCESSI DI GESTIONE DEL FARMACO E/O DISPOSITIVI MEDICI (DISTRIBUZIONE, MOVIMENTAZIONE E SOMMINISTRAZIONE) PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE DEL MERCATO

QUESTIONARIO GENERALE

***Da inviare a mezzo mail all’indirizzo:***

dsbsconsip@postacert.consip.it

Roma, 10/04/2024

**Premessa**

Nell'ambito del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti della Pubblica Amministrazione Consip S.p.A., per conto del Ministero dell’Economia e delle Finanze, ha il compito di stipulare Accordi Quadro/Convenzioni ai sensi dell’art. 26 Legge n. 488/99 e s.m.i., dell’art. 58 Legge n. 388/2000, del D.M. 24 febbraio 2000 e del D.M. 2 maggio 2001 al duplice fine di supportare gli obiettivi di finanza pubblica favorendo l'utilizzo di strumenti informatici nella P.A. e promuovere la semplificazione, l'innovazione e il cambiamento.

Il presente documento di consultazione del mercato, in coerenza con quanto indicato nelle Linee Guida n. 14 dell’ANAC recanti “Indicazioni sulle consultazioni preliminari di mercato” e tenuto conto delle modifiche intervenute nella legge 120/2020 “Decreto Semplificazioni”, ha l’obiettivo di:

* garantire la massima pubblicità alle iniziative per assicurare la più ampia diffusione delle informazioni ed un celere svolgimento delle procedure di acquisto;
* ottenere la più proficua partecipazione da parte dei soggetti interessati;
* pubblicizzare al meglio le caratteristiche qualitative e tecniche dei beni e servizi oggetto di analisi;
* ricevere, da parte dei soggetti interessati, osservazioni e suggerimenti per una più compiuta conoscenza del mercato;
* individuare le migliori soluzioni di mercato, con alto contenuto innovativo e forte impatto in termini di efficacia ed efficienza della soluzione proposta, di vantaggio o riduzione di impatti ambientali o sociali rivolti ai propri dipendenti, ai clienti o alla collettività.

In merito all’iniziativa per la **“Fornitura di soluzioni di automazione del magazzino farmaceutico ospedaliero e dei processi di gestione del farmaco e/o dispositivi medici (distribuzione, movimentazione e somministrazione) per le Pubbliche Amministrazioni**” Vi preghiamo di fornire il Vostro contributo a titolo gratuito - previa presa visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali sotto riportata - compilando il presente questionario e inviandolo entro **20 giorni solari** **dalla data odierna** all’indirizzo PEC [dsbsconsip@postacert.consip.it](mailto:dsbsconsip@postacert.consip.it).

Tutte le informazioni da Voi fornite con il presente documento saranno utilizzate ai soli fini dello sviluppo dell’iniziativa in oggetto e non dovranno anticipare specifiche quotazioni afferenti al prodotto/servizio/opera oggetto della presente consultazione salva diversa indicazione presente di seguito nel questionario.

Vi preghiamo di indicare se i Vostri contributi contengano informazioni e/o dati protetti da diritti di privativa o comunque rilevatori di segreti aziendali, commerciali o industriali, nonché ogni altra informazione riservata utile a ricostruire la Vostra posizione nel mercato e/o la Vostra competenza nel campo di attività di cui alla consultazione.

Vi chiediamo altresì di precisare, in vista dell’eventuale accesso da parte di altri operatori economici agli esiti della presente consultazione, se la divulgazione di quanto contenuto nei Vostri contributi dovrà avvenire in forma anonima.

Consip S.p.A. si riserva altresì la facoltà di interrompere, modificare, prorogare o sospendere la presente procedura provvedendo, su richiesta dei soggetti intervenuti, alla restituzione della documentazione eventualmente depositata senza che ciò possa costituire, in alcun modo, diritto o pretesa a qualsivoglia risarcimento o indennizzo.

**Dati azienda**

|  |  |
| --- | --- |
| **Azienda** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Nome e cognome del referente** |  |
| **Ruolo in azienda** |  |
| **Telefono** |  |
| **Indirizzo e-mail** |  |
| **Data compilazione del questionario** |  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (nel seguito anche *“Regolamento UE”*), Vi informiamo che la raccolta ed il trattamento dei dati personali (d’ora in poi anche solo “Dati”) da Voi forniti sono effettuati al fine di consentire la Vostra partecipazione all’ attività di consultazione del mercato sopradetta, nell’ambito della quale, a titolo esemplificativo, rientrano la definizione della strategia di acquisto della merceologia, le ricerche di mercato nello specifico settore merceologico, le analisi economiche e statistiche.

Il trattamento dei Dati per le anzidette finalità, improntato alla massima riservatezza e sicurezza nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente in materia di protezione dei dati personali, avrà luogo con modalità sia informatiche, sia cartacee.

Il conferimento di Dati alla Consip S.p.A. è facoltativo; l'eventuale rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di acquisire da parte nostra, le informazioni per una più compiuta conoscenza del mercato relativamente alla Vostra azienda.

I Dati saranno conservati in archivi informatici e cartacei per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati, conformemente a quanto previsto dagli obblighi di legge.

All’interessato vengono riconosciuti i diritti di cui agli artt. da 15 a 23 del Regolamento UE. In particolare, l’interessato ha il diritto di: i) revocare, in qualsiasi momento, il consenso; ii) ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, nonché l’accesso ai propri dati personali per conoscere la finalità del trattamento, la categoria di dati trattati, i destinatari o le categorie di destinatari cui i dati sono o saranno comunicati, il periodo di conservazione degli stessi o i criteri utilizzati per determinare tale periodo; *iii)* il diritto di chiedere, e nel caso ottenere, la rettifica e, ove possibile, la cancellazione o, ancora, la limitazione del trattamento e, infine, può opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento; *iv)* il diritto alla portabilità dei dati che sarà applicabile nei limiti di cui all’art. 20 del regolamento UE.

Se in caso di esercizio del diritto di accesso e dei diritti connessi previsti dagli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE, la risposta all'istanza non perviene nei tempi indicati e/o non è soddisfacente, l'interessato potrà far valere i propri diritti innanzi all'autorità giudiziaria o rivolgendosi al Garante per la protezione dei dati personali mediante apposito ricorso, reclamo o segnalazione.

L’invio a Consip S.p.A. del Documento di Consultazione del mercato implica il consenso al trattamento dei Dati personali forniti.

Titolare del trattamento dei dati è Consip S.p.A., con sede in Roma, Via Isonzo 19 D/E. Le richieste per l’esercizio dei diritti riconosciuti di cui agli artt. da 15 a 23 del regolamento UE, potranno essere avanzate al Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica [esercizio.diritti.privacy@consip.it](mailto:esercizio.diritti.privacy@consip.it).

**Breve descrizione dell’iniziativa**

L’iniziativa riguarda la fornitura di soluzioni volte all’automazione del magazzino farmaceutico ospedaliero e dei processi di distribuzione, movimentazione e somministrazione del farmaco e/o dei dispositivi medici in ambito ospedaliero, al fine di garantire la tracciabilità dei prodotti, l’efficiente gestione delle scorte, la riduzione degli sprechi e l’ottimizzazione dei processi di preparazione e somministrazione delle terapie.

In tale ambito rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, soluzioni quali:

* armadi robotizzati per lo stoccaggio e la gestione dei farmaci e/o dispositivi medici;
* sistemi automatizzati per la movimentazione dei farmaci e/o dispositivi medici all’interno dell’ospedale;
* carrelli automatizzati per la somministrazione dei farmaci;
* sistemi di tracciamento (tag, smart device, RFID, NFC);
* sistemi robotizzati per la manipolazione, la preparazione ed il confezionamento automatizzati dei farmaci.

**Sono esclusi dalla presente iniziativa i servizi di trasporto e distribuzione dei prodotti medicinali e i software di gestione del magazzino.**

**Domande – Questionario generale**

1. Fornire una breve descrizione della Vostra azienda specificando i principali **settori di mercato** in cui è specializzata, specificando se trattasi di PMI, di azienda produttrice o di rivenditore/distributore.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare il fatturato globale dell’azienda in Italia e quello specifico per le soluzioni legate all’automazione della gestione del farmaco e/o dei dispositivi medici in ambito ospedaliero, esplicitando la quota parte relativa al settore pubblico, nel triennio precedente all’anno corrente.

| **Italia globale** | **2021** | **2022** | **2023** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fatturato globale dell’azienda** |  |  |  |
| **Fatturato specifico automazione dei processi di gestione del farmaco e/o dei dispositivi medici (Pubblico + Privato)** |  |  |  |
| **Fatturato specifico automazione dei processi di gestione del farmaco e/o dei dispositivi medici (Pubblico)** |  |  |  |

1. Indicare se il Vostro mercato attuale insiste sull’intero territorio nazionale oppure è limitato ad alcune aree geografiche. In quest’ultimo caso, indicare le Regioni nelle quali la Vostra azienda è presente.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare quali dei seguenti prodotti sono commercializzati dalla Vostra azienda e potrebbero, a Vostro avviso, essere inclusi in una gara nazionale.

| **Tipologia di prodotto** | **Commercializzato (SI/NO)** | **Prevedere in gara (SI/NO)** |
| --- | --- | --- |
| Armadi robotizzati per lo stoccaggio e la gestione dei farmaci |  |  |
| Armadi robotizzati per lo stoccaggio e la gestione dei dispositivi medici |  |  |
| Sistemi automatizzati per la movimentazione dei farmaci all’interno dell’ospedale |  |  |
| Sistemi automatizzati per la movimentazione dei dispositivi medici all’interno dell’ospedale |  |  |
| Carrelli automatizzati per la somministrazione dei farmaci |  |  |
| Sistemi di tracciamento (tag, smart device, RFID, NFC..) |  |  |
| Sistemi robotizzati per la manipolazione, la preparazione ed il confezionamento automatizzati dei farmaci |  |  |

1. Per ciascuna delle tipologie di prodotto da voi commercializzate, si prega di fornire una sintetica descrizione delle principali funzionalità che le caratterizzano.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare se le soluzioni da Voi commercializzate sono compatibili con i software di gestione del magazzino maggiormente utilizzati dagli enti del SSN.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare eventuali ulteriori soluzioni di automazione a supporto della gestione del farmaco e/o dei dispositivi medici che la Vostra Azienda è in grado di offrire, anche, qualora disponibili, con riferimento a tecnologie basate sull’applicazione dell’intelligenza artificiale e del *machine learning*:

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare eventuali soluzioni di automazione innovative che l’Azienda è in grado di offrire nell’ambito della distribuzione diretta dei farmaci e della somministrazione di farmaci in ambito domiciliare (es. tecnologie digitali a supporto dell’aderenza terapeutica).

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare eventuali servizi accessori inerenti le forniture oggetto della presente consultazione che l’Azienda è in grado di svolgere, in proprio o attraverso propri fornitori.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare i **bandi di gara più rilevanti pubblicati dalle Pubbliche Amministrazioni** negli ultimi anni, aventi a oggetto le forniture di cui alla presente consultazione, specificando l’anno di pubblicazione, la stazione appaltante e i riferimenti della gara (es. codice identificativo, titolo, etc.)

| **Anno** | **Stazione appaltante** | **Riferimenti** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Eventuali Note:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare i contratti di maggiore rilevanza stipulati con specifico riferimento alle attività oggetto della presente consultazione nei tre anni precedenti la pubblicazione del presente documento:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oggetto del Contratto** | **Anno** | **Forma di Partecipazione (singola, RTI,...)** | **Settore pubblico/privato** | **Denominazione cliente** | **Durata contratto** | **Valore Contratto** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Eventuali Note:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare, secondo la Vostra conoscenza, il valore del mercato complessivo e della spesa pubblica associati alle soluzioni oggetto della presente gara. Indicare eventuali ulteriori informazioni su trend di mercato e previsioni di crescita.

**Risposta:**

| **Tipologia di prodotto** | **Valore di spesa complessiva 2023**  **(pubblico + privato)** | **Valore della spesa pubblica 2023** |
| --- | --- | --- |
| Armadi robotizzati per lo stoccaggio e la gestione dei farmaci |  |  |
| Armadi robotizzati per lo stoccaggio e la gestione dei dispositivi medici |  |  |
| Sistemi automatizzati per la movimentazione dei farmaci all’interno dell’ospedale |  |  |
| Sistemi automatizzati per la movimentazione dei dispositivi medici all’interno dell’ospedale |  |  |
| Carrelli automatizzati per la somministrazione dei farmaci |  |  |
| Sistemi di tracciamento (tag, smart device, RFID, NFC..) |  |  |
| Sistemi robotizzati per la manipolazione, la preparazione ed il confezionamento automatizzati dei farmaci |  |  |

**Note:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare, secondo la Vostra conoscenza del mercato di riferimento della presente fornitura, i principali player di mercato.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare ulteriori elementi/informazioni che ritenete possano essere utili per lo sviluppo dell’iniziativa.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare se la Vostra azienda sarebbe interessata a partecipare alla gara in oggetto. Se no, illustrare le motivazioni principali e/o gli elementi che potrebbero indurvi a partecipare.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Firma operatore economico** |
| [Nome e Cognome] |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |