

REGOLAMENTO PER L'ACQUISIZIONE DI BENI/SERVIZI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVI

INDICE

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 704 DEL 03 OTT 2019

COMPOSTO DA N. PAGINE

ART. 1 Oggetto

ART. 2 Normativa di riferimento

ART. 3 Definizioni

ART. 4 Criteri di individuazione dei prodotti infungibili

ART. 5 Programmazione e stima del fabbisogno

ART. 6 Richiesta di acquisto - dichiarazione di infungibilità

ART. 7 Disposizione di acquisto

ART. 8 Accertamento delle condizioni di infungibilità

ART. 9 Procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando

ART. 10- beni/servizi infungibili inclusi in classi merceologiche presenti in convenzioni
Consp/Arca

ART. 11 Esclusioni

ART. 12 Rendicontazione periodica sugli acquisti di beni e servizi infungibili

ART. 13 Documentazione

ART. 14 Entrata in vigore

ALLEGATI

Art. 1 -Oggetto

Il presente regolamento disciplina a livello aziendale l'acquisizione a qualsiasi titolo di beni e servizi dichiarati infungibili e/o esclusivi.

Art. 2 -Normativa di riferimento

Il presente Regolamento è adottato in conformità alla seguente normativa:

- D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., in particolare all'art. 63
- Linee Guida Anac n.8 del 13/09/2017
- DGR n.XI/491 del 2.8.2018 richiamate dalla DGR n.XI/1046 del 17/12/2018 in particolare sub allegato C inerenti le modalità di gestione delle procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai sensi dell'art 63 del DLgs 50/2016 e ssmmii

Art. 3 -Definizioni

Si intendono "infungibili" prodotti non equivalenti ad altri, né per utilità né per valore e, quindi, non interscambiabili con altri. L'infungibilità in campo sanitario attiene alla mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica; attiene cioè ad aspetti funzionali o di risultato. In tal senso l'infungibilità delle risorse tecnologiche è senz'altro un'eccezione, anche se nel campo dell'assistenza sanitaria, essa si collega alla crescente personalizzazione delle cure, quale imprescindibile condizione di efficacia e qualità delle stesse. L'infungibilità risulta quindi essere una qualità legata, più che alle caratteristiche di un particolare bene, alle prestazioni effettuabili tramite tale bene, valutate e attualizzate nel particolare contesto clinico, tecnico ed organizzativo della stazione appaltante.

Si intendono "esclusivi" prodotti diversi, protetti da brevetti o privative industriali, ma fungibili con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati. L'esclusività attiene ad aspetti giuridici e commerciali.

Tra prodotti beni durevoli e servizi (singolarmente esclusivi) ma aventi specifiche tecniche che contemplano prestazioni equivalenti, si deve sempre procedere al confronto concorrenziale basato, se necessario, oltre che sul prezzo, sulla valutazione di elementi qualitativi, mediante procedure stabilite dal Codice degli appalti.

I prodotti, beni durevoli e servizi, che per specifiche caratteristiche tecniche non presenti in prodotti, beni durevoli o servizi analoghi non risultano interscambiabili con altri prodotti, beni durevoli o servizi, possono definirsi di produzione "unica e esclusiva". In tal caso ricorrendo anche ulteriore condizione dell'infungibilità, è ammissibile l'acquisto da un operatore economico determinato.

Le caratteristiche che rendono un prodotto di consumo o un bene durevole infungibile in un determinato contesto clinico, tecnico ed organizzativo, devono essere comprovate in modo esauriente secondo le modalità di cui ai successivi articoli del presente regolamento.

Art. 4 -Criteri di individuazione dei prodotti infungibili

Deriva dalla specificazione di cui all'articolo precedente che la definizione di infungibilità di un prodotto di consumo o di un bene durevole deve consistere:

1) per quanto attiene ai FARMACI nel fatto documentato che nel contesto della farmacopea ufficiale e/o dei processi registrativi effettuati presso l'EMA non risultano essere disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

2) per quanto attiene ai DISPOSITIVI MEDICI nel fatto che nel Repertorio Nazionale/Banca Dati Nazionale non sono disponibili prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

3) per quanto attiene all'ALTRO MATERIALE SANITARIO di uso corrente, nel fatto che i prodotti con caratteristiche tecniche differenti, ma di equivalenti requisiti funzionali, comportino incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate per il loro impiego, anche tenuto conto della variabilità individuale dei pazienti;

4) per quanto attiene ai BENI DUREVOLI (es. apparecchiature sanitarie, relativi componenti e accessori - CND Z -, strumentazioni IVD – CND W-, hardware, attrezzature tecnico-economiche, arredi sanitari e d'ufficio ecc. a qualsiasi titolo acquisite) la definizione di infungibilità deve consistere

- in ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura diagnostica-terapeutica e di risultato;
- in ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature di natura simile comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici in misura sproporzionata.

5) Per quanto attiene invece al materiale di consumo (collegato all'utilizzo di beni durevoli di cui al precedente punto 4), dovrà essere verificata l'impossibilità di ricorso all'utilizzo di materiali pienamente compatibili (così come definito nelle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione, o comunque la sussistenza di rischi, nell'ipotesi di utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, in termini di:

- a) sicurezza degli operatori e degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- c) aggravamento degli oneri economici discendenti dai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria;

6) per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE E TECNICHE nel fatto che l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature o ad altri soggetti da esso autorizzati o a soggetti senza la disponibilità degli strumenti necessari per la manutenzione (manuali di manutenzione, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ...), possa rappresentare un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti, ovvero non garantisca o non garantisca in modo sufficiente la qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico o che, infine, non garantendo la piena funzionalità dell'apparecchiatura, possa comportare costi connessi all'anticipata sostituzione della stessa;

7) per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA AI SOFTWARE nel fatto che l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software o ad altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso, possa rappresentare un rischio per la funzionalità della procedura, ovvero non garantisca l'adeguamento o l'implementazione della stessa in relazione a subentranti necessità normative o

organizzative , o che, risultando in tutto o in parte incompatibile con le dotazioni di hardware, possa comportare costi di investimento aggiuntivi. Qualora il software si configuri come Dispositivo Medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, sarà necessario valutare anche eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico;

8) per quanto attiene l'ACQUISIZIONE DI SOFTWARE, nel fatto che i costi, economici ed organizzativi, connessi alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione, risultino sproporzionati (es. costi iniziali elevati non recuperabili, lunghi, costosi, rischiosi periodi di addestramento, esternalità di rete). Qualora il software si configuri come Dispositivo Medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, sarà necessario valutare, oltre alla piena compatibilità del software con le apparecchiature che intervengono nel percorso diagnostico terapeutico, anche eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico

Per costi "sproporzionati" si intendono i costi economici ed organizzativi aggiuntivi a quelli direttamente sostenuti dall'Azienda quali, a titolo indicativo: formazione del personale, servizi di manutenzione ed assistenza tecnica, investimenti indotti in termini di sostituzione di attrezzature ancora funzionanti, necessità di interfacciamenti con altre procedure aziendali, rapporto con altre Aziende Sanitarie e con la Regione in funzione della complementarità di procedure e gestione dei flussi informativi, necessità di definire rilevanti modifiche alla procedura e organizzazione dei servizi interessati.

Le motivazioni attestate " *devono reggersi sull'assoluta e inderogabile necessità (non su ragioni di mera opportunità e/o convenienza) di rivolgersi ad un operatore determinato*" (AVCP –ANAC 16.7.200, n. 28)

9) per quanto attiene la **FORNITURA E SERVIZI DI PROTESICA MAGGIORE E MINORI PER PAZIENTI TERRITORIALI** nell'impossibilità di ricorso all'utilizzo di protesi pienamente compatibili con quelle in dotazione, o comunque valutazione in merito alla sussistenza di rischi, nell'ipotesi di utilizzo di altre protesi presenti sul mercato, in termini di:

- a) sicurezza degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- c) aggravamento degli oneri economici discendenti dai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Art. 5 -Programmazione e stima del fabbisogno

Al fine della corretta gestione degli affidamenti e soprattutto al fine di prevenire l'insorgere di situazioni in cui le decisioni di acquisto vincolino le decisioni future (cd lock-in), è indispensabile compiere un'attenta programmazione e progettazione dei fabbisogni (resa peraltro obbligatoria anche per la fornitura di beni e servizi dall'art.21 del D.lgs 50/2016 e smi). Il progetto di acquisto non dovrà pertanto limitarsi alla valutazione di immediata utilizzabilità del bene/servizio ma, specie per i contratti di durata prolungata, deve considerare i conseguenti impegni futuri e mettere in campo tutti gli accorgimenti per evitare situazioni di lock-in (frequenti soprattutto in campo sanitario ed informatico). In particolare, in caso di acquisizione di beni durevoli, dovranno essere trattate le condizioni relative all'acquisizione di eventuali materiali di consumo e/o accessori dedicati, interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, disponibilità pezzi di ricambio, addestramento del personale, costi di installazione e smaltimento dell'usato; tali necessità (che si riconducono al concetto del ciclo di vita del prodotto) devono essere pertanto segnalate, richieste e illustrate ed economicamente considerate nei modelli allegati al presente regolamento.

Art. 6 – Richiesta di acquisto - dichiarazione di infungibilità

La dichiarazione di infungibilità è redatta utilizzando i modelli A, B, C, D, E, allegati al presente regolamento:

- MODELLO A: “Richiesta acquisizione farmaco infungibile”; -
- MODELLO B: “Richiesta acquisizione di dispositivi medici infungibili, nonché di apparecchiature sanitarie e IVD”; -
- MODELLO C: “Richiesta acquisizione materiale sanitario infungibile (non dispositivi medici)”;
- MODELLO D1: “Richiesta acquisizione beni durevoli infungibili: hardware e software”;
- MODELLO D2: “Richiesta acquisizione beni durevoli infungibili: apparecchiature tecnico economali ed arredi”;
- MODELLO E1: “Richiesta acquisizione servizi di manutenzione delle attrezzature hardware e software”;
- MODELLO E2: “Richiesta acquisizione servizi di manutenzione delle attrezzature sanitarie e tecniche”.

La dichiarazione di infungibilità deve essere sottoscritta dal Direttore della Struttura Complessa richiedente, validato dal Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura complessa richiedente e comunque da tutti i soggetti indicati nei relativi modelli.

Art. 7 – Disposizione di acquisto

Le richieste di acquisizione, in funzione della tipologia del bene/servizio, dovranno essere indirizzate al:

- **Direttore di Farmacia** per Farmaci, Dispositivi Medici e Altro Materiale Sanitario di competenza;
- **Direttore dell’UOC Ingegneria Clinica** per acquisizione di apparecchiature elettromedicali e per i servizi di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
- **Direttore dell’ UOC Sistemi Informativi Aziendali** per acquisizione hardware e software, per i servizi di manutenzione e assistenza hardware e software;
- **Direttore dell’UOC Ufficio Tecnico** per i servizi relativi agli immobili e per i servizi di manutenzione delle attrezzature tecniche;
- **Direttore dell’UOC Approvvigionamento** per le attrezzature tecnico-economali, per arredi sanitari e d'ufficio, dispositivi medici e materiale sanitario di propria competenza, per forniture e servizi di protesica maggiore e minore per i pazienti territoriali.

I suddetti Direttori esaminano la richiesta per verificare che contenga informazioni complete e corrette per l'avvio dell'indagine di mercato finalizzata alla verifica dell'infungibilità del bene richiesto. Se necessario, tale verifica dovrà essere svolta in collaborazione con il Direttore della struttura richiedente.

A conclusione della suddetta attività di verifica, i citati Responsabili trasmettono la richiesta, con un'attestazione di visto ed eventuale segnalazione di urgenza, all'UO deputata all'Acquisto per gli adempimenti di cui al successivo art. 8.

Art. 8 -Accertamento delle condizioni di infungibilità

8.1 Indagine preventiva

Prima di attivare la procedura di cui all'art. 63 del D.Lgs 50/2016, l’U.O. deputata all’acquisto è tenuta ad avviare, fatte salve situazioni d'urgenza, una indagine preventiva per verificare l'effettiva

esistenza sul mercato di un unico operatore in grado di svolgere la prestazione richiesta, a conferma di quanto risulta a conoscenza dell'Azienda.

Tale indagine si esplica:

1. **mediante confronto con acquisti effettuati da altre aziende sanitarie** a soddisfazione delle medesime esigenze clinico terapeutiche, in particolare con riferimento alle modalità procedurali e i risultati economici (anche utilizzando, con riferimento ai prezzi di acquisto, banche dati nazionali e regionali)
2. **mediante la pubblicazione di avvisi esplorativi di mercato** volti a verificare l'esistenza sul mercato di proposte e/o soluzioni alternative a quella conosciute.

L'avviso dovrà contenere almeno i seguenti elementi:

- adeguata descrizione delle particolari caratteristiche tecniche-prestazionali/di risultato individuate come indispensabili dall'Azienda, sollecitando la presentazione di soluzioni che giungano al medesimo risultato prestazionale anche con metodologie diverse ma equivalenti
- fabbisogno presunto e costi attesi
- volontà di procedere mediante procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando qualora l'indagine preventiva non offra soluzioni alternative (avviso volontario di trasparenza preventiva)
- riferimenti per la richiesta di eventuali informazioni

L'avviso sarà pubblicato:

- per forniture/servizi di importo presunto inferiore a € 40.000,00, sul sito aziendale, l'avvio della procedura potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi senza segnalazione alcuna 7 gg di calendario di pubblicazione;
- per forniture/servizi di importo uguale o superiore ad Euro 40.000 fino alla soglia comunitaria, sul sito aziendale e sulla piattaforma telematica Sintel; l'avvio della procedura negoziata potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi senza segnalazione almeno 15 gg di calendario dalla pubblicazione, salvo diverso termine temporale previsto nel bando stesso.
- per forniture/servizi di importo uguale o superiore alla soglia comunitaria, sul sito aziendale, e sulla piattaforma telematica Sintel e sulla GUCE; l'avvio della procedura negoziata potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi senza segnalazione almeno 15 gg di calendario dalla pubblicazione, salvo diverso termine temporale previsto nel bando stesso.

8.2 Analisi dei risultati dell'indagine di mercato e autorizzazione a procedere

8.2.1. per forniture/servizi di importo inferiore a € 40.000

Qualora in esito all'indagine di mercato sussistano comunque dubbi in ordine alla infungibilità del bene/servizio il Responsabile dell'UO deputata all'acquisto potrà sottoporre la questione alla Commissione competente (es. Commissione Aziendale HTA) per acquisire un parere collegiale e, laddove necessari, al professionista esperto (ingegnere clinico, farmacista, ecc.), sempre che quest'ultimo non sia già componente della commissione di riferimento, fatte salve situazioni d'urgenza.

8.2.2. per forniture/servizi di importo uguale o superiore ad Euro 40.000.

Nel caso si verta nell'ambito della acquisizione di dispositivi medici, i risultati dell'indagine, sia quando abbiano dato atto esito ad una molteplice risposta del mercato, sia quando abbiano condotto alla indisponibilità di quest'ultimo a fornire prodotti/servizi alternativi, dovranno essere sottoposti all'esame della Commissione aziendale per i Dispositivi Medici, la quale darà atto a verbale dell'esito delle verifiche e, ricorrendone le condizioni, procederà a rilasciare, per la sua competenza, parere positivo / parere negativo in ordine alla sussistenza della condizione di infungibilità del bene/servizio richiesto.

In particolare, nel caso della presentazione di più candidature alternative da parte di uno o più operatori economici, la relativa documentazione dovrà essere trasmessa alla Commissione Dispositivi Medici affinché la stessa relazioni in merito alla possibilità di avviare una procedura comparativa ai sensi del Codice, ovvero alla permanenza delle condizioni che legittimano l'avvio della procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando di cui all'articolo 63 del D.Lgs. 50/2016.

La Commissione potrà realizzare, soprattutto in caso di dubbio in ordine alla infungibilità del bene /del servizio, un confronto con figure professionali esperte interne all'Azienda (sempre che queste ultime non siano già componenti della Commissione di riferimento) e con il soggetto utilizzatore che ha inoltrato la richiesta.

In relazione alla tipologia di beni / servizi per le quali non è competente la Commissione Dispositivi Medici (ad esempio prodotti ITC o attrezzature economiche), l'esame delle candidature è affidato ad organismo creato all'uopo dall'Azienda o figure professionali interne e competenti.

Per forniture di prodotti/servizi d'importo superiore alla soglia comunitaria, esperito il confronto di cui sopra, potrà essere valutata anche l'opportunità di conseguire una seconda opinione specialistica (non vincolante) mediante interpello di professionisti/organismi terzi competenti nella materia (ad esempio Commissione Regionale HTA).

E' comunque salva la facoltà della Direzione Strategica aziendale di intervenire in merito a richieste di acquisizione a qualunque titolo di beni durevoli nonché di prodotti, soprattutto se innovativi, di consistente impatto economico, al fine di consentire l'analisi di congruenza rispetto agli obiettivi gestionali ed operativi.

Art. 9 – Procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando

L'avvio della procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando, in caso di importo superiore ai 40.000 €, deve essere preceduta dalla adozione e pubblicazione del provvedimento a contrarre da cui risultino le motivazioni di carattere tecnico che rendono il bene/servizio unico idoneo a soddisfare il bisogno specifico che l'amministrazione intende perseguire e unico sul mercato. Nella provvedimento a contrarre deve essere altresì esposto l'esito dell'indagine preventiva di mercato effettuata secondo le specifiche previste dal presente regolamento, il valore stimato dell'affidamento e la durata dello stesso.

Si procederà quindi all'avvio della procedura semplificata invitando un unico concorrente nel rispetto di tutte le prescrizioni operative previste dalla normativa in vigore.

L'U.O. deputata all'acquisto dovrà comunque sempre richiedere al fornitore attestazione comprovante che il prodotto è coperto da esclusività commerciale e che presenta gli elementi tecnici che hanno portato a dichiararne l'infungibilità.

La procedura si conclude con il provvedimento di aggiudicazione e conseguente stipula contrattuale secondo le modalità in uso.

Art. 10- Beni/servizi infungibili inclusi in classi merceologiche presenti in Convenzioni Consip/ARCA

Può verificarsi il caso in cui il bene/servizio infungibile per il quale viene inoltrata richiesta da parte dell'utilizzatore appartenga alla medesima categoria merceologica per la quale risulta attiva una convenzione stipulata da Consip Spa ovvero dalla Centrale di committenza regionale.

In tale ipotesi qualora l'UO deputata all'acquisto coadiuvata dalla UO richiedente, in virtù delle verifiche effettuate, prende atto che rispetto al bene infungibile indicato, non esistano nel novero dei prodotti/servizi aggiudicati da ARCA e/o da CONSIP per la categoria merceologica di cui si tratta, alternative praticabili in concreto, e decida dunque di procedere all'acquisto ad esito di procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando, si dovrà procedere

- Al rilascio da parte dell'organo al vertice di apposita autorizzazione all'acquisto, assunto dall'organo di vertice, adeguatamente ed esaurientemente motivato mediante l'esposizione delle ragioni di inidoneità dei beni/dei servizi presenti nelle convenzioni ARCA/CONSIP a soddisfare la specifica esigenza espressa dall'UO richiedente;
- Alla trasmissione alla Corte dei Conti. Dell'autorizzazione di cui sopra, unitamente alla relazione di infungibilità redatta dall'utilizzatore del prodotto/servizio

Art. 11 – Esclusioni

Le disposizioni di cui all'art.7 e 8 non si applicano nei seguenti casi:

- in caso di affidamento di forniture/servizi d'importo inferiore ad € 10.000,00 IVA esclusa. In ogni caso la ripetizione dell'acquisto di un prodotto/servizio identico o comunque riconducibile al medesimo produttore/erogatore del servizio, sul presupposto della sua infungibilità, dovrà portare il Responsabile dell'UO deputata all'acquisto ad adottare le opportune cautele per verificare la predetta caratteristica (indagini di mercato, confronto con altre aziende del Sistema Regionale, consultazione della reportistica ministeriale in NSIS, Data Warehouse regionale, ecc.);
- all'acquisizione di prodotti/servizi soggetti a prescrizione da parte di specialista, destinati alla continuità terapeutica/assistenziale di assistiti, stante l'impossibilità di valutare un'eventuale equivalenza clinico-terapeutica viste le particolari esigenze del paziente;
- in caso di progetti di ricerca/sperimentazioni che prevedano l'acquisto di beni/servizi appositamente dedicati a tale attività;
- in caso di farmaci innovativi individuati da apposita Delibera Regionale che individua centri prescrittori e le strutture che dispensano il farmaco innovativo/infungibile.

Art. 12 – Rendicontazione periodica sugli acquisti di beni e servizi infungibili

A partire dalle procedure avviate nell'anno 2019 il Responsabile dell'UO deputata all'acquisto dovrà fornire alla Direzione Strategica con cadenza semestrale una rendicontazione sintetica in ordine alle acquisizioni di beni /servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ai 40.000 Euro, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta.

Copia della rendicontazione dovrà essere trasmessa anche al Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione.

Art. 13 – Documentazione

Il presente Regolamento e la documentazione in allegato saranno pubblicati ad uso interno nella rete intranet aziendale www.asst-val.it

Art. 14 – Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore il primo giorno del mese successivo alla sua formale approvazione con atto deliberativo.

Allegati:

MODELLO A: “Richiesta acquisizione farmaco infungibile”;

MODELLO B: “Richiesta acquisizione di dispositivi medici infungibili, nonché di apparecchiature sanitarie e IVD”

MODELLO C: "Richiesta acquisizione materiale sanitario infungibile (non dispositivi medici)";
MODELLO D1: "Richiesta acquisizione beni durevoli infungibili: hardware e software"; –
MODELLO D2: "Richiesta acquisizione beni durevoli infungibili: apparecchiature tecnico
economali ed arredi"; –
MODELLO E1: "Richiesta acquisizione servizi di manutenzione delle attrezzature hardware e
software"; –
MODELLO E2: "Richiesta acquisizione servizi di manutenzione delle attrezzature sanitarie e
tecniche".



MODELLO A

Al Direttore dell'U.O.C. Farmacia

RICHIESTA ACQUISIZIONE FARMACO INFUNGIBILE/ESCLUSIVO

UO/Servizio richiedente:

Farmaco: - *Principio attivo:*

- *Nome commerciale:*

- *Forma farmaceutica:*

- *Dosaggio:*

- *Via di somministrazione:*

Fornitore:

Fabbisogni annuo presunto in UM:

Spesa presunta ANNUA Euro iva esclusa:

Durata proposta del contratto di fornitura:

Motivazione dell'infungibilità (scegliere l'opzione di interesse):

- indicazione terapeutica per specifica patologia
- indicazione terapeutica specifica per caso clinico
- altro (specificare)

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni cliniche sopra specificate, secondo la farmacopea ufficiale, non sono disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico o con effetto terapeutico comparabile (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare) e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 " *Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso*"

Data

firma leggibile e timbro

Il Direttore della UO/Struttura Complessa richiedente _____

Il Direttore del Dipartimento _____

Il Direttore UOC Farmacia _____

**Scheda per la richiesta di Dispositivo Medico (DM),
apparecchiatura medica, IVD
presunto infungibile**

Sezioni

1. Anagrafica richiedente.....	3
2. Paziente.....	3
3. Prestazioni.....	3
4. Intervento - Anagrafica prodotto	4
5. Intervento - Motivazione.....	5
6. Esiti attesi	6
7. Intervento – Elenco fonti	6
8. Intervento – Distribuzione delle fonti citate a supporto dei criteri	7
9. Impatti organizzativi.....	9
10. Riservato alla azienda ASST, IRCCS.....	10



MODELLO B

Al Direttore dell'U.O.C. Ingegneria Clinica
Al Direttore dell'U.O.C. Farmacia
Al Direttore dell'U.O.C. Approvvigionamenti

Legenda: * campo obbligatorio

0.1 Oggetto della richiesta*

Ad esempio: nome del DM e della patologia interessata

0.2 Area di patologia prevalente* (prime due cifre del codice ministeriale)

Note: le patologie di pertinenza OCL, ORL e neurologiche non neoplastiche sono riferite all'area H – Disabilità, disturbi neurologici e limitazioni funzionali. Nella area P – Miscellanea sono ricomprese le apparecchiature di impiego generale in tutte o molte aree di patologia es. ecografi etc.

0.3 Discipline interessate*

Selezionare tutte le discipline potenzialmente interessate

01 - Allergologia	30 - Neurochirurgia	57 - Fisiopatologia della riproduzione umana
02 - Day hospital	31 - Nido	58 - Gastroenterologia
03 - Anatomia ed istologia patologica	32 - Neurologia	60 - Lungodegenti
05 - Angiologia	33 - Neuropsichiatria infantile	61 - Medicina nucleare
06 - Cardiocirurgia pediatrica	34 - Oculistica	62 - Neonatologia
07 - Cardiocirurgia	35 - Odontoiatria e stomatologia	64 - Oncologia - Oncoematologia
08 - Cardiologia	36 - Ortopedia e traumatologia	65 pediatrica
09 - Chirurgia generale	37 - Ostetricia e ginecologia	66 - Oncoematologia
10 - Chirurgia maxillo facciale	38 - Otorinolaringoiatria	67 - Pensionanti
11 - Chirurgia pediatrica	39 - Pediatria	68 - Pneumologia
12 - Chirurgia plastica	40 - Psichiatria	69 - Radiologia
13 - Chirurgia toracica	41 - Medicina termale	70 - Radioterapia
14 - Chirurgia vascolare	42 - Tossicologia	71 - Reumatologia - Terapia intensiva
15 - Medicina sportiva	43 - Urologia	73 neonatale
18 - Ematologia	46 - Grandi ustioni pediatriche	74 - Radioterapia oncologica
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	47 - Grandi ustioni	75 - Neuro-riabilitazione - Neurochirurgia
20 - Immunologia	48 - Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	76 pediatrica
	49 - Terapia intensiva	77 - Nefrologia pediatrica

21 - Geriatria	50 - Unità coronarica	78 - Urologia pediatrica
24 - Malattie infettive e tropicali	51 - Astanteria	97 - Reparti per detenuti
25 - Medicina del lavoro	52 - Dermatologia	98 - Day surgery
26 - Medicina generale	54 - Emodialisi	99 - Cure palliative
27 - Medicina legale	55 - Farmacologia clinica	999 - Altro
28 - Unità spinale	56 - Recupero e riabilitazione funzionale	
29 - Nefrologia		

MODELLO B

[Home](#)

1. Anagrafica richiedente

1.1 Azienda*

1.2 Cognome e nome clinico richiedente*

1.3 Telefono clinico richiedente*

1.4 Email clinico richiedente*

1.5 Unità operativa*

1.6 Presidio ospedaliero o Sede territoriale

1.7 Cognome e Nome Responsabile UO/ Dipartimento*

1.8 Centro di costo

[Home](#)

2. Paziente

2.1 Descrizione della popolazione *target* (ad esempio età prevalente, livello di gravità della patologia diagnosticata, numerosità della popolazione etc.)*

2.2 Come viene trattata attualmente la popolazione *target*?

2.3 È disponibile in Azienda un PDTA di riferimento?*

S	N
---	---

2.4 Titolo del PDTA di riferimento aziendale e data di adozione, o, in carenza, eventuali linee guida nazionali pertinenti

2.5 N° presunto di pazienti previsti/anno*

2.6 N° presunto di procedure per paziente/anno*

[Home](#)

3. Prestazioni

3. Ambito prevalente*: Ospedaliero Territoriale Entrambi

Nota:

- Se è stato selezionato "Ospedaliero" compilare (a.) oppure (c.) a seconda della tipologia di prestazione. -

Se è stato selezionato "Territoriale" compilare solo (e.).

- Se è stato selezionato "Entrambi" compilare (a. + e.) oppure (c. + e.) a seconda della tipologia di prestazione
i campi (b.) e (d.) non sono obbligatori

MODELLO B

3.a. Tipologia prestazioni di ricovero
(scelta multipla)

Acuti		Riabilitazione	
Programmato		Urgente	
Ordinario	DH/SD	Week Hospital	

3.b. Codici prestazioni ricovero
(DRG previsto)

3.c. Tipologia prestazioni
1. Ambulatoriali – 2. PS

3.d. Codice prestazioni ambulatoriali
o di PS da nomenclatore ambulatoriale

3.e. Codice nomenclatore DPCM
12.01.2017 - Allegato 5

[Home](#)

4. Intervento - Anagrafica prodotto

4.1 Nome generico del prodotto*

4.2 Nome commerciale del prodotto*

4.3 Fabbricante*

4.4 Fornitore*

4.5 Numero di repertorio (RDM)/Banca Dati*

4.6 Classe CND (codice e descrizione)

4.7 Codice UDI

4.8 Posizionamento nel ciclo
di vita della tecnologia*

4.9 Destinazione d'uso prevista dal fabbricante*

4.10 Scopo di uso*

<i>Terapeutico</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>Prevenzione</i>	<i>Screening</i>	<i>Riabilitazione</i>
--------------------	--------------------	--------------------	------------------	-----------------------

4.11 Modalità di uso

<i>Monouso</i>	<i>Pluriuso</i>	<i>Pluriuso limitato</i>	<i>Monopaziente</i>
----------------	-----------------	--------------------------	---------------------

4.12 Prezzo unitario di acquisto indicativo, o intervallo di prezzo, e eventuali indicazioni di noleggio o comodato con previsione di quantitativi annuali minimi*

4.13 Il prodotto richiede l'acquisto di accessori?*

S	N	
---	---	--

4.14 Descrizione di accessori e/o dei beni di consumo necessari per l'uso del dispositivo richiesto
*Descrivere gli eventuali accessori e/o materiali consumabili specificando eventuali compatibilità ed esclusività, indicandone la quantità prevista per singola procedura. In caso di più prodotti proposti, descrivere in sezioni separate ad esempio 1. Accessori A ... 2. Accessori B ...
 Qualora il numero di accessori ed usurabili sia consistente, descrivere in un file di testo da allegare alla richiesta e indicare in questo campo il nome del file allegato.
 Si ricorda che il costo degli accessori deve essere ricompreso nel costo totale della tecnologia, per la valutazione del costo della stessa rispetto alla soglia di 40.000 euro IVA esclusa.*

5. Intervento - Motivazione

5.1 La richiesta è urgente?* S N

5.2 Motivazione della urgenza della richiesta

Obbligatoria in caso di richiesta urgente

5.3 In che modo si è venuti a conoscenza della tecnologia?*

Ad esempio, congresso, corso di formazione, etc.

5.4 Motivo di richiesta*

5.5 Se sostituzione: P T P= Parziale T= Totale

5.6 In caso di affiancamento o sostituzione, a quale altro prodotto già in uso si aggiunge o sostituisce il prodotto richiesto?

Descrivere gli eventuali altri prodotti cui il DM richiesto si affianca/sostituisce.

In caso di più prodotti affiancati, descrivere per ciascuno: Nome generico del prodotto, nome commerciale, classe CND, RDM

in sezioni separate, eventuale codice interno aziendale, ad esempio: 1. Prodotto A ... 2. Prodotto B ...

Qualora il numero di accessori ed usurabili sia consistente, descrivere in un file di testo da allegare alla richiesta e indicare in questo campo il nome del file allegato.

Si ricorda che il costo degli accessori deve essere ricompreso nel costo totale della tecnologia, per la valutazione del costo della stessa rispetto alla soglia di 40.000 euro IVA esclusa.

5.7 Descrizione dello stato di infungibilità

5.7.1 Quali bisogni clinici possono essere soddisfatti SOLO con il DM specifico?

5.7.2 Quali sono le caratteristiche che determinano una infungibilità clinica?

5.7.3 È stata fatta un'analisi di mercato? S N

5.7.4 Come è stata condotta l'analisi di mercato?

5.8 E' stata effettuata una pregressa valutazione del prodotto, ad es. valutazione da parte di altra azienda o valutazione regionale o nazionale? S N

5.9 Descrizione della eventuale pregressa valutazione nazionale regionale o di altra azienda

Indicare il soggetto che ha effettuato la valutazione

MODELLO B

5.10 Esito della pregressa valutazione effettuata

Descrivere brevemente il risultato della valutazione, indicando l'anno o il periodo

--

5.11 Utilizzato precedentemente in campionatura gratuita

S		N		Non so	
---	--	---	--	--------	--

5.12 Utilizzato precedentemente tramite acquisti estemporanei

S		N		Non so	
---	--	---	--	--------	--

5.13 Utilizzato in altre Aziende

S		N		Non so	
---	--	---	--	--------	--

5.14 Descrizione dell'utilizzo in altre aziende, qualora sia noto

--

[Home](#)

6. Esiti attesi

6.1 Tipologie di risultati attesi

--

6.2 Valore aggiunto previsto per il paziente con l'acquisizione del nuovo DM

--

6.3 Valore aggiunto previsto per l'azienda sanitaria con l'acquisizione del nuovo DM*

--

6.4 Valore aggiunto previsto per il SSN con l'acquisizione del nuovo DM

--

6.5 Indicatori clinici/economici/organizzativi per il monitoraggio degli esiti attesi

--

[Home](#)

7. Intervento – Elenco fonti

7.1 Un DM proposto come infungibile deve necessariamente essere in qualche modo documentato come sicuro, efficace, appropriato, oppure vantaggioso economicamente, etc.

Inserire la citazione completa, nel formato bibliografico in uso in PubMed o altro database bibliografico, di almeno una fonte pubblicata a sostegno dell'uso del DM richiesto.

Inserire almeno un lavoro scientifico (e non oltre 20 lavori) di tipo clinico, economico, organizzativo, etc. purché pubblicati a stampa e sottoposti a *peer review*. Non inserire i seguenti tipi di lavori: editoriali, commenti, report di singoli casi, poster o abstract di presentazioni a convegni non ancora pubblicati e indicizzati in database bibliografici.

Inserire almeno una citazione in F01, ulteriori citazioni si possono inserire nei campi da F02 a F20

F01*	
F02	
F03	
F04	
F05	
F06	

MODELLO B

F07	
F08	
F09	
F10	
F11	
F12	
F13	
F14	
F15	
F16	
F17	
F18	
F19	
F20	

7.2 Descrizione di eventuali studi in corso o terminati ma non ancora pubblicati

Facoltative altre citazioni

Home

8. Intervento – Distribuzione delle fonti citate a supporto dei criteri

Per i 16 Criteri sotto riportati inserire il numero di citazione delle fonti eventualmente pertinenti per ciascun criterio, se elencate nel campo 5.1. Una medesima fonte può essere citata a sostegno di tutti i criteri ritenuti opportuni. Non citare qui gli eventuali studi in corso (5.2).

D1 - Rilevanza generale del problema di salute

C01 - Descrizione e gravità della malattia¹

C02 - Dimensioni della popolazione interessata²

D2 - Rilevanza tecnica della tecnologia sul percorso assistenziale

C03 - Beneficio preventivo³

¹ Severità delle condizioni di salute dei pazienti trattati con la tecnologia proposta (o severità delle condizioni di salute che dovrebbe prevenire) rispetto a mortalità, disabilità, impatto sulla qualità della vita, percorso clinico (ad es. stadi clinici).

² Numero di persone affette dalla malattia (trattata o prevenuta dalla tecnologia) di una specifica popolazione in un determinato periodo; può essere espresso come numero annuale di nuovi casi (incidenza annuale) e/o porzione di popolazione affetta ad una data determinata (prevalenza).

³ Riduzione del rischio attribuibile all'impiego ottimale della tecnologia proposta nella popolazione eligibile (ad es. prevenzione, riduzione nella trasmissione delle malattie, riduzione nella prevalenza dei fattori di rischio).

C04 - Beneficio curativo⁴

C05 - Qualità della documentazione⁵

D3 - Sicurezza della tecnologia

C06 - Miglioramento di sicurezza e tollerabilità⁶

D4 - Efficacia teorica e pratica della tecnologia

C07 - Miglioramento di efficacia teorica e pratica⁷

C08 - Miglioramento di esiti riferiti o risultati percepiti dai pazienti⁸

C09 - Carenza di alternative (*unmet needs*)⁹

C10 - Grado di consenso nelle linee guida cliniche e stato regolatorio¹⁰

D5 - Impatto economico e finanziario della tecnologia (AdHopHTA)

C11 - Impatto finanziario diretto sull'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale / IRCCS o sul SSN¹¹

C12 - Impatto su altre spese sanitarie per la ASST / l'IRCCS o per il SSN¹²

C13 - Impatto su spese non sanitarie¹³

⁴ Natura dei benefici clinici che la tecnologia proposta può comportare nel singolo paziente (ad es. sollievo dei sintomi, prolungamento della vita, cura).

⁵ Misura in cui le documentazioni della tecnologia proposta sono complete (ad es. rispetta gli standard scientifici) e consistenti tra le diverse fonti citate. Misura in cui l'evidenza della tecnologia proposta è rilevante per il SSN (in termini di popolazione, stadio della malattia, tecnologie comparatrici, outcome, etc.) e valida rispetto agli standard scientifici (ad es. disegno dello studio, alle conclusioni (accordo dei risultati tra differenti studi). Questo include considerazioni di incertezza (ad es. risultati conflittuali tra diversi studi, limitato numero di studi e pazienti).

⁶ Riduzione degli effetti nocivi o indesiderati, attribuibile all'impiego ottimale della tecnologia in comparazione ai comparatori oggetto della valutazione.

⁷ Capacità della tecnologia proposta di produrre un cambiamento (beneficio) desiderato nei segni, sintomi o andamento delle condizioni target sopra e al di là dei benefici dovuti da tecnologie alternative. Include dati di efficacia (efficacia verificata nella ricerca) e, dove possibile, di effectiveness (efficacia verificata nella pratica).

⁸ Capacità della tecnologia proposta di determinare cambiamenti positivi negli esiti (outcome) riportati dai pazienti (ERP) (ad es. qualità della vita) oltre e al di là dei cambiamenti positivi misurati con parametri clinici, fisiologici o genomici. Include anche miglioramenti nella convenienza per i pazienti e nella aderenza dei medesimi al trattamento.

⁹ Carenze delle soluzioni diagnostiche e terapeutiche attualmente più diffuse (esclusi i comparatori in valutazione) nella loro capacità di prevenire, curare o migliorare le condizioni target. Include anche le carenze rispetto alla sicurezza, gli outcome riportati dai pazienti e la convenienza.

¹⁰ Coerenza della tecnologia proposta (o alternative simili) con il consenso registrato presso gruppi di esperti, che viene assunto quale stato dell'arte su base professionale quando è accompagnato da esplicita valutazione scientifica (ad es. notazione di grado di attendibilità della documentazione e certezza dei risultati documentati). Le linee guida solitamente si sviluppano attraverso un processo esplicito e sono intese a migliorare la pratica clinica.

¹¹ Impatto netto della copertura diretta della tecnologia sul bilancio sanitario (escludendo cioè altre spese, discusse in altri criteri). Rappresenta la differenza tra il costo della tecnologia ed il potenziale risparmio (o aggravio) di spesa che si potrebbe avere dalla sostituzione (o affiancamento) di altre tecnologie correntemente coperte dal bilancio aziendale. E' limitato al costo della tecnologia (ad es. costo di acquisto, costo di implementazione). Include considerazioni sull'accessibilità, nel caso in cui sia prevista la compartecipazione del paziente all'acquisto.

¹² Impatto della tecnologia proposta su altre spese di tipo sanitario (esclusi i costi della tecnologia) come l'ospedalizzazione, le visite specialistiche, gli eventi avversi, l'assistenza a lungo termine, i costi della disabilità.

¹³ Ad es. su perdita di produttività, tempo dedicato alla cura personale o dei propri cari, costi di manutenzione.

D6 - Impatto organizzativo della tecnologia (AdHopHTA)

C14 – Conseguenze organizzative per il dipartimento aziendale richiedente¹⁴

C15 - Conseguenze organizzative per altri dipartimenti aziendali¹⁵

D7 – Aspetti strategici (AdHopHTA)

C16 – Esistono implicazioni strategiche per la azienda associate alla introduzione della tecnologia? ¹⁶

[Home](#)

9. Impatti organizzativi

9.1 Necessità di formazione ulteriore rispetto al semplice addestramento all'uso*

S	N	
---	---	--

9.2 Fabbisogno previsto di tale formazione aggiuntiva

Specificare la necessità di formazione aggiuntiva rispetto a quella normale prevista dal D.Lgs. 81/08.

9.2.1 Dirigente Sanitario

N° persone	N° ore / persona

9.2.2 Comparto Sanitario (infermieri, tecnico radiologo, etc.)

--	--

9.2.3 Altre figure tecniche non sanitarie

--	--

9.3 Aumento di risorse umane

S	N	Non so
---	---	--------

9.3.1 Dirigente Sanitario

N° persone	N° ore / persona

9.3.2 Comparto Sanitario (infermieri, tecnico radiologo, etc.)

--	--

9.3.3 Altre figure tecniche non sanitarie

--	--

9.4 Prevedibile aumento dell'attività di ricovero?

S	N	
---	---	--

9.5 Se SI N° annuo

9.6 Prevedibile aumento di prestazioni ambulatoriali?

S	N	
---	---	--

9.7 Se SI N° annuo

9.8 Necessità di attrezzature di stoccaggio o di spazi dedicati?

S	N	
---	---	--

9.9 Sostanziali modifiche impiantistiche?

S	N	Non so
---	---	--------

9.10 Se SI descrivere tali modifiche

¹⁴Una nuova tecnologia potrebbe richiedere la riallocazione di risorse umane, finanziarie e formazione a livello del dipartimento così come potrebbe comportare la necessità di profonde riorganizzazioni funzionali nell'erogazione dei servizi. Ad esempio: impatto sugli spazi fisici, implicazioni sul carico di lavoro e sulla forza lavoro, impatto sullo staff in merito alle informazioni, alla formazione e al training, impatto sull'ambiente di lavoro, organizzazione del lavoro, ore di lavoro etc. Quando la tecnologia proposta può essere implementata o introdotta nel dipartimento?

¹⁵Una nuova tecnologia potrebbe richiedere la riallocazione di risorse umane, finanziarie e formazione a livello di altri dipartimenti rispetto a quello direttamente interessato e coinvolto. L'applicazione ottimale della tecnologia proposta può richiedere cambiamenti nella cooperazione con altri dipartimenti aziendali o con altri

settori fuori dell'azienda. Nel caso, sono prevedibili modifiche dei modelli di cooperazione, differenze nei carichi di lavoro, cambiamenti nei criteri di riferimento per la presa in carico del paziente, altre conseguenze?

¹⁶Documentare ogni rilevante implicazione strategica associata alla tecnologia proposta. Ad esempio l'allineamento tra la tecnologia e la strategia aziendale, il valore locale della azienda e le strategie regionali correlate, le implicazioni per il prestigio e la competizione tra aziende conseguenti alla adozione della tecnologia.

MODELLO B

9.11 Modifiche all'organizzazione dell'UO?

S	N	Non so
---	---	--------

9.12 Se SI descrivere tali modifiche

9.13 Coinvolgimento di altre UO/ Strutture?

S	N
---	---

9.14 Descrizione delle modalità di coinvolgimento di altre UO nell'uso del DM (impatto)

9.15 Sono ipotizzabili risparmi per altri settori aziendali?

S	N	Non so
---	---	--------

9.16 Descrizione di eventuali risparmi

Descrivere i potenziali risparmi e come sarebbe possibile ottenerli

[Home](#)

10. Riservato alla azienda ASST, IRCCS

10.1 Codice Azienda (6 cifre)

10.2 Sub codice Azienda (2 cifre)

10.3 Anno (4 cifre)

10.4 Progressivo aziendale richiesta (4 cifre)

NOTE

Chiedere di allegare scheda tecnica, IFU (istruzioni d'uso) e etichetta del prodotto sia per il DM richiesto che degli accessori e del comparatore

Data di completamento della richiesta*

Firma del richiedente _____

Firma del Direttore di Dipartimento _____



MODELLO C

Al Direttore UOC Farmacia

RICHIESTA ACQUISIZIONE MATERIALE SANITARIO INFUNGIBILE (non dispositivi medici)

1. U.O. richiedente:

2. Dipartimento:

3. Dispositivo richiesto, descrizione, caratteristiche tecniche:

4. Specifiche di fornitura:

Fornitore (ragione sociale):

Fabbisogno presunto annuo in unità di misura : Spesa

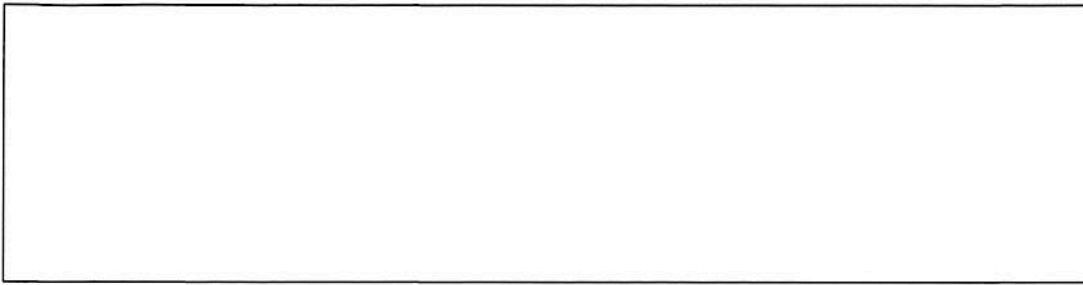
annua presunta in Euro iva esclusa:

Durata proposta del contratto di fornitura:

Eventuali Informazioni aggiuntive (es. necessità altro materiale per utilizzo, necessità formazione ecc.):

Urgente (specificare):

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostica e terapeutica, che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:



I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 *"Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso"*

Data:

Firma e timbro

Il Responsabile dell'UO richiedente _____

Il Direttore del Dipartimento _____



Modello D1

Al Direttore dell'U.O.C. S.I.A.
Al Direttore dell'U.O.C. Approvvigionamenti

**RICHIESTA ACQUISIZIONE BENI DUREVOLI INFUNGIBILI
(apparecchiature hardware e software)**

RICHIESTA URGENTE

U.O.C./U.O.S. richiedente: _____

Dipartimento di appartenenza: _____

Tipologia di bene durevole:

- hardware (es. PC, proiettori, stampanti, monitor, tastiere,)
- software (es. Microsoft Office™,)

Oggetto della richiesta in configurazione completa di accessori (descrizione caratteristiche tecniche):

Attività prevista che giustifica l'acquisto del bene:

Specifiche di fornitura:

- Fornitore: _____
- Spesa presunta in Euro (Iva esclusa): _____
- Durata proposta (da indicare solo in caso di noleggio/comodato): _____
- Se la richiesta di acquisizione riguarda accessori o componenti di apparecchiatura di proprietà, indicare di quest'ultima:

N. INVENTARIO CESPITI _____
NOME E MODELLO _____
FORNITORE _____
UBICAZIONE _____

- Informazioni aggiuntive (indicazioni sulla manutenzione ordinaria/straordinaria ed eventuali servizi aggiuntivi da richiedere):

--

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

--

Modello D1

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche sopra specificate non sono disponibili prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 " *Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso*"

Data: _____

Firma e timbro

Il Responsabile dell'U.O.C./U.O.S. richiedente

Data: _____

Firma e timbro

Il Direttore del Dipartimento

Data: _____

Firma e timbro

Il Direttore dell'U.O.C. SIA

Parere favorevole

Note alla richiesta (da parte di U.O.C. SIA)



MODELLO D2

Al Direttore dell'UOC Ufficio Tecnico
(per attrezzature tecnico-economali, arredi sanitari e/o
d'ufficio)

RICHIESTA ACQUISIZIONE BENI DUREVOLI INFUNGIBILI
(attrezzature tecnico economali, arredi sanitari e d'ufficio)

1. U.O. richiedente:

2. Dipartimento:

3. Tipologia di bene durevole (scegliere l'opzione di proprio interesse):

- attrezzatura tecnico-economale
- componenti ed accessori di attrezzatura tecnico economale
- arredi sanitari e/o d'ufficio

4. Oggetto della richiesta in configurazione completa di accessori (descrizione caratteristiche tecniche):

5. Attività prevista che giustifica l'acquisto del bene:

--

6. Specifiche di fornitura:

- Fornitore:
- Spesa presunta in Euro Iva esclusa:
- Durata proposta (da indicare solo in caso di noleggio/comodato):
- Materiale di consumo: no si

In caso di risposta affermativa specificare:

- tipologia:
- costo presunto annuo:
- se trattasi di materiale dedicato: no si

Necessità di permuta: si no

in caso di risposta affermativa indicare relativamente all'apparecchiatura da permutare quanto segue:

a) N. INVENTARIO CESPITI _____
b) NOME E MODELLO _____
c) FORNITORE _____
d) UBICAZIONE _____

Necessità di disinstallazione e smaltimento dell'usato: si no

in caso di risposta affermativa, indicare relativamente all'apparecchiatura da smaltire quanto segue:

a) N. INVENTARIO CESPITI _____
b) NOME E MODELLO _____
c) FORNITORE _____
d) UBICAZIONE _____

Se la richiesta di acquisizione riguarda accessori o componenti di apparecchiatura di proprietà, indicare di quest'ultima:

- a) N. INVENTARIO CESPITI _____
- b) NOME E MODELLO _____
- c) FORNITORE _____
- d) UBICAZIONE _____

Informazioni aggiuntive (indicazioni sulla manutenzione ordinaria e straordinaria da richiedere, disponibilità mezzi di ricambio, esigenze di addestramento del personale ecc...):

Urgente (specificare):

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche sopra specificate non sono disponibili prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art. 76 DPR 28/12/2000, n.445 *“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso”*

Data:

Firma e timbro

Il Responsabile dell'UO richiedente _____

Il Direttore del Dipartimento _____



Modello E.1

Al Direttore dell'U.O.C. SIA
Al Direttore dell'U.O.C. Approvvigionamenti

**RICHIESTA ACQUISIZIONE SERVIZI DI MANUTENZIONE
(apparecchiature hardware e software)**

RICHIESTA URGENTE

U.O.C./U.O.S. richiedente: _____

Dipartimento di afferenza: _____

Servizio di manutenzione riferito a:

- hardware (es. PC, proiettori, stampanti, monitor, tastiere,)

- software (es. Galileo, PACS, Oliamm,)

Oggetto della richiesta (descrizione del servizio di manutenzione richiesto):

Se la richiesta di acquisizione riguarda hardware di proprietà, indicare di questo ultimo:

- ✓ N. INVENTARIO CESPITI _____
- ✓ NOME E MODELLO _____
- ✓ FORNITORE _____
- ✓ UBICAZIONE _____

Se la richiesta di acquisizione riguarda software di proprietà, indicare di questo ultimo:

✓ FORNITORE _____
✓ UBICAZIONE _____

- Data scadenza garanzia: _____
- Durata del contratto di manutenzione: _____
- Spesa annua presunta in Euro (Iva esclusa): _____
- Informazioni aggiuntive (indicazioni sulla manutenzione ordinaria/straordinaria ed eventuali servizi aggiuntivi da richiedere):

--

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica che non consentono l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature/hardware o nel caso di software diversi dallo sviluppatore, o da altri soggetti da esso autorizzati e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

--

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche sopra specificate non sono disponibili servizi alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso"

Data: _____

Firma e timbro

Il Responsabile dell'U.O.C/U.O.S. richiedente

Data: _____

Firma e timbro

Il Direttore del Dipartimento

Data: _____

Firma e timbro

Il Direttore dell'U.O.C. ICT

Parere favorevole

Note alla richiesta (da parte di U.O.C. SIA):



Al Direttore dell'UOC Ingegneria Clinica (per
servizi manutenzione apparecchiature sanitarie)

Al Direttore dell'UOC Ufficio Tecnico
(per servizi manutenzione attrezzature tecnico
economali)

**RICHIESTA ACQUISIZIONE SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE
ATTREZZATURE SANITARIE E TECNICHE**

1. U.O./Struttura complessa richiedente:

2. Dipartimento:

3. Servizio di manutenzione riferito a:

- apparecchiatura sanitaria
- attrezzatura tecnico-economale

Riportare quanto di seguito richiesto relativamente all'apparecchiatura tecnico/ sanitaria di proprietà:

- a) N. INVENTARIO CESPITI _____
- b) NOME E MODELLO _____
- c) FORNITORE _____
- d) UBICAZIONE _____

4. Oggetto della richiesta (descrizione del servizio di manutenzione richiesto):

5. Specifiche di fornitura:

- ✓ Fornitore (ragione sociale):
- ✓ Durata del contratto di manutenzione:
- ✓ Spesa annua presunta in Euro Iva esclusa:
- ✓ Informazioni aggiuntive (indicazioni sulla manutenzione ordinaria e straordinaria da richiedere):

- ✓ Urgente (specificare):

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, che non consentono l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature/hardware o nel caso di software diversi dallo sviluppatore, o da altri soggetti da esso autorizzati e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

*I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche sopra specificate non sono disponibili servizi alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 " **Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso**"*

Data:

Firma e timbro

Il Responsabile dell'UO richiedente _____

Il Direttore del Dipartimento _____