

ALLEGATO 1 - MODULO RICHIESTA FARMACO / NUTRIZIONALE / INTEGRATORE

Il Direttore della Farmacia (barrare)

- Ospedaliera
- Territoriale

RAPPRESENTA LA SEGUENTE NECESSITÀ

(indicare il bisogno da soddisfare – se necessario, allegare relazione):

NUOVA FORNITURA: SI NO

Valutata preventivamente la mancata possibilità di far fronte con risorse/prodotti già disponibili, in quanto il prodotto:

- non è aggiudicato in alcuna gara ARES/CRC/ASL

ovvero

- quello aggiudicato in gara (indicare il codice/nome commerciale/codice AREAS del prodotto aggiudicato) _____ non è idoneo a soddisfare le necessità sopra rappresentate per le seguenti ragioni (esplicitare le motivazioni clinico/terapeutiche di tale inidoneità, anche dal punto di vista del modello organizzativo adottato, della numerosità delle prestazioni, ecc.)

ovvero

- altro (specificare) _____

RICHIESTE

l'acquisto del seguente: FARMACO NUTRIZIONE INTEGRATORE

DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE TECNICHE/PRESTAZIONALI NECESSARIE E MINIME per soddisfare il bisogno [Es. composizione minima, ecc.] (se necessario predisporre allegato/i):

SE FARMACO, indicare altresì

- principio attivo: _____
- codice ATC/AIC: _____
- forma farmaceutica: _____
- dosaggio: _____
- confezionamento _____

FINALITÀ D'USO: _____

UNITÀ POSOLOGICA: _____

FABBISOGNO PRESUNTO ANNUO (precisando eventualmente un periodo inferiore/maggiore, magari in considerazione di aggiudicazione/avvio di altra fornitura CRC/ARES): _____

- Codice e nome commerciale del/i prodotto/i conosciuto/i ovvero di riferimento _____

- Prezzo indicativo _____

- Costo complessivo stimato della fornitura (inferiore al limite di € 140.000,00) _____
(eventuale) codice progetto _____

- O.E. conosciuto _____

- Codice AREAS (se farmaco già in uso) _____

- altro: _____

- Allegazione della scheda tecnica (eventuale).

Persona da contattare per eventuali richieste di chiarimento e/o integrazioni:

Cognome e nome: _____ Recapito telefonico: _____

Indirizzo e-mail: _____

Data _____

Il Direttore del Servizio Farmacia Ospedaliera/Territoriale _____

**Al S.C. Servizio Acquisizione di Beni e Servizi
ASL n. 5 Oristano**

ALLEGATO 2 - MODULO RICHIESTA DISPOSITIVO MEDICO/DIAGNOSTICO (inclusi consumabili) / REAGENTI

Il Direttore della Farmacia (barrare)
 Ospedaliera
 Territoriale

RAPPRESENTA LA SEGUENTE NECESSITÀ

(indicare il bisogno da soddisfare e la motivazione della richiesta – se necessario allegare relazione):

NUOVA FORNITURA: SI NO

Valutata preventivamente la mancata possibilità di far fronte con risorse/prodotti già disponibili, in quanto il prodotto:

- non è aggiudicato in alcuna gara ARES/CRC/ASL
ovvero
- quello aggiudicato in gara (indicare il codice/nome commerciale del prodotto aggiudicato/codice AREAS) _____ non è idoneo a soddisfare le necessità sopra rappresentate per le seguenti ragioni (esplicitare le motivazioni clinico/terapeutiche di tale inidoneità, anche dal punto di vista del modello organizzativo adottato, della numerosità delle prestazioni, ecc.)

ovvero

- altro (specificare) _____

RICHIEDE

l'acquisto del seguente DISPOSITIVO: medico diagnostico reagente

TIPOLOGIA DI PRODOTTO RICHIESTO [es. guida, catetere, provette, test, ecc.]: _____

DESCRIZIONE MONOGRAFICA (CARATTERISTICHE TECNICHE/PRESTAZIONALI NECESSARIE E MINIME) per soddisfare il bisogno [Es. misure (lunghezze/diametri/calibri) e grado di tolleranza, se previsto, tipologia di materiale, calibri, monouso/pluriuso, sterile/non sterile, sensibilità, specificità, ecc..]

CND e RDM ed eventuale codice AREAS (se già in uso) _____
SERVIZIO/REPARTO/I DESTINATARIO/I DELLA FORNITURA _____
FINALITÀ D'USO: _____
UNITÀ DI MISURA MINIMA (pezzi, test, esami/trattamenti): _____
FABBISOGNO PRESUNTO ANNUO per U.M. (precisando eventualmente un periodo inferiore/superiore, magari in considerazione di aggiudicazione/avvio di altra fornitura CRC/ARES): _____

Qualora si tratti di materiale di consumo dedicato al funzionamento di apparecchiatura/strumento, indicare:

- Marca: _____
- Modello: _____
- N. di apparecchiature presenti: _____
- N. di inventario: _____
- Titolo di possesso (proprietà, comodato, noleggio, ecc.): _____

- Codice e nome commerciale del/i prodotto/i conosciuto/i ovvero di riferimento: _____

- Prodotto dedicato/unico/infungibile SI NO - Se sì, indicare O.E. e codice prodotto: _____

- Prezzo indicativo: _____

- Costo complessivo stimato della fornitura (inferiore al limite di € 140.000,00) _____

- O.E. conosciuto/i: _____

- altro: _____

- Allegazione della scheda tecnica (eventuale, se necessaria).

Persona da contattare per eventuali richieste di chiarimento e/o integrazioni:

Cognome e nome: _____ Recapito telefonico: _____

Indirizzo e-mail: _____

Data _____

Il Direttore del Servizio Farmacia
Ospedaliera/Territoriale

Al Referente ASL Servizio Ingegneria Clinica
ASL n. 5 Oristano

**ALLEGATO 3 - MODULO RICHIESTA BENI DUREVOLI IN ACQUISTO/NOLEGGIO/SERVICE
(attrezzature sanitarie, apparecchiature elettromedicali, etc.)**

Il/La sottoscritto/a _____
Direttore della Struttura denominata _____
affidente:

- Assistenza Ospedaliera
 - P.O. San Martino
 - P.O. Delogu
 - P.O. Mastino
- Assistenza Distrettuale
 - Distretto di Oristano
 - Distretto di Ghilarza – Bosa
 - Distretto di Ales – Terralba
- Dipartimento di Igiene e Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Tecnostruttura Amministrativa
- Area di staff
- Altro (specificare) _____

Recapito telefonico _____
Centro di Costo _____

RAPPRESENTA LA SEGUENTE NECESSITÀ (indicare il bisogno da soddisfare, la destinazione d'uso, il bisogno clinico – se necessario allegare relazione):

RICHIESTE la fornitura in del seguente BENE DUREVOLE IN:

- acquisto
 - noleggio
 - service
- se si propone il noleggio/service specificare la durata _____

TRATTASI DI:

- apparecchiatura elettromedicale/dispositivo medico
 - attrezzatura sanitaria
 - Hardware/Software a corredo di apparecchiatura elettromedicale
 - Altro (SPECIFICARE)
- _____

DESCRIZIONE SINTETICA: _____

TRATTASI DI:

- SOSTITUZIONE (allegare proposta di fuori uso o documentazione a corredo)
 ACCESSORIO
 NUOVA DOTAZIONE

NEL CASO SI TRATTI DI ACCESSORIO o di SOSTITUZIONE, indicare il bene cui si riferisce:

Produttore: _____ Modello: _____
N. di inventario patrimoniale _____
N. etichetta SIC: _____
Titolo di possesso (proprietà, comodato, noleggio, ecc.): _____

Il bene è utilizzabile in condivisione con altre Unità Operative: SI NO
se SI specificare quali: _____

CARATTERISTICHE TECNICHE/PRESTAZIONALI MINIME NECESSARIE PER IL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO (es. tipologia, configurazione, accessori,...)

Prodotto dedicato/unico/infungibile SI NO - Se si, indicare O.E. e codice prodotto: _____

N.B.

Esclusività: presenza di brevetto

Infungibilità: bene/servizio unico che può garantire il soddisfacimento di un certo bisogno. Fornire relazione di dettaglio con indicazioni di natura diagnostica e terapeutica che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti art. 79 D. Lgs. 36/2023.

EVENTUALI PRODOTTI DI CONSUMO DEDICATI

Persona da contattare per eventuali richieste di chiarimento e/o integrazioni:

Cognome e nome: _____ Recapito telefonico: _____
Indirizzo e-mail: _____

Il Direttore/Responsabile di SC/SSD _____

Data _____

(Firma leggibile)

ALLEGATO 3 - MODULO RICHIESTA BENI DUREVOLI (arredi, etc.)

Il/La sottoscritto/a _____

Direttore della Struttura denominata _____

affidente:

- Assistenza Ospedaliera
 - P.O. San Martino
 - P.O. Delogu
 - P.O. Mastino
 - _____
- Assistenza Distrettuale
 - Distretto di Oristano
 - Distretto di Ghilarza – Bosa
 - Distretto di Ales – Terralba
 - _____
- Dipartimento di Igiene e Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Tecnostruttura Amministrativa
- Area di staff
- Altro (specificare) _____

Recapito telefonico _____

RAPPRESENTA LA SEGUENTE NECESSITÀ (indicare il bisogno da soddisfare – se necessario allegare relazione):

valutata preventivamente la mancata possibilità di far fronte con risorse/prodotti già disponibili, in quanto il prodotto:

non è aggiudicato in alcuna gara ARES/CRC/ASL e non sono a conoscenza di gare in corso da parte di soggetti aggregatori/centrali di committenza

ovvero

quello aggiudicato in gara (indicare il codice/nome commerciale del prodotto aggiudicato/codice AREAS) _____ non è idoneo a soddisfare le necessità sopra rappresentate per le seguenti ragioni (esplicitare le motivazioni di tale inidoneità, anche dal punto di vista del modello organizzativo adottato, della numerosità delle prestazioni, ecc.) oppure sono terminate le quantità/l'importo previsto in appalto:

ovvero

altro (specificare) _____

RICHIEDE la fornitura in acquisto/noleggio (specificare bene) della seguente BENE DUREVOLE:

DESCRIZIONE SINTETICA: _____

se si propone il noleggio specificare la durata _____

DESTINAZIONE D'USO (indicare il bisogno clinico da soddisfare): _____

MOTIVAZIONE DELLA:

SOSTITUZIONE

ACCESSORIO

NUOVA DOTAZIONE

TRATTASI DI:

arredo

hardware e/o software

Altro (SPECIFICARE) _____

E' utilizzabile in condivisione con altre Unità Operative (es. allestimento sala riunioni, ambiente comune a più servizi, ecc.): SI NO

se SI specificare quali: _____

CARATTERISTICHE TECNICHE/PRESTAZIONALI MINIME NECESSARIE PER IL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO (es. tipologia, configurazione,...)

SE CONOSCIUTO, INDICARE CODICE E NOME COMMERCIALE DEL/I PRODOTTO/I CONOSCIUTO/I OVVERO DI RIFERIMENTO: (allegare la scheda tecnica)

SE CONOSCIUTO, INDICARE IL PREZZO INDICATIVO

eventuale progetto (specificare bene)

INDICARE EVENTUALE/I O.E./OO.EE. CONOSCIUTO/I (che commercializza/no quanto richiesto)

SPECIFICHE PER LA MESSA IN FUNZIONE:

Sono necessari lavori di adeguamento/ristrutturazione locali edili e/o impiantistici (elettrici / idraulici / condotti di aerazione)

SI NO

Sono necessari collegamenti alla rete dati ospedaliera SI NO

NEL CASO SI TRATTI DI ACCESSORIO o di SOSTITUZIONE, indicare anche l'apparecchiatura/strumento a cui si riferisce:

Marca: _____ Modello: _____

N. di strumenti presenti: _____

N. di inventario _____

n. etichetta SIC: _____

Titolo di possesso (proprietà, comodato, noleggio, ecc.): _____

Persona da contattare per eventuali richieste di chiarimento e/o integrazioni:

Cognome e nome: _____ Recapito telefonico: _____

Indirizzo e-mail: _____

Il Direttore/Responsabile di SC/SSD _____

Data _____

(Firma leggibile)

La richiesta dev'essere PREVENTIVAMENTE vista, valutata e modulata dai Direttori/Referenti dei Servizi/strutture indicati nel riquadro sotto riportato, che dovranno esprimersi per gli aspetti tecnici, sottoscrivendo il proprio parere positivo.

Vista e valutata dal punto di vista tecnico la sopra indicata richiesta, con particolare riguardo alla necessità della fornitura in rapporto alle attività da erogare, si esprime parere favorevole.

- La Direzione Sanitaria Ospedaliera, Dott./Dott.ssa _____
- La Direzione di Distretto di _____, Dott./Dott.ssa _____
- Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Dott./Dott.ssa _____
- Il Referente per l'ASL Oristano del Dipartimento per la Sanità Digitale e l'innovazione tecnologica (SC Sistemi Informativi Sanitari/Amministrativi ecc.) Dott./Dott.ssa _____ (se necessario)
- Il Direttore della Farmacia Ospedaliera / Territoriale, Dott./Dott.ssa _____ (sempre se necessario)

Si provvederà se ritenuto necessario a richiedere anche il parere alla Direzione Aziendale:

- Il Direttore Sanitario/Amministrativo Aziendale, Dott./Dott.ssa _____ (se necessario)

Alla ricezione della presente richiesta, il Servizio Acquisizione beni e servizi, valuterà l'inserimento nella programmazione triennale delle forniture di beni e servizi ed il grado di urgenza/priorità dell'acquisto anche in rapporto alle altre acquisizioni pervenute.

In caso di affidamento da assicurare in urgenza, il Servizio avvierà – nei modi e tempi prescritti dalla normativa vigente – l'apposito procedimento volto all'affidamento della fornitura di cui trattasi, previa verifica del possesso, da parte delle offerte tecniche pervenute, delle caratteristiche tecniche/prestazionali necessarie e minime richieste per soddisfare il bisogno.



ASLORISTANO

Azienda socio-sanitaria locale



RICHIEDENTI

Reperti, Distretti, Dipartimenti,
Direzione Aziendale, ecc.

utilizzano

n. 2 MODULI ARMONIZZATI PER ACQUISTO, NOLEGGIO E SERVICE, distinti

per

Dispositivi Medici,
Elettromedicali,
Attrezzature
Sanitarie

indirizzati a:

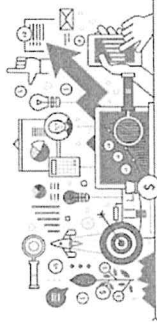
Ingegneria Clinica
ASL

Attrezzature tecnico-
economiche

S.C. Servizio
Acquisizione Beni e
Servizi

PERCORSO RICHIESTE BENI DUREVOLI

ANALISI DELLA RICHIESTA



Valutazione della coerenza della richiesta con gli obiettivi strategici e le esigenze operative della ASL e delle sue strutture, mediante confronto con i richiedenti e le strutture direzionali

Verifica gare in essere o in programmazione da parte di soggetti aggregatori/centrali di committenza

Confronto con il **S.C. Servizio Tecnico Logistico e Patrimonio** per eventuali lavori e/o adeguamenti strutture e locali

Confronto con il **Dipartimento Sanità Digitale e Innovazione Tecnologica ARES** per interfacciamento in rete e infrastrutture informatiche

Confronto con il **Servizio di Assistenza Farmaceutica Aziendale** per eventuali consumabili, reagenti, e/o materiali di consumo

Eventuali altri confronti ritenuti necessari

ESITO DELLA RICHIESTA



GESTIONE PRIORITARIA

- Carattere d'urgenza
- Fondi disponibili



Elaborazione Capitolato tecnico, verifica O.E., stima spesa e avvio pratica amministrativa da parte del S.C. Servizio Acquisizione di Beni e Servizi

INSERITO IN PROGRAMMAZIONE

- Non urgente
- Fondi da reperire



RICHIESTA NON ATTUABILE

- Non in linea con gli obiettivi strategici
- Nessun fondo reperibile
- Ecc.



RICHIEDENTI
Farmacia
Ospedaliera/Territoriale

Istruttoria preliminare

Analisi delle necessità e dei consumi

Valutare attentamente i consumi passati di farmaci e D.M., considerando le attuali necessità dei reparti/pazienti, le patologie predominanti e le previsioni di crescita.

Stima delle Quantità Richieste

Stimare le quantità di farmaci/D.M. necessarie per soddisfare le esigenze del presidio/territorio. Considerare anche eventuali variazioni stagionali o fluttuazioni nella domanda.

Stima delle Quantità Richieste

Stimare le quantità di farmaci/D.M. necessarie per soddisfare le esigenze del presidio/territorio. Considerare anche eventuali variazioni stagionali o fluttuazioni nella domanda.

Controllo del Budget

Verificare che le necessità identificate siano in linea con il budget disponibile. Se necessario, prioritizzare gli acquisti in base all'urgenza ed all'importanza clinica.

Consultazione del Personale Medico

Coinvolgere il personale clinico nella valutazione delle esigenze, ove necessario. Valutare feedback e raccomandazioni sulla scelta dei farmaci/D.M. in base alle pratiche cliniche e alle linee guida

Verifica contratti

Verificare preliminarmente che non esistano contratti attivi (in ARES/ASL) che presentino risorse sufficienti a garantire l'ordine di fornitura

**PERCORSO RICHIESTE ACQUISTO
FARMACI/DISPOSITIVI/REAGENTI**
(in attesa di avvio HUB)

S.C. ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Trasmissione
richiesta d'acquisto

AVVIO iter

Procedimento amministrativo, con verifica preliminare della richiesta, analisi dello storico ed eventuale confronto con la Farmacia.