GARA PER LA FORNITURA DI SERVIZI RELATIVI ALLA
GESTIONE INTEGRATA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Edizione 5

DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE DEL MERCATO

QUESTIONARIO GENERALE E TECNICO

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

seusconsip@postacert.consip.it

Roma, 25/02/2019

**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 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 ha l’obiettivo di:

* garantire la massima pubblicità alle iniziative per assicurare la più ampia diffusione delle informazioni;
* 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.

In merito all’iniziativa “**Servizi relativi alla gestione integrata della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro – edizione 5**” Vi preghiamo di fornire il Vostro contributo - 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 ­­­seusconsip@postacert.consip.it.

Tutte le informazioni da Voi fornite con il presente documento saranno utilizzate ai soli fini dello sviluppo dell’iniziativa in oggetto.

Consip S.p.A., in ragione di seguito previsto in materia di trattamento dei dati personali, si impegna a non divulgare a terzi le informazioni raccolte con il presente documento.

L’invio del documento al nostro recapito implica il consenso al trattamento dei dati forniti.

Gli Operatori Economici che dichiareranno, alla risposta 24 del presente questionario, di essere disponibili a partecipare ad una intervista di approfondimento presso la sede Consip, potranno essere contattati in ordine di arrivo del presente questionario, cui fa fede il protocollo in ingresso Consip, al fine di concordare data e orario dell’incontro. Consip, pur rispettando l’ordine di arrivo dei questionari, si riserva di limitare le interviste ai primi 10 Operatori economici che offrano Servizi Tecnici, Servizi di formazione e di Servizi di Sorveglianza sanitaria, in forma singola o aggregata tra loro, ai primi 5 operatori che offrano il servizio di Presidio medico/infermieristico di primo soccorso e ai primi 5 operatori che offrano il servizio di Trasporto assistito su ambulanza, distinti in base alla risposta 1 al presente questionario.

**Dati azienda**

|  |  |
| --- | --- |
| **Azienda** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Nome e cognome del referente** |  |
| **Ruolo in azienda** |  |
| **Telefono** |  |
| **Fax** |  |
| **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.; l'eventuale rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di acquisire da parte Vostra, 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.

 **Breve descrizione dell’iniziativa**

Consip intende bandire una gara d'appalto per la fornitura di Servizi per la gestione integrata della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro delle Pubbliche Amministrazioni. Il servizio consiste nell’applicazione di soluzioni tecniche, organizzative e procedurali finalizzate alla riduzione dei rischi ed al miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro delle Pubbliche Amministrazioni.

I servizi previsti nell’ambito della gara recepiscono le prescrizioni normative del D.Lgs. n.81/08 “Testo unico in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro” e s.m.i..

Tra i principali servizi che saranno presumibilmente previsti dall’iniziativa:

* Valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori;
* Valutazione dei rischi da interferenze e dei relativi costi con riferimento a specifici appalti;
* Pianificazione degli interventi di adeguamento per il raggiungimento di prefissate condizioni di sicurezza e di igiene per quanto attiene gli aspetti impiantistici e strutturali dell’immobile;
* Definizione della struttura funzionale, organizzativa, gestionale e di controllo della Sicurezza;
* Pianificazione ed esecuzione delle attività di formazione, informazione e addestramento dei lavoratori in materia di sicurezza, salute, organizzazione e responsabilità;
* Definizione delle linee di applicazione, delle modalità operative e dei contenuti della sorveglianza sanitaria;
* Presidio infermieristico o medico sanitario aziendale per le attività di primo soccorso di cui all’art. 45 del D.lgs. 81/2008;
* Servizio di trasporto su ambulanza assistito da personale infermieristico per il trasferimento presso una struttura ospedaliera.

**Domande – Questionario generale**

1. Fornire una breve descrizione della vostra azienda e indicare i servizi da voi offerti, specificando quali di essi costituiscono attività prevalente.

*Descrizione azienda (es. micro, piccola o media impresa; sede; n. dipendenti; ecc.) ed eventuali commenti:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Servizi offerti (SI/NO)*** | ***Attività prevalente (SI/NO)*** |
| **Servizi Tecnici** (*Documento di Valutazione dei Rischi, DUVRI, Piano di Emergenza, Ecc*.) |  |  |
| **Formazione** (*Piano di formazione ed erogazione corsi di formazione e addestramento*) |  |  |
| **Sorveglianza Sanitaria** |  |  |
| * *Piano di Sorveglianza sanitaria e Medico Competente*
 |  |  |
| * *Visite mediche ed esami di laboratorio*
 |  |  |
| **Presidio medico/infermieristico di primo soccorso** |  |  |
| **Servizio di trasporto assistito su ambulanza** |  |  |

1. Riguardo i servizi precedentemente definiti, a quanto ammonta, in migliaia di euro, il fatturato globale e specifico della Vostra Azienda? (si prega di indicare il dato annuo relativo agli ultimi tre esercizi finanziari approvati alla data di pubblicazione del presente Documento di consultazione del mercato). Di questo, a quanto corrisponde la quota (%) relativa alla Pubblica Amministrazione?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***SERVIZI*** | ***Anno 2015*** | ***%PA*** | ***Anno 2016*** | ***%PA*** | ***Anno 2017*** | ***%PA*** |
| **Servizi Tecnici** (*Documento di Valutazione dei Rischi, DUVRI, Piano di Emergenza, Ecc*.) |  |  |  |  |  |  |
| **Formazione** (*Piano di formazione ed erogazione corsi di formazione e addestramento*) |  |  |  |  |  |  |
| **Sorveglianza Sanitaria** |  |  |  |  |  |  |
| * *Piano di Sorveglianza sanitaria e Medico Competente*
 |  |  |  |  |  |  |
| * *Visite mediche ed esami di laboratorio*
 |  |  |  |  |  |  |
| **Presidio medico/infermieristico di primo soccorso** |  |  |  |  |  |  |
| **Servizio di trasporto assistito su ambulanza** |  |  |  |  |  |  |
| **Fatturato Specifico totale** |  |  |  |  |  |  |
| **Altri servizi e/o forniture** *(specificare)* |  |  |  |  |  |  |
| **Fatturato Globale** |  |  |  |  |  |  |

1. Indicare il numero medio di dipendenti della Vostra Azienda nell’ultimo triennio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***2015*** | ***2016*** | ***2017*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Si prevede di mettere a gara la fornitura per servizi di gestione integrata della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro precedentemente indicati. Il vostro mercato attuale quali territori comprende?

| ***Tipologia*** | ***Tutta la regione*** | ***Soltanto le province di seguito indicate*** |
| --- | --- | --- |
|  Abruzzo |  |  |
|  Basilicata |  |  |
|  Calabria |  |  |
|  Campania |  |  |
|  Emilia-Romagna |  |  |
|  Friuli-Venezia Giulia |  |  |
|  Lazio |  |  |
|  Liguria |  |  |
|  Lombardia |  |  |
|  Marche |  |  |
|  Molise |  |  |
|  Piemonte |  |  |
|  Puglia |  |  |
|  Sardegna |  |  |
|  Sicilia |  |  |
|  Toscana |  |  |
|  Trentino-Alto Adige |  |  |
|  Umbria |  |  |
|  Valle d'Aosta |  |  |
|  Veneto |  |  |

1. Quali certificazioni/qualificazioni possiede la Vostra Azienda per ciascuna delle diverse tipologie di servizi?

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare eventuali associazioni di categoria di cui la Vostra Azienda fa parte:

|  |
| --- |
|  |

1. La Vostra Azienda ha partecipato alla precedente edizione dell’iniziativa? Se no, quali sono state le motivazioni principali? (La documentazione relativa alla precedente edizione dell’iniziativa, Gestione integrata della sicurezza ed. 4, è consultabile alla pagina web www.acquistinretepa.it al seguente link:

<https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/scheda_bando.html?idBando=3bdf0508c549d8d4>

|  |
| --- |
|  |

1. In caso invece la Vostra Azienda abbia partecipato alla precedente edizione dell’iniziativa ad oggi quali ritenete siano le criticità che ostacolano la partecipazione degli operatori e come proponete di superarle?

|  |
| --- |
|  |

1. Si prevede di bandire una nuova gara d’appalto relativa alla fornitura di Servizi relativi alla gestione integrata della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro. Sareste interessati a partecipare alla gara in oggetto? Se no, quali sono le motivazioni principali?

|  |
| --- |
|  |

1. Avete partecipato ad ulteriori precedenti gare d’appalto relative ai servizi ricompresi nella presente iniziativa? Se si per quali servizi? In forma singola oppure aggregata (RTI, ecc.)? Avete riscontrato eventuali difficoltà in fase di partecipazione alla gara (specificare)?

|  |
| --- |
|  |

1. Quali sono i principali ostacoli che avete individuato nell’esecuzione dei contratti stipulati con la Pubblica Amministrazione per la fornitura di servizi analoghi a quelli in oggetto? Quali strumenti proponete per superarli/migliorarli?

|  |
| --- |
|  |

1. Quali criticità avete riscontrato nella definizione dei prezzi/canoni di iniziative analoghe o della precedente edizione dell’iniziativa in oggetto?

|  |
| --- |
|  |

1. Ritenete che il modello di pricing utilizzato nella precedente edizione sia adeguato? Se no, quale ritenete sia la migliore tipologia di pricing utilizzabile per l’esecuzione dei servizi oggetto dell’iniziativa?

|  |
| --- |
|  |

1. Per le aziende che offrono il **Servizio di trasporto assistito su ambulanza,** come è ripartita la vostra flotta?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Oggetto*** | ***2018 (unità)***  | ***2017 (unità)*** |
| Tipo A: ambulanza di soccorso  |   |   |
| Tipo B: ambulanza di trasporto  |   |   |
| **TOTALE** |   |   |

1. Per le aziende che offrono il **Servizio di trasporto assistito su ambulanza,** indicare l’anno di immatricolazione delle ambulanze costituenti la vostra flotta:

|  |  |
| --- | --- |
| ***N° ambulanze Tipo A*** | ***Anno Immatricolazione*** |
|  |   |
|  |   |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***N° ambulanze Tipo A*** | ***Anno Immatricolazione*** |
|  |   |
|  |   |
|  |  |

1. Sulla base della vostra esperienza maturata nei settori di riferimento quali innovazioni merceologiche ritenete possano essere apportate all’iniziativa in oggetto?

|  |
| --- |
|  |

1. Rispetto all’offerta di servizi presenti nella precedente edizione della Convenzione, sono individuabili ulteriori attività e servizi che ritenete utile ed opportuno inserire? Per quale motivo?

|  |
| --- |
|  |

1. Quale contratto nazionale di lavoro è maggiormente applicato nel settore della Vostra impresa?

|  |
| --- |
|  |

1. Potreste indicare, distinguendo tra i principali servizi che la Vostra Azienda eroga tra quelli in oggetto, l’incidenza percentuale del costo della manodopera e le relative modalità di determinazione?

|  |
| --- |
|  |

1. Potreste indicare, distinguendo tra i principali servizi che la Vostra Azienda eroga tra quelli in oggetto, le voci di costo che incidono sull’erogazione del servizio, specificandone per ciascuna l’incidenza percentuale?

|  |
| --- |
|  |

1. Sapreste fornirci un’indicazione sugli indicatori di qualità che ritenete possano essere più appropriati ed oggettivamente misurabili per monitorare i servizi oggetto dell’iniziativa?

|  |
| --- |
|  |

1. Avete intrapreso contenziosi rilevanti nell’ambito della merceologia in oggetto? Se si, quali sono state le cause?

|  |
| --- |
|  |

1. Avete degli elementi/informazioni aggiuntive che ritenete possano essere utili per lo sviluppo della presente iniziativa?

|  |
| --- |
|  |

1. La Vostra Azienda si dichiara disponibile a partecipare ad una intervista di approfondimento del presente questionario presso la sede Consip, in data e orario da concordare.

**Risposte:**

SI NO

Con la sottoscrizione del Documento di Consultazione del mercato, l’interessato acconsente espressamente al trattamento dei propri Dati personali più sopra forniti.

|  |
| --- |
| **Firma operatore economico** |
|  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |