Sistema Dinamico di Acquisizione (SDAPA) per Servizi per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro

DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE DEL MERCATO

QUESTIONARIO GENERALE E TECNICO

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

[seusconsip@postacert.consip.it](mailto:seusconsip@postacert.consip.it)

Roma, 30/07/2021

**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, 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.

In merito all’iniziativa “*Bando per Servizi per la Sicurezza sui luoghi di Lavoro nell’ambito del Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione*” 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 il 15/09/2021 all’indirizzo PEC [seusconsip@postacert.consip.it](mailto: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, o iniziative diverse ma comunque riferite alla stessa merceologia, 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 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**

Consip intende pubblicare un Bando Istitutivo per Servizi per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, nell’ambito del Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione.

L’impianto del Bando è in fase di studio, indicativamente saranno oggetto dello stesso una o più delle seguenti categorie di servizi:

* Servizi tecnici per la valutazione dei rischi sui luoghi di lavoro, sistemi di prevenzione e protezione, gestione delle emergenze (prestazioni RSPP; ASPP, elaborazione DVR/DUVRI, etc.);
* Servizi di Sorveglianza Sanitaria (prestazioni del medico competente, prestazioni ambulatoriali, etc.);
* Servizi di formazione, informazione e addestramento in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

**Domande – Questionario generale e tecnico**

1. Riportare una breve descrizione della vostra Azienda (Es. forma societaria, attività principali, anni di esperienza nel settore, etc) e compilare cortesemente la tabella seguente.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Servizi offerti (SI/NO)*** | ***Attività principale (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* |  |  |
| **Servizi di Welfare Aziendale** *(presidi medici, infermieristici, psicologo, campagne di screening sanitari, etc.) in ambiti attinenti la merceologia in oggetto* |  |  |

1. Indicare se sarebbe interessata ad abilitarsi ad un Bando del Sistema Dinamico di Acquisizione per i Servizi di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro. In caso negativo, spiegare il motivo.

|  |
| --- |
|  |

1. Nel caso in cui la vostra Azienda sia già abilitata al Mercato Elettronico della PA - MePA Bando Servizi, indicare le Categorie di abilitazione:

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare la tipologia di azienda sulla base della raccomandazione della Commissione Europea 2003/361/CE del 6 maggio 2003:

|  |  |
| --- | --- |
|  | L’azienda non è una PMI; |
|  | Media impresa (≤ 250 dipendenti, ≤ 50 Mln€ di fatturato annuo, ≤ 43 Mln € totale di bilancio annuo); |
|  | Piccola impresa (≤ 50 dipendenti, ≤ 10 Mln€ di fatturato annuo, ≤ 10 Mln € totale di bilancio annuo); |
|  | Microimpresa (≤ 10 dipendenti, ≤ 2 Mln€ di fatturato annuo, ≤ 2 Mln € totale di bilancio annuo); |
|  | Altro: Studio Professionale, Società di Ingegneria, Libero Professionista, etc. (specificare).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Se l’Azienda fa parte di un Gruppo societario (holding di riferimento) indicarlo di seguito, riportando le Aziende facenti parte del Gruppo e le principali differenze delle attività eseguite.

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare in quali regioni/province l’Azienda opera/intende operare:

| **Regione** | **Si/no** | **Province** (In caso di copertura parziale della regione, indicare quali) |
| --- | --- | --- |
| 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. Indicare il n. medio di dipendenti degli ultimi 4 anni, il CCNL di riferimento per l’inquadramento dei Dipendenti e la/e tipologia/e di contratto applicate (determinato, indeterminato, etc).

|  |
| --- |
|  |

1. Per ciascuna tipologia di servizio, indicare quali sono le forme di collaborazione/contrattuali con professionisti/altre aziende/dipendenti maggiormente utilizzate per erogare i servizi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVIZI** | **Servizi internalizzati** | **Servizi erogati tramite collaborazione esterne**  (indicare forme contrattuali es. contratti di lavoro autonomo, subappalto, altro) | |
| **Servizi erogati tramite personale dipendente** | **Professionisti esterni** | **Altre aziende** |
| **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* |  |  |  |
| **Servizi di Welfare Aziendale** *(presidi medici, infermieristici, psicologo, campagne di screening sanitari, etc.) in ambiti attinenti la merceologia in oggetto* |  |  |  |
| **Altri servizi e/o forniture** *(specificare)* |  |  |  |

1. Indicare se la Vostra Azienda fa parte di associazioni di categoria; in caso affermativo specificare quali.

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare quale delle seguenti certificazioni e accreditamenti regionali la Vostra Azienda possiede indicando per ciascuna le eventuali tipologie di servizi per cui sono state conseguite.

| **Certificazione** | **(indicare con una “X” le certificazioni possedute)** |
| --- | --- |
| UNI EN ISO 9001 |  |
| UNI EN ISO 14001 |  |
| EMAS |  |
| UNI EN ISO 45001 |  |
| BS OHSAS 18001 |  |
| SA 8000 |  |
| UNI EN ISO 29990 |  |
| Altro | (specificare) |
| Accreditamento REGIONE | (specificare) |

1. Con riferimento al settore pubblico, indicare i principali appalti **eseguiti** per i servizi per la sicurezza sui luoghi di lavori (sia come gestione integrata che per singoli servizi) dal 2017 ad oggi.

| **Stazione appaltante** | **CIG** | **Oggetto dell’Appalto** | **Forma di partecipazione[[1]](#footnote-2)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Indicare a quali procedure della Pubblica Amministrazione nel settore dei servizi per la sicurezza sui luoghi di lavoro (sia come gestione integrata che per singoli servizi), la Vostra Azienda ha **partecipato** dal 2017 ad oggi.

| **Stazione appaltante** | **CIG** | **Oggetto dell’Appalto** | **Forma di partecipazione**1 | **Tipo procedura  (aperta, negoziata,  affidamento diretto, etc.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Indicare in particolare quali sono le principali difficoltà che avete riscontrato per la partecipazione a gare della Pubblica Amministrazione (es. requisiti di partecipazione/esecuzione, documentazione/certificazioni richieste, tipologia di criteri tecnici migliorativi presenti utilizzati per la valutazione delle offerte, chiarezza ed esaustività della documentazione a corredo dei bandi, etc.):

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare a quanto ammonta il fatturato annuo globale della Vostra Azienda e, qualora non perfettamente coincidente con i Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro, indicare la quota parte specifica (si prega di indicare il dato annuo relativo agli ultimi 4 esercizi finanziari - 2020 anche se non approvato). Di quest’ultimo, indicare inoltre la quota (%) relativa alla Pubblica Amministrazione?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***SERVIZI*** | ***Anno 2020*** | ***%PA*** | ***Anno 2019*** | ***%PA*** | ***Anno 2018*** | ***%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* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Servizi di Welfare Aziendale** *(presidi medici, infermieristici, psicologo, campagne di screening sanitari, etc.) in ambiti attinenti la merceologia in oggetto* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Altri servizi e/o forniture** *(specificare)* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fatturato Globale** |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Se la Vostra Azienda ha eseguito attività per conto della Pubblica Amministrazione, indicare quali sono le principali difficoltà che avete riscontrato nell’erogazione dei servizi afferenti la presente consultazione:

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare eventuali cause di contenzioso con la Pubblica Amministrazione nell’ambito della merceologia in oggetto, sia con riferimento alla fase di svolgimento della procedura di gara (compresi ricorsi promossi da altri concorrenti), sia in fase di esecuzione del contratto.

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare quali sono i modelli di remunerazione (ad es. a prestazione/a canone/ibrida) maggiormente utilizzati per ciascun servizio dalla Vostra Azienda. Indicare eventualmente pro e contro di modelli alternativi.

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare quali sono il/i driver (€/lavoratore, €/mansione, €/rischio, €/mq, n. edifici, etc.) maggiormente utilizzati dalla Vostra Azienda ai fini della corretta determinazione dei corrispettivi per i servizi indicati.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***DRIVER di determinazione del prezzo dei servizi*** | | |
| ***SERVIZI*** | ***Driver n.1*** | ***Driver n.2*** | ***Driver n.3*** |
| *Documento di Valutazione dei Rischi* |  |  |  |
| *Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione* |  |  |  |
| *DUVRI* |  |  |  |
| *Sistema di Gestione della Sicurezza su Lavoro* |  |  |  |
| *Piano delle Misure di Adeguamento* |  |  |  |
| *Piano di Emergenza* |  |  |  |
| *Prove di Evacuazione* |  |  |  |
| *Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio* |  |  |  |
| *Piano di formazione ed erogazione corsi di formazione e addestramento* |  |  |  |
| *Corsi di Formazione in aula* |  |  |  |
| *Corsi di Formazione e-learning* |  |  |  |
| *Piano di Sorveglianza sanitaria e Medico Competente* |  |  |  |
| *Visite mediche ed esami di laboratorio* |  |  |  |
| **Altri servizi** *(specificare)* |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Sulla base della vostra esperienza maturata nei settori di riferimento quali sono le recenti innovazioni merceologiche (ulteriori prestazioni/servizi) maggiormente rilevanti e le novità richieste nell’ultimo periodo?

|  |
| --- |
|  |

1. Sapreste fornirci degli esempi di indicatori di qualità che ritenete appropriati ed oggettivamente misurabili per monitorare per ciascuno dei servizi oggetto della presente indagine (es. \_\_\_\_\_\_\_\_)?

|  |
| --- |
|  |

1. Ulteriori segnalazioni a Vostra discrezione.

|  |
| --- |
|  |

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

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

1. . In caso di partecipazione in forma aggregata indicare: tipo (RTI, Consorzio, Rete, …); ruolo (mandate, mandataria, consorziata esecutrice, …); Ragione sociale degli altri operatori economici. [↑](#footnote-ref-2)