



## FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: ASL\_BO

REGISTRO: Protocollo generale

NUMERO: 0134234

DATA: 12/12/2023

OGGETTO: Riscontro a Vostra nota Fascicolo Anac n. 2452/2023 – Trasmissione delibera n. 404 del 6 settembre 2023 - Accordo quadro con più operatori economici finalizzato all'affidamento di un servizio di ospitalità residenziale, permanente o temporanea, rivolto a persone in cura presso i Centri salute mentale del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda UsI di Bologna. Lotto 2 Comunità Alloggio a Media Intensità. CIG 8096419053. Comunicazione delle risultanze ispettive e avvio dell'istruttoria ai sensi dell'art. 213 del d.lgs. 50/2016 e degli artt. 13 e seguenti del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di contratti pubblici del 4 luglio 2018

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Antonia Crugliano

### CLASSIFICAZIONI:

- [01-07-01]

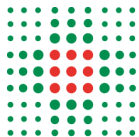
### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0134234_2023_Lettera_firmata.pdf:	Crugliano Antonia	E4BC7E702A0A9394ACDC6FE1182F8786 A9B6B7C10C9ECB4E0BF6F67BE76AFD8B
PG0134234_2023_Allegato1.pdf:		FCF63166CDD51733EED1B02CB8154AC1 5859BA188D58B461DB188F429CBD6E0E



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



Dipartimento Amministrativo  
Servizio Acquisti di Area Vasta  
Il Direttore

Settore servizi alberghieri, finanziari, socio-assistenziali,  
concessioni e attività di controllo e accesso agli atti

Spett.le  
Autorità Nazionale Anticorruzione  
(ANAC)  
protocollo@pec.anticorruzione.it

e p.c.

Dott.ssa Silvia Taglioli  
UO Anticorruzione e Trasparenza (SC)  
Azienda USL di Bologna

Dott. Fabio Lucchi  
Dott. Alberto Maurizzi  
Dipartimento Salute Mentale -  
Dipendenze Patologiche

**OGGETTO:** Riscontro a Vostra nota Fascicolo Anac n. 2452/2023 – Trasmissione delibera n. 404 del 6 settembre 2023 - Accordo quadro con più operatori economici finalizzato all'affidamento di un servizio di ospitalità residenziale, permanente o temporanea, rivolto a persone in cura presso i Centri salute mentale del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Bologna. Lotto 2 Comunità Alloggio a Media Intensità. CIG 8096419053. Comunicazione delle risultanze ispettive e avvio dell'istruttoria ai sensi dell'art. 213 del d.lgs. 50/2016 e degli artt. 13 e seguenti del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di contratti pubblici del 4 luglio 2018

A riscontro della nota citata in oggetto, si riepilogano le azioni adottate dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Bologna per superare le criticità evidenziate nella delibera ANAC n. 404/2023:

**1) Attuazione di visite ispettive semestrali** nelle Strutture dell'Accordo Quadro utilizzando la modulistica P096 AUSL Bologna allegata alla delibera 370 del 27/11/2018, integrandola con un scheda predefinita (come da allegato), in cui sono presi in considerazione tutti gli elementi richiesti nel capitolato di gara, in





particolare verificando il PTRI, le attività espletate e gli accertamenti perfezionati con i Centri di Salute Mentale (CSM) di riferimento per ogni singolo utente presente in struttura ed incrociando i dati con il sistema informativo CURE.

Le verifiche del PTRI vengono registrate nella cartella dell'utente CURE dagli operatori di riferimento del medesimo utente nel momento in cui risultano eseguite e sono finalizzate al monitoraggio degli obiettivi raggiunti e dell'andamento del progetto residenziale.

**2) Richiesta alle Strutture** di inviare al DEC mensilmente con mail:

**a) pianificazione del turno mensile del personale;**

**b) attività effettivamente svolte quotidianamente a favore dei singoli ospiti**, singolarmente e di gruppo, come da progetto individualizzato, incrociandole con le valutazioni quali-quantitative registrate dagli operatori di riferimento dei Centri Salute Mentale. E' in fieri la verifica con i referenti di CURE della Regione Emilia-Romagna circa la possibilità di poter attivare la procedura che permetta agli operatori dei gestori della residenzialità di poter registrare i loro interventi direttamente su CURE nella cartella personale dell'utente.

**3)** Alle strutture è stato chiesto inoltre l' **invio tempestivo del curriculum vitae di personale neoassunto** e di segnalare altrettanto tempestivamente al DEC e al CSM possibili scostamenti, episodi, situazioni problematiche che influenzino l'andamento dei progetti individualizzati sia per gli aspetti qualitativi che quantitativi relativamente alle prestazioni attese e a quelle effettivamente svolte a favore del paziente.

**4) Invio dei verbali dei controlli** oltre che al Servizio Acquisti anche al Servizio amministrativo del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

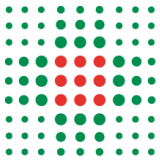
A ciò si aggiungono le azioni messe in campo dall'Azienda Sanitaria nella sua complessità;

- corsi di formazione, sensibilizzazione ed approfondimenti dell'importante ruolo svolto dal RUP e dal DEC;
- predisposizione di regolamentazione dei compiti assegnati al RUP e al DEC.

Si ringrazia per le preziose indicazioni fornite che hanno consentito a tutti gli operatori coinvolti nell'ambito dei contratti pubblici di servizi e forniture (dalla fase di acquisto a quella di esecuzione) di mettersi in discussione arricchendo i percorsi già intrapresi di ulteriori conoscenze e sempre più adeguate competenze.

Rimanendo a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.





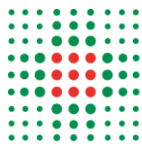
Firmato digitalmente da:  
Antonia Crugliano

Responsabile procedimento:  
Antonia Crugliano



**Alessandra Tracchi**  
Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)  
0516079953  
[servizio.acquisti@pec.ausl.bologna.it](mailto:servizio.acquisti@pec.ausl.bologna.it)

**Azienda USL di Bologna**  
Sede legale: via Castiglione, 29 - 40124 Bologna  
Tel +39.051.6225111 fax +39.051.6584923  
Codice fiscale e partita Iva 02406911202



Verbale periodico di verifica requisiti Struttura Residenziale Con Contratto Continuativo

Struttura \_\_\_\_\_ Tipologia C.A.  GAP  Altro \_\_\_\_\_

Contratto: Accordo Quadro Lotto 2  3  4  5  6  Olmetola: C.A.  GAP

Altro \_\_\_\_\_ data verifica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PRESENTI

AUSL		STRUTTURA		
COGNOME NOME	RUOLO	COGNOME NOME	RUOLO	
PERSONALE				
PERSONALE PRESENTE IN TURNISTICA	EP N°	OSS N°	INF. N°	ALTRO SP:
PERSONALE PRESENTE IL GIORNO DI VERIFICA	EP N°	OSS N°	INF. N°	ALTRO SP:
IL TURNO E' ESPOSTO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
E' FORMALMENTE CORRETTO?	LOGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OP. COGNOME NOME SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUALIFIC A SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SONO PRESENTI OPERATORI NON SEGNATI NEL TURNO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
MOTIVAZIONE _____				
TUTTI GLI OPERATORI PRESENTI NEL TURNO SONO STATI SEGNALATI AL DEC? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
SONO STATI INVIATI I DOCUMENTI DEL PERSONALE PRESENTE IN TURNO?				
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
LAUREA/ATTESTATO FORMAZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO LEGGE 81 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO FORMAZIONE ANTINCENDIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO FORMAZIONE PRIMO SOCCORSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
I TITOLI FORMATIVI RISPETTANO LE INDICAZIONI DEL CAPITOLATO DI GARA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DOCUMENTI ACQUISITI				
TURNO DI SERVIZIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GIA' IN POSSESSO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO LEGGE 81 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GIA' IN POSSESSO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO FORMAZIONE ANTINCENDIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GIA' IN POSSESSO <input type="checkbox"/>				
ATTESTATO FORMAZIONE PRIMO SOCCORSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GIA' IN POSSESSO <input type="checkbox"/>				
DVR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACQUISITO COPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
NOTE O SEGNALAZIONI:				



PRESTAZIONI ALBERGHIERE
PULIZIE AMBIENTALI
EFFETTUATE INTERNAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
DA PERSONALE DEDICATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
IN COLLABORAZIONE CON GLI UTENTI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON PROGETTO SPECIFICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
DITTA ESTERNA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
MENSA
INTERNA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN COLLABORAZIONE CON GLI UTENTI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON PROGETTO SPEC. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
CUCINA A NORMA HACCP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
ACQUISITO MANUALE AUTOTUTELA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
IL PERSONALE E' IN POSSESSO DEGLI ATTESTATI DA ALIMENTARISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
ACQUISITI ATTESTATI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTERNALIZZATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
GUARDAROBA UTENTI
GESTITO INTERNAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN COLLABORAZIONE CON GLI UTENTI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON PROGETTO SPECIFICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
NUMERO LAVATRICI : _____ TIPOLOGIA _____ WATT: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
NUMERO ASCIUGATRICI : _____ TIPOLOGIA _____ WATT: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
ESTERNALIZZATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
GUARDAROBA BIANCHERIA PIANA
LE LAVATRICI SONO LE STESSE DEL GUARDAROBA UTENTI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
GESTITO INTERNAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN COLLABORAZIONE CON GLI UTENTI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON PROGETTO SPECIFICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
NUMERO LAVATRICI : _____ TIPOLOGIA _____ WATT: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
NUMERO ASCIUGATRICI : _____ TIPOLOGIA _____ WATT: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
ESTERNALIZZATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON: _____ INVARIATO RISPETTO A VERBALE PRECEDENTE <input type="checkbox"/>
STRUTTURA
ESTERNA ADEGUATA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INTERNA ADEGUATA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PULIZIA ESTERNA ADEGUATA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PULIZIA INTERNA ADEGUATA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MOBILIO E SUPPELLETTILI
ESTERNI ADEGUATI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INTERNI ADEGUATI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PULIZIA E ORDINE ADEGUATI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



UTENTI E PROGETTI	
<b>UTENTE</b>	
PROGETTO FORMALIZZATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONGRUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COPROGETTATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICHE PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
CONGIUNTE CON CSM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
<b>UTENTE</b>	
PROGETTO FORMALIZZATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONGRUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COPROGETTATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICHE PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
CONGIUNTE CON CSM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
<b>UTENTE</b>	
PROGETTO FORMALIZZATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONGRUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COPROGETTATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICHE PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
CONGIUNTE CON CSM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
<b>UTENTE</b>	
PROGETTO FORMALIZZATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONGRUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COPROGETTATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICHE PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
CONGIUNTE CON CSM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATE VERIFICHE	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___
FARMACI	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE OPERATORE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLO CONTROLLO OPERATORE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AUTOSOMMINISTRAZIONE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
FARMACI PRESENTI IN CONTENITORI INTESTATI ALL'UTENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
FARMACI SCADUTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
TERAPIE PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
RICETTE E PRESCRIZIONI PRESENTI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
GESTIONE CORRETTA DEI FARMACI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ISTRUZIONI PER AUTOSOMMINISTRAZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
PRESENZA CORRETTA DEGLI ELEMENTI DELLA CARTELLA DELL'UTENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA CONSENSI AL TRATTAMENTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA CONTRATTI CONGIUNTI CON L'UTENZA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FIRMATI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TRASPORTI	
MEZZO DELLA STRUTTURA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AUTOVETTURA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MINIBUS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
UTILIZZO MEZZI PUBBLICI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DISTANZA DALLA FERMATA _____



NOTE A VERBALE:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRME A VERBALE

AUSL:

---

---

STRUTTURA:

---

---