

Il Responsabile dell'Unità Atti Deliberativi Azienda USL Frosinone

ATTO DELIBERATIVO N° 000087 DEL 30 GEN. 2015

ATTESTA CHE

La deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio nell'elenco N° 000087 del 30 GEN. 2015

- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 30 GEN. 2015 prot. n° 9
- è pubblicata all'albo Pretorio dal 30 GEN. 2015 al 14 FEB. 2015
- è esecutiva dalla data di adozione.

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE ESISTENTE AGLI ATTI D'UFFICIO

Frosinone 30 GEN. 2015

UNITA' ATTI DELIBERATIVI
Il Responsabile
(Dr.ssa M. Beatrice Ciaramella)

[Handwritten signature]

ORIGINALE - COPIA - ALLEGATI N°

Struttura Proponente: Responsabile della Prevenzione della Corruzione 001 28/01/2015
(Proposta N°) (Data)

OGGETTO: Integrazione al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (2015-2017)

L'estensore: Dott. Giancarlo Pizzutelli
(Nome e Cognome)

IL DIRETTORE GENERALE
Isabella Mastrobuono
[Handwritten signature]

Parere del Direttore Amministrativo
Dott. Mario Piccoli Mazzini
 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegata al presente atto)
Data 29 GEN. 2015 Firma PO

Parere del Direttore Sanitario
Dott. Roberto Testa
 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegata al presente atto)
Data 29 GEN. 2015 Firma PO

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.
Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: Non comporta spesa
(Descrizione)
Numero Conto Economico _____
Numero Sub autorizzazione _____
Visto del Funzionario addetto al controllo di budget: _____
Data _____ (Nome e Cognome) (Firma)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.
Responsabile del Procedimento:
Dott. Giancarlo PIZZUTELLI 28 GEN. 2015 *[Handwritten signature]*
(Nome e Cognome) (Data) (Firma)
Il Dirigente
Dott. Giancarlo PIZZUTELLI 28 GEN. 2015 *[Handwritten signature]*
(Nome e Cognome) (Data) (Firma)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

PREMESSO che l'azienda USL Frosinone, in ossequio alla Legge 190/2012, alla Circolare n° 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con Deliberazione n° 766 del 13 agosto 2013

CONSIDERATO che nel frattempo l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato con delibera n° 72/2013 il Piano Nazionale Anticorruzione che ha reso necessaria l'adozione di un aggiornamento del Piano Triennale mediante la Deliberazione n° 1101 dell'11/08/2014

RITENUTO di dover altresì provvedere all'ulteriore aggiornamento del predetto Piano per il 2015

PROPONE

- di approvare l'aggiornamento 2015 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale
- di pubblicare il Piano sul sito web aziendale www.aslfrosinone.it nell'apposita sezione denominata "Anticorruzione"
- di trasmettere copia del Piano al Dipartimento della Funzione Pubblica come previsto dall'art. 1 comma 8 della Legge 190/2012
- di trasmettere altresì copia del presente atto alla Regione Lazio, per opportuna conoscenza

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
(Dott. Giancarlo PIZZUTELLI)

IL DIRETTORE GENERALE

Isabella Mastrobuono

- Vista la relazione – proposta che precede;
- Visto il parere del Direttore Sanitario;
- Visto il parere del Funzionario addetto al controllo di budget;
- Visto il parere del Dirigente e/o Responsabile del procedimento attestante che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico;

DELIBERA

- di approvare la proposta così come formulata rendendola disposta.

Il Direttore Generale
Isabella Mastrobuono



REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE



Direzione Strategica

Il Responsabile della prevenzione della corruzione

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Integrazione aggiornamento gennaio 2015

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 2
1.ULTERIORI STRUMENTI LEGISLATIVI DI RIFERIMENTO	pag. 3
2.PREMESSA: LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PTPC DELLA ASL DI FROSINONE DAL 13/01/2013 AD OGGI	pag. 4
3.DESCRIZIONE DEL CONTESTO	pag. 6
4.MISSIONE DELL'AZIENDA USL DI FROSINONE	pag. 6
5.OBIETTIVI E AZIONI DEL PTPC	pag. 7
6.LA MAPPATURA DEI PROCESSI	pag. 14
7.LE MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DISCIPLINATE DALLA LEGGE N. 190/2012	pag. 20
8. ROTAZIONE DEL PERSONALE	pag. 21
9. DISCIPLINA SPECIFICA IN MATERIA DI FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA P.A.	pag. 23
10.CONFLITTO DI INTERESSE E CODICE DI COMPORTAMENTO	pag. 25
11. DISCIPLINA SPECIFICA IN TEMA DI SVOLGIMENTO DI INCARICHI	pag. 25
12.ADEMPIMENTI RELATIVI AL D.LGS N. 33 DEL 14/03/2013	pag. 25
13.CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI	pag. 25
14. INCOMPATIBILITA' PER SPECIFICHE POSIZIONI DIRIGENZIALI	pag. 26
15. SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)	pag. 27
16. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO	pag. 28
17.FORMAZIONE IN MATERIA DI ETICA, INTEGRITÀ ED ALTRE TEMATICHE ATTINENTI ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	pag. 28
18. PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI	pag. 30
19. INDIVIDUAZIONE DI MISURE ULTERIORI PER LA PREVENZIONE DEL FENOMENO CORRUTTIVO	Pag. 30
21.MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	Pag. 31
15.CRONOPROGRAMMA	pag. 32

INTRODUZIONE

Con l'entrata in vigore della Legge 190\2012, si introduce uno strumento normativo la cui innovazione è costituita dal presupposto che sia necessario prevenire il fenomeno corruttivo oltre che reprimerlo e sanzionarlo. Particolare enfasi infatti viene posta sulle azioni che consentono di promuovere la cultura dell'etica e della legalità finalizzate fra l'altro verso lo stimolo per un movimento culturale e sociale che parta dalle basi costituenti la società attraverso "i cittadini-utenti" permeando la gestione amministrativa "attraverso il cittadino-dipendente".

Il processo di cambiamento sconta inevitabili ritardi connessi alla complessità del Sistema in cui tale normativa deve applicarsi: nondimeno l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone è fortemente impegnata nella definizione degli ambiti e dei processi all'interno dei quali le disposizioni devono essere declinate in via prioritaria. A tal proposito si ritiene utile richiamare la normativa di riferimento con particolare attenzione agli aggiornamenti intervenuti nel 2013:

- D.L. n.39 del 08\04\2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50 L. 190".
- D.L. n. 33 del 14\03\2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni". Il Decreto, nel rispetto dei principi e criteri direttivi dei commi 35 e 36 art.1 L. 190, definisce il principio generale di trasparenza, come:
"accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, c. 1).
- Decreto del Presidente della Repubblica 16\04\2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Dls 30\03\2001, n.165".
- **Delibera n. 72/2013 del 24 ottobre 2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche di approvazione del "Piano Nazionale Anticorruzione" predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica.**
- **Delibera n. 75/2013 del 24 ottobre 2013 "Linee guida in materia di Codici di comportamento" a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche.**

1. ULTERIORI STRUMENTI LEGISLATIVI DI RIFERIMENTO:

- Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13 marzo 2013.
- Circolare n.1 del 25\01\2013 –Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione- Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica
- D.P.C.M. del 16\01\2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano
- Legge n. 116 del 3 agosto 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58\4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale".
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- Decreto Legislativo denominato "Testo unico sulla privacy" n. 196 del 30 giugno 2003

2. PREMESSA: LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PTPC DELLA ASL DI FROSINONE DAL 13/01/2013 AD OGGI

Nomina del Responsabile della Prevenzione della corruzione e Piano Triennale di Prevenzione della corruzione

La Legge 190 del 6 novembre 2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” all’art.1 c.5 prevede la predisposizione di Piani triennali di prevenzione della corruzione in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1 c.2 D.lgs 165/2001 e, all’art.1 c.7, la nomina di un Responsabile della prevenzione della corruzione.

L’Azienda USL di Frosinone, in ottemperanza alla suddetta normativa, ha deliberato la nomina del Dott. Fernando Ferrauti quale Responsabile della Prevenzione della corruzione in data 11 luglio 2013, Delibera 618 DG .

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha formulato una proposta di Piano Triennale di Prevenzione della corruzione che è stata adottata con Deliberazione DG n. 766 del 13 agosto 2013. A seguito delle dimissioni del Dott. Ferrauti la stessa Azienda USL ha provveduto alla sua sostituzione nominando quale Responsabile il Dott. Giancarlo Pizzutelli, con Deliberazione n° 496 del 22/04/2014

2.1 Inconferibilità e Incompatibilità

Pur prevedendo tutti i passaggi necessari ed obbligatori previsti anche dalla Circolare n.1\2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito all’applicazione della L.190\2012 nonché dalle delibere della Civit, le prime fasi di attuazione del PTPC sono state fortemente influenzate dagli adempimenti conseguenti al D.Lgs 39\2013 “Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni...” che hanno reso necessario procedere all’acquisizione delle autodichiarazioni dei Dirigenti in carica e di quelli in corso di nomina. Il profilo innovativo del decreto, la complessità dei contenuti e le difficoltà interpretative hanno richiesto una intensa attività di consultazione sia interna alla Azienda ASL tra la Direzione Generale, le Partiture aziendali interessate, gli Uffici deputati al controllo e vigilanza e il Responsabile della Prevenzione della corruzione, sia esternamente con il ricorso a quesiti posti alla Civit e confronti con altre Aziende Sanitarie del territorio nazionale.

La verifica sulla insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità è stata cadenzata dal susseguirsi di circolari e direttive talora contrastanti e dalle richieste di chiarezza degli stessi Dirigenti titolari di incarichi nella ASL che allo stato delle cose avevano in essere anche incarichi presso altri Enti.

Il quadro si è nettamente semplificato con l’emanazione della Delibera dell’ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 “*Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario*” che testualmente recita: “ *Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.*”

2.2 Nomina dei Referenti

In considerazione degli adempimenti contenuti nel PTPC e delle indicazioni contenute nella Circolare n.1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, e del PNA sono stati individuati 2 referenti centrali e 22 referenti in rappresentanza delle macrostrutture aziendali. I loro nominativi sono riportati nel precedente Piano Triennale dell’11/08/2014

Sia il Responsabile che i referenti hanno frequentato apposito corso di formazione in house tenuto nei giorni 26,27 e 28 novembre 2014 dai docenti Prof. Luciano Hinna, Dott.ssa Maria Scinicariello e Dott.ssa Irene Salerno

2.3 Codice di Comportamento

Tra i compiti assegnati al Responsabile della Prevenzione della corruzione, l’adozione di un Codice di Comportamento aziendale viene considerata, dalla Legge 190\12, una misura di prevenzione fondamentale. Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce le disposizioni di carattere generale per i dipendenti della pubblica amministrazione e le disposizioni particolari per i Dirigenti in materia di “*doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare*”. Accogliendo le indicazioni del DPR n. 62, il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha predisposto il Codice di Comportamento dell’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone che è stato adottato in data 11 ottobre 2013 delibera n. 955/DG. Il Codice di Comportamento è stato distribuito in formato cartaceo e pubblicato sul sito aziendale. Successivamente, in data 24/10/2013, l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha pubblicato le Linee guida in materia di Codici di Comportamento per le pubbliche amministrazioni. Non si è proceduto per il momento ad aggiornare il Codice in quanto si è preferito implementare le misure obbligatorie che, in buona parte, ne rappresentano imprescindibili punti di riferimento.

2.4 Pareri e segnalazioni

Dall'atto della sua nomina, il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha esaminato numerose segnalazioni di presunti fenomeni di illegalità segnalati sia in forma anonima sia con modalità di esposto sottoscritto: per ogni segnalazione è stata effettuata verifica. Sono stati, inoltre, formulati pareri in merito a posizioni particolari di Dirigenti dell'Azienda, per quanto di competenza del Responsabile dell'anticorruzione e su richiesta della Direzione Generale.

3. DESCRIZIONE DEL CONTESTO

Il territorio dell'Azienda USL di Frosinone comprende tutto l'ambito provinciale con 91 comuni. La superficie totale è di 3241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 497.849 abitanti (dato I.S.T.A.T all'1-1-2010).

La strutturazione aziendale sta per subire una imminente profonda rivisitazione in base al nuovo Atto di Autonomia Aziendale attualmente al vaglio delle superiori Autorità di Governo e quindi non ancora operativa per cui al momento si preferisce rimandare alla descrizione riportata nel precedente aggiornamento del Piano.

Il numero del Personale Dipendente, compreso quello a tempo determinato, della AUSL Frosinone è pari a n. 3.870 (871 dirigenti + 2.999 non dirigenti), alla data del 31.12.2014

4. MISSIONE DELL'AZIENDA USL DI FROSINONE

L'azione dell'Azienda USL di Frosinone è centrata sulla promozione e la tutela della salute, individuale e collettiva di tutta la popolazione residente o presente, a qualsiasi titolo, sul proprio territorio garantendo attraverso i livelli essenziali di assistenza la migliore qualità di vita possibile. Ruolo fondamentale assumono gli interventi di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione con particolare attenzione all'integrazione fra assistenza ospedaliera e servizi territoriali.

I propri valori fondanti sono

- mettere in primo piano il fine "salute" a cui intende contribuire, la specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti i servizi
- l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia fra paziente ed operatore sanitario;

- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico - assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico ;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- rendere consapevole ogni componente della valenza etica e del contributo che il lavoro prodotto può apportare per la piena soddisfazione dei bisogni delle persone assistite, pertanto a tal fine è necessario stimolare e riconoscere attivamente questo tipo di contributo
- sviluppare il principio della cooperazione, della collaborazione fra i soggetti interni ed esterni che possono contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione residente e di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi resi alle persone che li utilizzano;
- essere comprensibile e contestabile nelle decisioni, nella dinamica di funzionamento e nei risultati rispetto ai cittadini e ad ogni altro soggetto o organo che ne abbia riconosciuto diritto

Pertanto l'organizzazione dell'ASL di Frosinone è basata sul rispetto di valori e regole alla base di principi fondamentali che devono essere rispettati da tutti i dipendenti:

Eguaglianza: l'assistenza viene assicurata a tutti i cittadini senza distinzione di sesso, età, razza, ceto, opinioni politiche o religione;

Continuità dell'assistenza: i servizi sono erogati in maniera continuativa e senza interruzioni. In casi di funzionamento irregolare o di sospensione dell'erogazione del servizio, l'Azienda si impegna ad adottare misure volte a prevenire il disagio per l'utenza interessata;

Partecipazione: la ASL di Frosinone si impegna a favorire la partecipazione delle Associazioni di volontariato e degli Organismi di tutela dei cittadini al fine di sollecitare la partecipazione al processo di miglioramento dell'erogazione dell'assistenza;

Imparzialità: tutti i dipendenti dell'ASL di Frosinone hanno l'obbligo di rispettare il Codice di Comportamento dell'Azienda mantenendo un comportamento improntato a criteri di obiettività, equità, trasparenza;

Efficienza ed efficacia: l'ASL di Frosinone si impegna a garantire l'efficienza e l'efficacia sia delle prestazioni sanitarie che organizzative e dell'economicità del sistema.

5. OBIETTIVI E AZIONI DEL PTPC

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, in attuazione della Legge, ha adottato con formale procedimento il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e provvede all'aggiornamento

annuale dello stesso e, comunque, ogni qual volta intervegano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione. Obiettivo principale è assumere ogni ulteriore iniziativa, in aggiunta a quelle già previste, al fine di contrastare la mancanza di fiducia da parte del cittadino nella pubblica amministrazione, dando risposte articolate e sistemiche al fenomeno corruttivo anch'esso sistemico attraverso le seguenti strategie:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire i casi di corruzione
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione

L'adozione e la diffusione del PTPC all'interno della ASL di Frosinone e attraverso il sito internet aziendale dovrà avere la funzione di aumentare la conoscenza degli strumenti di contrasto all'illegalità attualmente vigenti; altrettanto utile viene considerata la segnalazione di comportamenti virtuosi dei dipendenti da parte di cittadini/utenti

5.1 definizione della corruzione nella legge 190/2012

La Circolare n.1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 osserva che la Legge non contiene una definizione della "corruzione", che viene quindi data per presupposta; questa invita a contestualizzare il concetto di corruzione comprendendovi le situazioni in cui, nel corso dell'attività dell'amministrazione pubblica si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti, pertanto, non si esauriscono nella violazione degli artt. 318,319,319 ter del Codice Penale e vanno oltre la gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del Codice. Ad esse si aggiungono tutte le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza: un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite; l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Si riportano, di seguito, alcune significative definizioni di corruzione.

“La corruzione coinvolge il comportamento da parte dei funzionari dei settori pubblico e privato, in cui hanno indebitamente e illegittimamente arricchito se stessi e/o chi è loro vicino, o indotto altri a farlo, abusando della posizione in cui sono collocati”. Banca Asiatica di Sviluppo

“La corruzione coinvolge il comportamento da parte dei funzionari del settore pubblico, sia politici o funzionari pubblici, in cui hanno indebitamente e illegittimamente arricchito se stessi, o chi è loro vicino a seguito del cattivo uso del potere pubblico loro affidato”. Transparency International

“L'abuso di potere pubblico per il beneficio privato”. Banca Mondiale

Il concetto di corruzione, nella fattispecie, amplia i confini della definizione imponendo una rigorosa ed attenta applicazione delle procedure di verifica in particolare all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la cui "mission" è prioritariamente la cura del malato e la tutela della sua dignità.

5.2 soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della ASL Frosinone e relativi compiti e funzioni secondo il PNA:

a. Direzione Generale:

1. designa il responsabile (art. 1, comma 7, della l. n. 190);
2. adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica e, se del caso, alla regione interessata (art. 1, commi 8 e 60, della l. n. 190 del 2012);
3. adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti *ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001*);

b. il responsabile della prevenzione della corruzione:

1. svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, l. 190 del 2012);

c. i referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza:

1. svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
2. osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

d. tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

1. svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);

2. partecipano al processo di gestione del rischio;
3. propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
4. assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
5. adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
6. osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

e. gli O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno:

1. partecipano al processo di gestione del rischio e considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti (Allegato 1, par. B.1.2.);
2. svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
3. esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

f. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.:

1. svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
2. provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
3. propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;

g. tutti i dipendenti dell'amministrazione:

1. partecipano al processo di gestione del rischio (Allegato 1, par. B.1.2.);
2. osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
3. segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54*bis* del d.lgs. n. 165 del 2001); segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento);

h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

1. osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
2. segnalano le situazioni di illecito (art. 8 Codice di comportamento).

5.3 campo di applicazione dell'analisi del rischio e dell'intervento di prevenzione

Il dispositivo normativo di riferimento più volte citato, all'art. 1 comma 9 lettera a) prevede che il PTPC risponda all'esigenza di "individuare le attività, tra le quali *obbligatoriamente* quelle di cui al comma 16, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art. 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165."

I procedimenti corrispondenti alle aree di rischio indicate sono:

- processi finalizzati all'acquisizione e progressione del personale
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinati dal D. Lgs. n. 163 del 2006
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Pur riconoscendo la necessità di individuare specifiche aree di rischio in relazione all'attività istituzionale della specifica amministrazione, la L. 190/12 considera le suddette aree ricorrenti presso tutte le pubbliche amministrazioni e ritiene che esse costituiscano un "*contenuto minimale*" da analizzare e indicare nel PTPC.

L'ASL di Frosinone assume le quattro aree indicate come campo per una prima analisi dei processi in cui è possibile identificare il rischio che si verifichi un evento corruttivo. La scelta è motivata dalle seguenti considerazioni:

- la ricostruzione completa del sistema dei processi di lavoro in una Azienda Sanitaria Locale è tale da richiedere una programmazione preceduta da formazione specifica in materia di anticorruzione com'è nello spirito della normativa;
- la tempistica di realizzazione del lavoro è tale da non favorire una corrispondenza con i tempi di lavoro dei singoli Dirigenti;
- l'ASL di Frosinone, per le sue caratteristiche geografiche e territoriali, nonché la suddivisione in quattro distretti sociosanitari che coincidono con le vecchie Unità Sanitaria Locale, risente di una carenza di scambi informativi che rendono difficoltose le comunicazioni;

5.4 individuazione degli attori interni che hanno partecipato all'assessment del rischio e alla predisposizione del Piano

Il Piano Nazionale Anticorruzione predisposto da Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato in data 24 ottobre 2013 Delibera 72/2013 dell'A.N.AC. individua e definisce l'insieme

delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione ai fini di una corretta gestione del rischio corruttivo facendo esplicito riferimento, nell'allegato 6 del PNA, ai "Principi e linee guida UNI ISO 31000-2010". L'intero processo di gestione del rischio viene declinato nelle sue fasi specifiche evidenziando la necessità di coinvolgere i dirigenti per le aree di rispettiva competenza al fine di individuare i processi all'interno dei quali deve essere sviluppata la valutazione del rischio; il PNA, inoltre, sottolinea l'opportunità di creare una *task force* multidisciplinare in grado di coordinare le attività di analisi e sistematizzarne i risultati.

I riferimenti alla letteratura scientifica nazionale ed internazionale per la gestione del rischio, le indicazioni metodologiche per la mappatura dei processi contenuti nel PNA e la formazione in materia di anticorruzione per i Responsabili da parte della Scuola Nazionale dell'Amministrazione, cui la Legge 190/2012 rimanda, l'ampiezza della materia e della platea di riferimento, unitamente alle numerose peculiarità presenti hanno posto la necessità di privilegiare le azioni propedeutiche all'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione definite obbligatorie. A tal fine il Responsabile della Prevenzione della corruzione (RPC) ha costituito il Tavolo di lavoro dei Referenti con il compito di procedere alla mappatura dei processi delle quattro aree di attività richiamate nel precedente paragrafo; il Tavolo di lavoro si è riunito in prima convocazione il 20/11/2013 ed ha successivamente e costantemente prestato la sua collaborazione per la migliore formulazione del Piano. I Referenti, inoltre, hanno dato comunicazione delle novità introdotte dalla L.190/12 presso i rispettivi Dirigenti delle articolazioni aziendali per poter procedere più agevolmente nella fase di mappatura dei processi. La delimitazione del campo di applicazione del *risk-assessment* alle aree obbligatorie ha definito gli attori che hanno partecipato alla valutazione secondo i seguenti profili:

- Direttori di Dipartimento
- Direttori di Struttura Complessa
- Responsabili di Struttura Semplice

I suddetti sono individuati come responsabili della misura obbligatoria applicata e di eventuali misure ulteriori da definire nel corso della programmazione successiva.

5.5 individuazione degli attori esterni che hanno partecipato alla predisposizione del Piano

La tempistica di realizzazione del PTPC, le difficoltà organizzative legate all'individuazione degli attori interni e successivamente alla concretizzazione della mappatura dei processi, non ha consentito di raggiungere in modo efficace gli stakeholders presenti sul territorio. Anche in questo caso il limite derivato dall'obbligo di procedere alla predisposizione del PTPC con personale comunque non esclusivamente dedicato ha determinato alcune carenze. Le Associazioni di cittadini

sono state invitate tramite comunicato presente sul sito aziendale a presentare proposte di collaborazione che saranno parte integrante della programmazione del Responsabile della Prevenzione della corruzione della ASL Frosinone.

Tale metodologia di approccio sarà conservata anche in futuro, implementandola con incontri specifici.

6. LA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'elaborazione del "catalogo dei processi" così come descritto dal PNA prevede che i Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali indichino i processi organizzativi con particolare attenzione alle aree in cui, in via teorica, possono verificarsi episodi di corruzione; a tali processi devono associarsi i sistemi di controllo e le misure adottate al fine di prevenire tali episodi.

Alle aree di rischio indicate dall'art. 1 comma 16 della L. 190/12; i processi valutati sono relativi alle stesse aree come da allegato 2 del PNA. Le aree a rischio considerate specifiche dell'attività sanitaria sono state declinate in processi ulteriori.

6.1 individuazione di processi relativi all'attività specifica dell'amministrazione

Le sollecitazioni ad individuare processi ulteriori e specifici dell'attività dell'amministrazione, contenute nel PNA si evidenziano nella, sia pure parziale, declinazione effettuata in particolare nell'area "Acquisizione e progressione del personale" e nelle aree "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario". La determinazione ad analizzare le aree obbligatorie non ha quindi impedito di individuare i processi primari maggiormente rilevanti sia per frequenza che per specificità di azione. E' necessario tuttavia considerare tale quadro di prima stesura e solo indicativo del lavoro programmato dal Responsabile della Prevenzione che ha preso atto dell'attuale indisponibilità del registro completo di tutti i processi e relative sottofasi di procedimenti presenti nell'amministrazione. Lo stadio successivo prevede infatti l'individuazione e l'analisi il più possibile completa dei processi primari e primari di supporto e i relativi sottoprocessi, considerati maggiormente esposti a rischio di evento corruttivo con particolare attenzione a quelli le cui fasi interessano uffici diversi o che non risultano, dall'attuale analisi, regolamentati da procedure interne.

6.2 metodologia di raccolta dati

L'analisi del rischio dei processi ha interessato i Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali in cui insistono i processi individuati attraverso una modalità di formazione-intervento. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso un'intervista condotta dal Referente incaricato utilizzando il questionario contenuto nell'allegato 5 del PNA. E' stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare le attività connesse ai processi e le unità operative interessate e la relativa valutazione dell'indice di rischio del processo; l'indice di rischio è calcolato secondo la stima della probabilità e dell'impatto con coefficiente finale dato dalla moltiplicazione dei due dati parziali. Ogni tabella per la valutazione dei processi è a firma del Referente e del Responsabile dell'Unità

Operativa/Dipartimento/Struttura. i suddetti indici di rischio sono stati riportati in una tabella suddivisa in tre aree di rischio: alta-media-bassa.

Per la valutazione del rischio specifico è stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare attraverso quali modalità possono più verosimilmente verificarsi episodi corruttivi, l'eventuale esistenza di regolamenti o procedure interne già attive ed efficaci nel prevenire tali episodi, la valutazione del rischio specifico. Nella valutazione del rischio specifico, effettuata con le stesse modalità precedentemente descritte, sono state considerate l'esistenza di sentenze per reati contro la P.A. o segnalazioni inerenti il rischio in analisi, l'esistenza e l'efficacia dei controlli, il verificarsi di contenziosi ed in ultimo, la valutazione soggettiva del Responsabile intervistato. La valutazione è stata espressa mediante le frequenze: alto-medio-basso.

In considerazione del non omogeneità del livello di dettaglio dei processi analizzati, l'analisi del rischio specifico non ha riportato una casistica significativa.

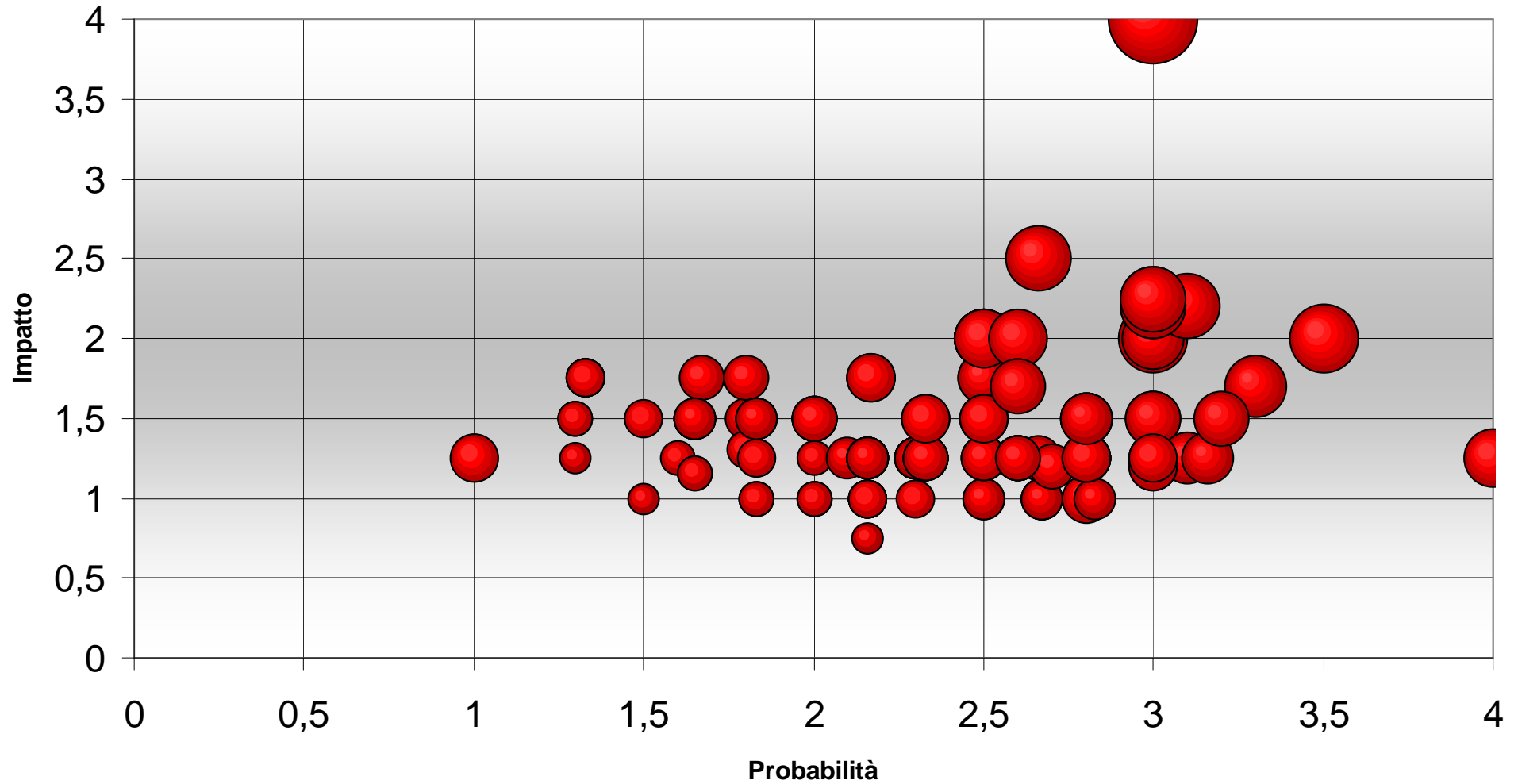
Gli strumenti necessari al lavoro di mappatura dei processi sono stati costruiti attraverso riunioni periodiche, incontri in piccoli gruppi, scambio di informazioni e materiali attraverso la rete intranet aziendale.

6.3 Matrice dei processi

La Matrice dei processi identificati ed analizzati è stata costruita utilizzando i valori massimi registrati e relativi alla frequenza dell'impatto (asse y) e della probabilità (asse x). La distribuzione evidenzia una maggiore frequenza di processi con elevata probabilità che si verifichi un evento corruttivo rispetto all'impatto che risulta avere valori assoluti inferiori: tale dato può derivare da una maggiore presenza di processi secondari analizzati rispetto ai processi primari e specifici dell'Azienda Sanitaria.

Si nota una sostanziale omogeneità nella valutazione dei processi, probabilmente conseguente alla fase sperimentale del lavoro ed alla prevalenza dell'elemento soggettivo nell'attribuzione del valore numerico. La successiva fase di ponderazione del rischio in relazione ai processi analizzati, ha consentito di individuare le priorità e le urgenze del trattamento attraverso l'applicazione delle misure obbligatorie, previste dalla normativa ed indicate nel PNA.

Matrice del Rischio



6.4 tabelle riassuntive della mappatura dei processi nell'Azienda Sanitaria Locale Frosinone

**AREA: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO
CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Amministrazione e Finanze	1 Struttura Complessa	3 Processi
Distretti	2 Strutture Complesse	2 Processi
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	3 Strutture Complesse	1 processo
Dipartimento di Prevenzione	1 Struttura Complessa	1 Processo
Centro di Salute Mentale	4 Strutture Semplici	1 processo

**AREA: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO
PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Dipartimento di Prevenzione	1 Struttura Complessa	4 Processi
Distretti	2 Strutture Complesse	2 Processi
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	3 Strutture Complesse	2 processi
Centro di Salute mentale	4 Strutture Semplici	2 processi
Dipartimento Scienze Chirurgiche	12 Strutture Complesse	3 processo
Dipartimento Integrazione Sociosanitaria	12 Strutture Complesse	2 Processi
Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza	2 Strutture Complesse	2 Processi

AREA: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Provveditorato Economato	1 Struttura Complessa	8 Processi
Patrimonio Tecnico Immobiliare	1 Struttura Complessa	12 Processi
Distretti	2 Strutture Complesse	11 processi
Dipartimento Misto dei Servizi	2 Strutture Complesse	5 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 processo

AREA: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Risorse Umane	1 Struttura Complessa	4 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 Processo
Dipartimento Misto dei Servizi	1 Struttura Complessa	1 Processi

Complessivamente il lavoro ha interessato 6 Dipartimenti, 36 Strutture Complesse e 4 Strutture Semplici Dipartimentali per un totale di 32 processi.

Le risultanze ottenute nel corso del 2013/14 conservano a tutt'oggi la loro validità per cui continuano a costituire il necessario riferimento per le attività di prevenzione della corruzione.

6.5 La ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio è stata effettuata attraverso il confronto dei dati ottenuti dall'analisi ottenendo una classificazione del livello di rischio. Considerando il limitato numero di processi analizzati e soprattutto la generale identificazione delle fasi di processo, la suddetta classificazione viene considerata indicativa e proposta all'attenzione dei Dirigenti delle articolazioni aziendali al fine di ricomprenderla all'interno del piano formativo specialistico.

I processi, le fasi di processo o gli aggregati di processo per i quali siano emersi livelli di rischio più elevati vanno ad identificare le aree rappresentative delle attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. Gli indici di rischio rilevati vanno dal rischio minimo pari a 1,50 al rischio massimo pari a 12. Lo strumento, di cui all'allegato 5 del PNA, utilizzato per la misurazione degli indici di rischiosità dei processi appare non esaustivo ed in alcuni casi poco sensibile a rilevare gli elementi indicativi della possibilità che si verifichi un evento corruttivo. Importante, inoltre, è il peso dato all'elemento soggettivo da cui discende una non univocità dei criteri di valutazione.

La necessaria classificazione delle priorità di trattamento ha identificato tre aree di intervento: basso-medio-alto in corrispondenza dei range: 1,50-2,50; 2,50-3,50; > 3,50. Tutti i processi e le relative partiture aziendali che hanno registrato un punteggio superiore a 3,50 sono soggetti ad applicazione delle misure obbligatorie previste dal PNA.

L'analisi delle schede predisposte per la mappatura dei processi rileva due incongruenze:

- 1 non risulta analizzato alcun processo da parte del Dipartimento di Scienze Mediche
- 2 le SS.CC. Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia, collocate all'interno del Dipartimento per l'Integrazione Sociosanitaria con Uffici prevalentemente ambulatoriali, non hanno riportato l'analisi del processo relativo all'inserimento nelle liste d'attesa in regime di ricovero.

In considerazione delle caratteristiche di particolare rilevanza, insite nei casi descritti, nelle more della ridefinizione dei processi e del relativo prossimo aggiornamento del PTPC, le suddette partiture aziendali si intendono collocate nel range "alto" e, pertanto, soggette ad applicazione delle misure obbligatorie del PNA; ciò deve essere considerato valido per tutte le Partiture Aziendali non risultanti nella mappatura.

Di particolare interesse, infine, appare la differenza di rilevazione degli indici nelle Strutture Complesse in cui sono presenti modelli procedurali e protocolli organizzativi formalizzati: la evidente familiarità con strumenti di valutazione e di risk management ha favorito una più corretta esecuzione del lavoro (Amministrazione e Finanze; Dipartimento di Prevenzione; Patrimonio Tecnico Immobiliare). In alcune Strutture Complesse sono presenti protocolli e procedure interne informali e si intende che esse vengano formalizzate con appositi Atti nel corso del 2015.

7. LE MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DISCIPLINATE DALLA LEGGE N. 190/2012

In relazione agli obiettivi del presente PTPC e in ottemperanza alla normativa di riferimento sono di seguito elencati i principali strumenti di prevenzione della corruzione, oltre all'adozione dello stesso Piano, che la Legge 190/2012 definisce obbligatori per tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:

- Rotazione del personale STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 8
- Disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 9
- Adempimenti relativi al D.Lgs n.39 del 08\04\2013 recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico” STATO DI ATTUAZIONE: è già operativa una procedura standardizzata e concordata con gli uffici interessati finalizzata a stabilizzare la verifica sulla inconfiribilità e incompatibilità, ai sensi del suddetto d.lgs. 39, dei Dirigenti interessati
- Codice di Comportamento STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 10
- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 10
- Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio- attività ed incarichi extraistituzionali STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 11
- Adempimenti relativi al D.Lgs n. 33 del 14\03\2013 sul “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni” STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 12
- Disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 13
- Incompatibilità per specifiche posizioni dirigenziali; STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 14
- Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 15
- Disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito - STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 16
- Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione. STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 17

8. ROTAZIONE DEL PERSONALE

La Legge 190/2012 prevede, all'art. 1 comma 10 lettera b, che il Responsabile della Prevenzione della corruzione “verifichi d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione”: trattasi di misura che nel campo dell'assistenza sanitaria va attuata con particolare ponderazione.

Numerose sono le motivazioni alla base di tale riflessione.

Se è condivisibile, infatti, quanto affermato dalla Civit “L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione” non si può negare che nel settore sanitario tale impostazione può entrare in contrasto con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione assistenziale, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività.

Non a caso nel Servizio Sanitario Nazionale i Dirigenti sono assunti ed inquadrati per “disciplina” specifica per cui non sono intercambiabili (fungibili), ad esempio, Dirigenti Cardiologi con Dirigenti Ginecologi.

Lo stesso ambito di intervento (salute della persona e della collettività) caratterizzato dal più massiccio impegno in termini di ricerca scientifica mal si concilia con una intercambiabilità generalizzata.

Ne deriva che è interesse dell'Amministrazione e della collettività favorire una valorizzazione professionale (specializzazione) sempre più spiccata che riesca a superare le criticità sopravvenute a causa di un elevato turnover delle figure apicali instauratosi da qualche anno.

Nel caso specifico appare quindi necessario provvedere ad una attenta valutazione preliminare sulle modalità di attuazione della rotazione secondo le seguenti modalità e criteri:

la rotazione deve avvenire solo al termine dell'incarico;

la rotazione non si applica per le figure infungibili (sono dichiarati infungibili i profili professionali nei quali è previsto il possesso di specializzazione e/o che, su verifica specifica, non trovano professionalità idonee in A.S.L.);

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione pertanto individua le aree i cui dipendenti non possono essere soggetti a rotazione in relazione alla specificità delle competenze e alla tutela dell'efficacia dell'azione amministrativa/assistenziale e propone alla Direzione Generale l'adozione di misure ulteriori (AUDIT) già previste nel precedente PTPC e deliberate in data 11/10/2013 n. 956DG.

Tale procedura potrà essere attuata solo al termine del processo di riorganizzazione previsto dal nuovo Atto Aziendale attualmente al vaglio degli Organi di Governo superiori.

Si individuano i seguenti criteri per l'attuazione della rotazione, nel rispetto della garanzia del buon andamento dell'amministrazione:

- a) Alla scadenza dei contratti degli incarichi ritenuti fungibili, sono pubblicati avvisi per favorire i processi di mobilità interna volontaria.
- b) La misura viene adottata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative
- c) Per i dipendenti che devono alternarsi, verrà avviato un percorso con attività preparatoria di accompagnamento in termini di formazione e autoformazione, calibrato sulle competenze specifiche da possedere nel nuovo incarico assegnato, per un periodo che va dai 3 ai 6 mesi, con apposito programma da inserire nella deliberazione di attribuzione dell'incarico. L'Area della formazione organizza sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.
- d) Per la rotazione dei membri delle commissioni stabili, in particolare di quelle che accertano diritti e concessioni (invalidità civile, idoneità al lavoro, patenti ecc) i componenti non possono durare più di tre anni di seguito e il reincarico prevede almeno altri due anni consecutivi di interruzione. Per le commissioni istituite ad hoc di volta in volta (ad es. gare di appalto o fornitura) le rotazioni opereranno gara per gara ed il responsabile del procedimento sarà diverso dai componenti della commissione
- e) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal direttore generale.
- f) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione propone inoltre di procedere, laddove possibile, ad una rotazione dei procedimenti tra i responsabili o ad un esame di più soggetti per le pratiche più a rischio.

A titolo esemplificativo, tra le modalità organizzative si individuano:

la rotazione del personale tra servizi e uffici diversi nel medesimo ambito distrettuale o fra ambiti territoriali diversi;

l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie di tecnici della prevenzione o altri operatori, con rotazione degli abbinamenti delle coppie e dei territori;

l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei procedimenti agli operatori, con rotazione delle tipologie di pratica;

composizione delle commissioni con criteri di rotazione casuale;

Altre misure applicabili potranno essere, sempre a titolo esemplificativo:

l'applicazione di doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo o della proposta conclusiva dell'istruttoria, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;

la separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni operative;

la sottoscrizione anche da parte dell'utente destinatario dei verbali relativi ai sopralluoghi;

separazione delle funzioni ispettive dalle funzioni autorizzative;

audit incrociati sulle attività svolte;

9. DISCIPLINA SPECIFICA IN MATERIA DI FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”.

Pertanto si procederà come segue:

la preclusione opererà in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);

la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso siano titolari di posizioni organizzative);

in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;

la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconfiribilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione effettuerà la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso dovrà essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

In termini operativi la verifica da parte dell'Azienda sulla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti, cui l'amministrazione intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;

all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013;

all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentino le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001;

all'entrata in vigore dei citati art. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 D.Lgs. n. 39 del 2013).

10. CONFLITTO DI INTERESSE E CODICE DI COMPORTAMENTO

In data 11 ottobre 2013 delibera n. 955/DG, su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha adottato il proprio Codice di Comportamento che disciplina e regola il comportamento che il dipendente è obbligato ad avere nei confronti dell'amministrazione dell'Azienda oltre che dell'utenza. In particolare all'art. 6 e art. 7 del Codice sono specificati gli obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi. La materia, nella sua complessità, sarà oggetto di formazione generale per tutti i dipendenti.

Copia di tutti i provvedimenti dirigenziali nei confronti dei collaboratori che si trovino in situazioni di conflitto di interessi deve essere trasmessa sia al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che alla S.C. Risorse Umane. Quest'ultima ne curerà la tenuta e l'archiviazione.

11. DISCIPLINA SPECIFICA IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO- ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Questa ASL ha adottato la Deliberazione n 120 del 23/02/2011 e la Disposizione n° 8639 del 14/05/2014 che delineano, tra l'altro, la disciplina delle autorizzazioni relative agli incarichi extraistituzionali del personale dipendente in base alle quali il dipendente deve autocertificare di non avere conflitto d'interessi tra i compiti extraistituzionali affidati e la propria situazione personale e di servizio

I responsabili di servizio sono, comunque, tenuti a verificare e ad attestare, per quanto di propria competenza, l'insussistenza del conflitto di interessi e l'assenza di eventuali altre situazioni d'incompatibilità.

12. ADEMPIMENTI RELATIVI AL D.LGS N. 33 DEL 14/03/2013

Su proposta del Responsabile per la Trasparenza la Direzione Generale dell'ASL di Frosinone ha adottato il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità Delibera n. 767 del 13 agosto 2013. Tale Piano Triennale è in corso di revisione ed implementazione..

13. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITÀ O INCARICHI PRECEDENTI

Il D.Lgs. n. 39 del 2013 ha disciplinato:

a) le particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;

b) le situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;

c) le ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

In tale ottica la ASL Frosinone verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il Direttore Generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal predetto D. Lgs.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000.

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'amministrazione si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 39 e sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Come forma di prevenzione si osserverà la seguente procedura:

a) negli avvisi/bandi per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;

b) i soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico. Copia di tale dichiarazione va trasmessa al Responsabile della prevenzione

Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si scoprissero solo nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettuerà la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico. Infatti la situazione di inconferibilità non può essere sanata.

14. INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE POSIZIONI DIRIGENZIALI

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico" (art. 1 d.lgs. n. 39).

Anche in questo caso la ASL Frosinone verifica la sussistenza di eventuali condizioni di incompatibilità in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il Direttore Generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal predetto D. Lgs.

Il controllo verrà effettuato in occasione del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, di norma annualmente.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del d.lgs. n. 39 del 2013 e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni e, inoltre, vigila affinché siano adottate le misure conseguenti.

In termini operativi si procederà come segue:

- a) negli avvisi/bandi per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
 - b) i soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e durante l'espletamento dello stesso, annualmente. Copia di tale dichiarazione va trasmessa al Responsabile della prevenzione
- La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la normativa ha considerato incompatibili tra di loro.

15. SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

Per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, introducendo un nuovo comma all'art.53 del D. Lgs. N° 165/2001, la Legge. n. 190 ha previsto una limitazione della libertà negoziale del dipendente, al fine di eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. A tal fine la ASL di Frosinone procederà come segue :

Nei contratti di assunzione del personale deve essere riportata la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente
Tale clausola va resa nota anche al personale attualmente in servizio.

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, deve essere riportata la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che

hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; inoltre, deve essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente

16. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

Così come è illustrato nell'Allegato 1 del PNA, l'art. 1, comma 51, della legge ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. whistleblower. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

La disposizione pone tre norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

L'Azienda USL, nelle more della messa a punto di un sistema informatico di segnalazione che garantisca i tre requisiti sopra riportati, ha messo a punto un apposito modulo di segnalazione, scaricabile dal sito ufficiale dell'Azienda, strutturato in modo tale da fornire notizie adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, che siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.) e sottoposto ad una procedura che tutela l'anonimato del segnalante

17. FORMAZIONE IN MATERIA DI ETICA, INTEGRITÀ ED ALTRE TEMATICHE ATTINENTI ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.

13.1 Obiettivi

L'azione formativa, come misura di prevenzione della corruzione, deve essere finalizzata a diffondere i valori connessi all'etica e alla legalità favorendone la maggiore condivisione possibile. Attraverso la formazione si mira a raggiungere una piena consapevolezza della necessità di costruire un contesto sfavorevole al fenomeno corruttivo e, più in generale, ai comportamenti

illeciti: i contenuti del piano formativo dovranno dimostrare in maniera concreta la ricaduta positiva di una efficace prevenzione dell'evento illecito in termini di immagine, di qualità del servizio all'utenza e in termini economici

13.2 Formazione di livello generale

Destinatari sono i dipendenti e tutti coloro che, a vario titolo, prestano attività di collaborazione sia all'interno dell'ASL di Frosinone che per conto di essa. La formazione generale si svilupperà su quanto codificato all'interno del Codice di Comportamento e del Codice disciplinare anche attraverso la descrizione di casi concreti finalizzata a fornire indicazioni specifiche soprattutto per i casi "dubbi". La modalità di formazione privilegerà la tecnica del "focus group" tale da favorire l'emersione delle opinioni condivise ed affrontare le problematiche legate all'etica e alla legalità calate nel contesto dell'Azienda . I conduttori dei focus group potranno essere i Referenti specificatamente formati. Saranno inoltre programmate giornate dedicate alla divulgazione dei contenuti del PTPC attraverso incontri svolti in modalità plenaria.

Questa fase formativa sarà attivata a partire dal secondo semestre 2015, allorchè saranno già stati formati i referenti e il personale delle strutture a maggior rischio di evento corruttivo nonché i componenti degli organismi di controllo

13.3 Formazione di livello specifico

Destinatari:

Responsabile della Prevenzione della corruzione (approfondimento delle tecniche di risk management applicate alla prevenzione della corruzione) – già effettuata nel corso del 2014

Referenti per la Prevenzione della corruzione (acquisizione delle competenze necessarie per la gestione del rischio di corruzione: progettazione, attuazione, gestione e valutazione; sviluppo delle competenze professionali necessarie per l'attuazione delle strategie per l'anticorruzione) – già effettuata nel corso del 2014

Dirigenti e funzionari responsabili e addetti alle aree di rischio (acquisizione delle competenze necessarie per la gestione del rischio di corruzione: progettazione, attuazione, gestione e valutazione; sviluppo delle competenze professionali necessarie per l'attuazione delle strategie per l'anticorruzione) – entro il 30 giugno 2015

Componenti degli organismi di controllo (per i necessari collegamenti tra il Codice di Comportamento ed il Codice disciplinare ecc.) – entro il 30 giugno 2015

La formazione specifica farà riferimento alle proposte della Scuola Nazionale per l'Amministrazione e/o formazione in house.

La partecipazione alla formazione in materia di anticorruzione è prevista nel piano formativo aziendale e la quota economica è a carico dell'amministrazione.

La partecipazione ai corsi di area specifica interesserà, in via prioritaria, i Dirigenti e i dipendenti che operano nelle aree considerate a maggior rischio di evento corruttivo e comunque nelle aree obbligatorie individuate dal PNA.

18. PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

L'Azienda USL Frosinone, come stazione appaltante, predisporrà ed utilizzerà protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, sarà inserita negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

19. INDIVIDUAZIONE DI MISURE ULTERIORI PER LA PREVENZIONE DEL FENOMENO CORRUTTIVO

Nelle previsioni del PNA sono definite "misure ulteriori" per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi quelle che "pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel PTPC". L'individuazione e la scelta di tali misure sono da concordare con i Dirigenti delle articolazioni aziendali che, nel caso specifico, sono anche responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione, del loro monitoraggio e della relativa valutazione di efficacia. A tal fine il Responsabile della Prevenzione della corruzione concorderà, entro il termine previsto per l'aggiornamento del PTPC 2016, incontri cadenzati con i Dirigenti finalizzati alla predisposizione dell'elenco delle misure ulteriori e specifiche di ogni area.

Comunque, al momento, sono già state poste in atto presso alcune S.C. significative misure ulteriori come: attività ispettiva svolta almeno da due operatori; sottoscrizione delle risultanze di procedure autorizzative da parte di almeno due operatori; sottoscrizione di atti ispettivi anche da parte del legale rappresentante dell'attività controllata o, comunque, di chi è presente all'ispezione.

Seguendo il modello di organizzazione, gestione e controllo introdotto dalla Legge 231/2001 e adottato dalle amministrazioni pubbliche, si definisce il termine entro il quale le articolazioni aziendali, ad esclusione di quelle che lo hanno già fatto, dovranno dotarsi di procedure organizzative e protocolli operativi da disseminare nei quattro Distretti sanitari della ASL Frosinone: l'uniformità degli stessi in tutti i servizi aziendali è da considerarsi la prima misura di prevenzione dell'evento corruttivo. Il termine è individuato nel 31 dicembre 2015.

Sarà inoltre introdotta nel sistema di valutazione della Dirigenza una voce relativa alla capacità dimostrata dal dirigente ad attuare i principi e le misure anticorruzione.

Analogamente si procederà per il personale del comparto.

20. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

I Responsabili delle singole Partiture aziendali, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della corruzione valutano l'efficacia delle disposizioni del Piano Triennale e delle misure di prevenzione attraverso un monitoraggio costante. In particolare:

verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti ponendo attenzione a eventuali procedimenti per i quali si registra un ritardo ed ai motivi dello stesso;

verificano la diffusione ed il rispetto delle regole contenute nel Codice di Comportamento e delle norme disciplinari;

segnalano eventuali situazioni di potenziale rischio corruttivo al fine di implementare il catalogo dei rischi specifici.

verificano i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione

Il monitoraggio e valutazione effettuati dai Responsabili delle Partiture aziendali formano oggetto della relazione sullo stato di applicazione del PTPC da inviare al Responsabile della Prevenzione della corruzione entro il 30 novembre 2015.

Il presente aggiornamento al Piano di Prevenzione della corruzione dell'Azienda USL Frosinone entra in vigore dalla data di approvazione della Deliberazione che lo adotta.

Allegati al presente documento:

1. Tabelle Area acquisizione e progressione del personale
2. Tabelle Area affidamento di lavori, servizi e forniture
3. Tabelle Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatario
4. Tabelle Area Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

21. CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione	Proposta per l'adozione/ aggiornamento del Piano triennale della prevenzione della corruzione	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttore Generale	Adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale e trasmissione del Piano al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali	entro 30 gg. dalla sua adozione
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C.	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C.	Attuazione del programma di formazione specifico rivolto ai dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	entro il 30 giugno 2015 in prima applicazione
Direttori di U.O.C.	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sulle procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive	entro il 30 novembre di ogni anno

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Direttori di U.O.C	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica	entro il 30 novembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale	entro il 15 dicembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Direttori di U.O.C. ed il Direttore Generale	Rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti nei settori esposti alla corruzione, previa definizione e regolamentazione delle procedure di rotazione	A partire dalla messa in opera del nuovo atto di autonomia aziendale
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Direttori di U.O.C.	Regolamentazione misure ulteriori	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Completamento/revisione regolamentazione misure obbligatorie	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttori U.O.C.	Predisposizione procedure organizzative e protocolli operativi	Entro il 31/12/2015

