

Aggiornamento al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

2020 - 2023

In applicazione della Legge 190/2012

INDICE

Introduzione	3
1. Ulteriori strumenti legislativi di riferimento	3
2. Premessa: lo stato di attuazione del PTPCT della asl di Frosinone dal 13/01/13 ad oggi.....	4
3. Descrizione del contesto interno	6
4. Organizzazione di supporto	20
5. Analisi del contesto esterno	23
6. Missione dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone	42
7. Obiettivi e azioni del PTPCT	43
8. Aggiornamento PTPCT 2020 -2023...	45
9. Schede allegate.....	48

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione nei 4 Distretti	12
Tabella 2 - Ripartizione dei Comuni nei 4 Distretti Sanitari	12
Tabella 3 - Offerta prestazioni ospedaliere	13
Tabella 4 - Posti letto privati accreditati	13
Tabella 5 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato	14
Tabella 6 - Dotazione complessiva posti letto	14
Tabella 7 - Struttura organizzativa interna	14
Tabella 8 - Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD	15
Tabella 9 - Personale dipendente	15
Tabella 10 - Bilancio Demografico per la provincia di Frosinone.....	23
Tabella 11 - Serie storica (2011-2014) comparazione per province adiacenti	23
Tabella 12 - Struttura della popolazione suddivisa per fasce d'età (2002-2016).....	24
Tabella 13 - Tavole di mortalità della popolazione residente per la provincia di Frosinone. (ISTAT)	24
Tabella 14 - Aspettative di vita alla nascita (ISTAT 2014), comparazione per province adiacenti.....	25
Tabella 15 - Reddito disponibile delle famiglie consumatrici nelle province laziali	26
Tabella 16 - Patrimonio delle famiglie per tipologia di attività delle province del Lazio	26
Tabella 17 - Valori per famiglia e variazioni percentuali annue a prezzi correnti del patrimonio delle famiglie nelle province del Lazio.....	26
Tabella 18 - indicatori ambito “solidità economica”.....	27
Tabella 19 - classifica ambito “solidità economica”	28
Tabella 20 - Saldo fra percentuale di imprese che dichiarano previsioni di aumento o di diminuzione	29
Tabella 21 - Variazione percentuale della produzione per settori di attività economica.....	30
Tabella 22 - Distribuzione percentuale delle imprese di commercio secondo l’evoluzione prevista entro i prossimi 12 mesi	30
Tabella 23 - Distribuzione percentuale delle imprese di servizi prevista entro i prossimi 12 mesi	31
Tabella 24 - Numero di addetti delle imprese in provincia di Frosinone aggiornati al 30 settembre 2017. (Dati Unioncamere)	31
Tabella 25 - Riciclaggio e impiego di denaro.....	36
Tabella 26 - Estorsioni	36
Tabella 27 - Usura.....	37
Tabella 28 - Truffe e frodi informatiche.....	38
Tabella 29 - indicatori ambito “sicurezza e legalità”	39
Tabella 30 - classifica generale ambito “sicurezza e legalità”	39

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Reati ogni 100.000 abitanti Frosinone.....	32
Figura 2 - Reati ogni 100.000 abitanti L’Aquila	33
Figura 3 - Reati ogni 100.000 abitanti Rieti	33
Figura 4 - Reati ogni 100.000 abitanti Viterbo	33
Figura 5 - Reati ogni 100.000 abitanti Latina	34
Figura 6 - Reati ogni 100.000 abitanti Caserta.....	34
Figura 7 - Reati ogni 100.000 abitanti Roma	34
Figura 8 - Confronto tra numero di reati per Rieti, Frosinone e L’Aquila.....	35
Figura 9 - Confronto tra numero di reati per Roma, Frosinone e Latina	35
Figura 10 - I soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.....	42

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 inconferibilità 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 perseguitamento 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 D.Lgs. 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.
- Delibera n. 831/2016 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 "approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2017" a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.
- Delibera 1074 del 21 novembre 2018 "approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione" a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

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 DIFROSINONE 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.

- Con deliberazione n. 1101 del 11/08/2014 è stato approvato l'aggiornamento 2014 del PTPC; In data 31/12/2014 è stata pubblicata la relazione annuale 2014 del RPC;
- Con deliberazione n. 87 del 30/01/2015 è stato approvato l'aggiornamento 2015/2017 del PTPC; In data 15/01/2016 è stata pubblicata la relazione annuale 2015 del RPC;
- In data 02/02/2016 con Deliberazione n 85 è stato approvato l'aggiornamento 2016/2018 del PTPC; In data 16/01/2017 è stata pubblicata la relazione annuale 2016 del RPC.
- In data 31/01/2017 con Deliberazione n 148 è stato approvato l'aggiornamento 2017/2019 del PTPC; In data 29/01/2018 è stata pubblicata la relazione annuale 2017 del RPC
- In data 31/01/2018 con Deliberazione n 222 è stato approvato l'aggiornamento 2018/2020 del PTPCT In data 31/01/2019 è stata pubblicata la relazione annuale 2018 del RPCT
- In data 27/01/2020 è stata pubblicata la Relazione annuale del RPCT anno 2019; Adozione delibera n. 205 del 24.02.2020 Aggiornamento PTPCT anni 2020 – 2023;
- Adozione delibera n. 417 del 24.06.2020 Aggiornamento OTPCT anni 2020 – 2023 come rettificata con deliberazione n. 463 del 15.07.2020.

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.*”

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.

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 INTERNO

Attualmente, secondo il DCA n. U00354 del 03 agosto 2017 la strutturazione della ASL è la seguente:

L'organizzazione aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone finalizza la propria organizzazione interna al miglioramento dei processi assistenziali e all'economicità dell'intero sistema sanitario. Da questo deriva la necessità di centralizzare i luoghi di governo del sistema e di decentralizzare i luoghi di erogazione di tutte le prestazioni relative alle cure primarie che necessitano di una adeguata accessibilità. In questo modo è inoltre possibile superare l'attuale parcellizzazione dei servizi, che comporta inutili dispendi per il sistema sanitario e che non garantisce adeguati standard assistenziali. Al cittadino viene garantita la conoscenza dei servizi attraverso gli strumenti previsti di informazione e partecipazione e viene accompagnato nei percorsi assistenziali tramite la presa in carico, a partire dall'analisi della domanda effettuata in ogni luogo di cura ed in particolare dal Punto Unico di Accesso. Il sistema di prevenzione e cura, territoriale o ospedaliero, è organizzato in funzione di target di popolazione (famiglia, disabilità, dipendenze, ecc.) o in funzione della specialità di prestazioni (medicina, chirurgia, ecc.). Il coordinamento funzionale, professionale e tecnico dei percorsi diagnostico- terapeutici e dell'intero processo di presa in carico è assicurata dai Dipartimenti Sanitari. Pertanto l'Azienda si articola in:

- Struttura di supporto tecnico-amministrativo per il governo del sistema;
- Strutture operative:

- Distretti
- Ospedali
- Dipartimenti
- Struttura di supporto tecnico per il governo del sistema.

L’Azienda si dota di una struttura che supporti le attività di governo gestionali e di valutazione dell’intero sistema. Tale struttura si articola in due ambiti funzionali, il primo di supporto alla Direzione Strategica, il secondo di supporto al governo e alla gestione tecnico amministrativa dell’Azienda e dei suoi servizi.

Articolazioni interne delle strutture e di altri modelli operativi

Le Unità Operative

- **Unità Operative Complesse.** Ogni Unità Operativa Complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l’attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:
 - Attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell’ambito disciplinare;
 - Assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
 - Autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
 - Livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
 - Assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
 - Afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità. Le Unità Operative Complesse vengono previste nel presente Atto Aziendale, tuttavia la loro costituzione avverrà al momento della contemporanea presenza di tutti gli elementi che le caratterizzano ed in particolare dovranno considerarsi attivate solo le UU.OO. per le quali è stata effettuata la nomina del “Direttore”, titolare, avvenuta nel rispetto della vigente normativa.
- **Unità Operative Semplici Dipartimentali.** Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.
- **Unità Operative Semplici.** Le Unità Operative Semplici sono l’articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni erogate e, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

Altri modelli operativi

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire al contempo la migliore efficacia dei processi assistenziali vengono previste altre forme organizzative, da attivare su singole tematiche e/o su singole

linee progettuali per il tempo necessario al loro svolgimento. I modelli previsti attivabili sono:

- **Le reti professionali.** Vengono attivate quando si renda necessario raggruppare singoli professionisti o specifiche Unità operative in funzione del raggiungimento di un obiettivo comune. Tali reti non rispondono a logiche gerarchiche verticali, bensì ad un'organizzazione “orizzontale” del lavoro orientata agli obiettivi. I principi fondanti sono pertanto il “mutuo adattamento”, l'impegno e la reciprocità degli scambi professionali. Tale rete professionale connette quanti partecipano a un'organizzazione reale di specifici e complessi processi di lavoro, laddove essi non coincidano con l'organizzazione formale dell'azienda. Le reti professionali sono finalizzate quindi a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico.
- **Gruppi Operativi Interdisciplinari.** Vengono attivati in funzione della diffusione e dello sviluppo delle conoscenze scientifiche, di azioni di miglioramento della qualità e di governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. Sono gruppi che lavorano in Staff alla Direzione Strategica o in Staff ai Dipartimenti o al Distretto. Sono in genere deputati all'applicazione ed implementazione locale degli strumenti tipici del governo clinico, quali: *EBM, Linee Guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Health Technology Assessment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento*.
- **Incarichi professionali.** Vengono attivati al fine di assicurare specifiche funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio, di ricerca e in casi particolari di gestione. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questo ambito è fondamentale la specifica competenza professionale.

Rapporti tra partiture organizzative

L'organizzazione aziendale prevede una ripartizione delle responsabilità in funzione del ruolo rivestito dalle singole partiture organizzative, che possono essere definite in:

- Ruolo di **committenza**: la Direzione Generale a livello aziendale ed il Distretto ed il Presidio Ospedaliero a livello locale hanno il compito di definire l'offerta di servizi erogabili, in relazione alla domanda di salute e ai vincoli normativi, economici ed etici;
- Ruolo di **coordinamento**: I Dipartimenti hanno il compito di concordare con la Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi di budget e l'offerta di servizi erogabile in funzione delle conoscenze professionali e delle evidenze scientifiche.
- Ruolo di **erogatori**: le singole Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, distrettuali od ospedalieri, hanno il compito di erogare prestazioni in relazione alla indicazioni della committenza (Distretto/Ospedale), e delle indicazioni tecnico operative professionali determinate dal Dipartimento.

La Direzione Generale sovraintende al regolare svolgimento delle rispettive funzioni determinandone le regole, le condizioni ed affidando ai Direttori del Distretto e del Presidio Ospedaliero competenza e poteri. Pertanto possono essere individuate specifiche responsabilità, declinate in:

- Responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo, assegnata alla Direzione Strategica Aziendale;
- Responsabilità di gestione complessiva delle risorse umane logistiche, strutturali ed economiche assegnata alla Direzione Distretto e alle Direzioni di Presidio Ospedaliero. Inoltre tale

responsabilità è delegata ai singoli Direttori di Struttura Complessa secondo quanto di volta in volta stabilito negli accordi di *budgeting*; responsabilità gestionale e tecnico-professionale assegnata alla dirigenza.

Il modello distrettuale

Il Distretto Sanitario è l'articolazione funzionale dell'Azienda ove si realizza l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento tra i Dipartimenti territoriali (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenza dalle Patologie, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie) ed il raccordo con i Dipartimenti ospedalieri. Esso è il centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Azienda e può operare in modo coordinato con strutture private di volontariato. La ASL di Frosinone mantiene l'articolazione dei Distretti Sanitari così come rappresentati nell'allegato 2 (organigramma) del presente Atto Aziendale. Nel Distretto sono previste 4 UOC di Direzione di Distretto, in attesa che il tavolo tecnico incaricato di integrare le linee guida per l'adozione degli atti aziendali (DCA 259/2014) nella parte dedicata all'organizzazione distrettuale, pervenga ad una più incisiva definizione del ruolo di Distretto. A tale scopo si potrà approfittare, per eventuali modifiche, della finestra temporale prevista nelle linee guida tra il 15 settembre ed il 15 di novembre per apportare agli atti le modifiche derivanti dalla necessità di recepire le nuove e ulteriori indicazioni regionali. I singoli Distretti sono garanti dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali, svolgendo una funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni alla struttura. Più in particolare il Distretto Sanitario gestisce e coordina l'assistenza sanitaria di base, organizza l'accesso alle cure, favorisce il potenziamento della medicina di iniziativa. Per erogare l'attività alle diverse tipologie di utenza, il Distretto è articolato in due aree: la prima è l'Area dell'assistenza primaria che si occupa della salute delle persone adulte e anziane attraverso la produzione della salute, diagnosi, cura e riabilitazione; la seconda è l'Area materno-infantile e dell'età evolutiva destinata alla tutela fisica, psichica e sociale della donna, della coppia, della famiglia, dei minori e degli adolescenti. L'Area dell'assistenza primaria si esplicita attraverso le Case della Salute, articolazioni organizzative del Distretto Sanitario secondo le indicazioni del Decreto del Commissario ad acta n. U00428 del 2013. In ossequio alle indicazioni contenute nei Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Lazio, con le modalità e la tempistica definite nel Piano Strategico Aziendale 2014-2016, verranno attivate, in aggiunta alla Casa della Salute di Pontecorvo inaugurata il 31 marzo 2014 e in funzione, la Casa della Salute di Ceccano-Ceprano, la Casa della Salute di Ferentino e la Casa della Salute di Atina nelle forme organizzative più varie e flessibili, contestualizzandone le funzioni nei singoli territori. Nella Casa della Salute di Atina ad esempio, si prevede la presenza di una struttura semiresidenziale per i malati di Alzheimer. Alcune funzioni previste nelle Case della Salute ed in particolare quelle legate all'attivazione di percorsi assistenziali per la gestione delle cronicità, possono essere localizzate anche in altre Strutture del territorio provinciale, come Isola del Liri, ad Atina collegata, nella quale sarà presente il Primo Nucleo pubblico di 15 Posti letto di Hospice ed Arpino, sede di servizi sociosanitari, e Veroli, andando a completare la Rete delle Case della Salute e promuovendo la medicina di iniziativa.

L'organizzazione distrettuale

Le Unità Operative distrettuali sono individuate nel rispetto dei parametri stabiliti dal Comitato LEA nazionale e cioè 1 Unità Operativa Complessa ogni 13.515 residenti, mentre le Unità Operative Semplici sono 1,31 per ogni Unità Operativa Complessa. Sono previste 21 U.O.C. territoriali.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'ASL, nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività

svolta dalle strutture assegnate verso il perseguitamento di precisi obiettivi programmatici. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della Legge n. 328 dell'8 novembre 2000. Il Direttore del Distretto è responsabile dello svolgimento delle seguenti funzioni:

- Analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
- Gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al distretto;
- Definizione dei criteri, in rapporto alle esigenze dei servizi, per l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale, con la relativa allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali;
- Organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali;
- Gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del distretto;
- Coordinamento e concertazione con i Responsabili dei Dipartimenti e del Presidio Ospedaliero in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari;
- Elaborazione della proposta relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT);
- Monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali-distrettuali;
- Coordinamento e verifica del corretto rispetto dei flussi informativi, rispetto alla tempistica e alla qualità/completezza dei dati;
- Controllo della regolarità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e dell'applicazione delle corrispondenti tariffe, ove previste;
- Promozione e coordinamento delle iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria, raccordando l'attività con le altre strutture dell'Azienda;
- Gestione e smaltimento dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie afferenti il Distretto;
- Attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, comma 2 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. Il Direttore di Distretto si avvale del Dipartimento di Assistenza Primaria e Cure Intermedie per il coordinamento dell'offerta dei servizi in costante contatto con gli altri Direttori di Distretto, che si riuniranno con il Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Primaria su base mensile per la omogeneizzazione di comportamenti e procedure. Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore sociosanitario di distretto (il cui incarico non comporta necessariamente la responsabilità di struttura organizzativa), che si rapporta per tale funzione al direttore di distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Le funzioni di coordinamento possono essere svolte anche a livello interdistrettuale da un unico coordinatore socio – sanitario.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate e agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel programma delle attività territoriali-distrettuali approvate dal Direttore Generale.

L'integrazione sociosanitaria

La legislazione vigente sul tema è rappresentata dalla D.G.R. n. 316/2014 avente ad oggetto: "Legge Regionale n. 38/96, art. 51. *"Approvazione documento concernente linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'art. 47, comma 1 lettera c) della L.R. n. 38/96 per la redazione dei Piani sociali di zona periodo 2012-2014"*". L'Azienda Sanitaria di Frosinone rappresenta l'interlocutore privilegiato

per la realizzazione dell'integrazione Socio-Sanitaria nell'ambito delle attività previste nel Piano di Zona. La ASL si propone di sottoscrivere gli accordi di programma con cui sono adottati i Piani di Zona di tutti i Distretti secondo quanto approvato nel documento di Economia e Finanza regionale 2014-2016 (macro Area “Una Regione che Cura e Protegge”). In particolare il Piano di Zona dovrà, secondo la Deliberazione Consiliare n. 14 del 21 dicembre 2013, essere lo strumento primario di attuazione della Rete dei Servizi sociali e di integrazione Socio-Sanitaria secondo i seguenti obiettivi:

- Trasformazione dei progetti annuali dei Piani di Zona in servizi sociali essenziali, distrettuali, permanenti;
- Recepimento degli indirizzi di Giunta della D.G.R. n. 321 del 2013 sul sistema integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio;
- Rafforzamento del Distretto Socio-Sanitario attraverso il superamento degli attuali accordi di programma utilizzando le forme legislative del D.Lgs. n. 267 del 18 agosto 2000;
- Introduzione di strumenti contabili ed organizzativi omogenei a livello distrettuale (organizzazione dell'ufficio di Piano);
- Soppressione delle duplicazioni di interventi distrettuali, con quelle regionali e comunali;
- Implementazione di una piattaforma informatica;
- Individuazione e distinzione degli interventi distrettuali socio assistenziali e di quelli socio sanitari tramite il raccordo e la coerenza della programmazione distrettuale con quella della ASL;
- Integrazione con tutte le strutture pubbliche, private accreditate, terzo settore (volontariato, associazionismo) per la creazione di un pool di risorse umane e finanziarie comuni.

Per quanto sopra stabilito, la ASL avvierà fattive politiche di coordinamento organizzativo ed operativo con i Comuni per l'attuazione di strategie politiche condivise. Al termine del percorso delineato si dovrà giungere in tutta la Provincia ad una integrazione vera delle attività socio sanitarie (Materno infantile, Anziani, Disabili fisici, Psichici e sensoriali, Salute mentale e dipendenze, Patologie cronico degenerative, etc.), anche attraverso la formulazione di protocolli innovativi di “Dimissione Socio Sanitaria Protetta”.

Le Case della Salute

La Casa della Salute è una struttura in cui le procedure consentono di prendere in carico i pazienti cronici e di seguirli in modo continuativo, al fine di ridurre il danno provocato dalla cronicità e di ritardare l'evoluzione della patologia cronica così da

migliorare le condizioni di vita della persona e ridurre o contenere i costi del servizio sanitario.

Ciò si può realizzare a condizione che la presa in carico del cittadino e conseguente percorso diagnostico terapeutico

assistenziale sia costantemente monitorato affinché lo stile di vita della persona sia coerente con la sua patologia e i controlli

sanitari siano coerenti con le linee guida regionali.

È del tutto evidente che per realizzare questi obiettivi occorre una completa sinergia fra tutti i servizi e i professionisti che entrano in gioco nella gestione del paziente e del suo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). Non vi devono, quindi, essere interventi sulle terapie se non concordati tra i professionisti inseriti nel percorso. Saranno necessarie riunioni per la discussione dei casi, non dovrà accadere che i cittadini inseriti in un percorso possano entrare in contatto con i servizi della ASL in modo autonomo e all'insaputa dei gestori del percorso, fatti salvi eventi di emergenza, che dovranno comunque essere portati a conoscenza dei gestori del percorso.

Tutto ciò comporta che il cittadino sia munito di una scheda personalizzata e informatizzata che debba avere sempre con sé e che permetta a qualsiasi servizio o professionista di conoscere la storia clinica del paziente e che sappia chi contattare;

significa anche che ci sia un sistema informatico di allarme che porti a conoscenza del gestore del

percorso ogni intervento dei servizi al di fuori del percorso. Ad esempio, se fuori dai tempi programmati il cittadino si dovesse recare ad uno sportello CUP per prenotare delle prestazioni, sullo schermo dell'operatore di sportello dovrebbe comparire il segnale di allarme in modo da condividere con i gestori del percorso la necessità o meno della prestazione richiesta. Qualora non se ne dovesse verificare l'utilità e il cittadino insistesse nella richiesta dovrebbe pagare la prestazione per intero e non solo il ticket.

Queste considerazioni sono il supporto alla corretta applicazione della Casa della Salute per la cui realizzazione occorre un profondo mutamento di atteggiamento dei professionisti che devono comprendere l'obbligo alla condivisione delle decisioni attraverso il confronto multidisciplinare e la necessità per la ASL di investire soprattutto attivando strumenti informatici e in formazione, perché un cambio così radicale di atteggiamento dei servizi e dei professionisti non può avvenire senza un'adeguata formazione alle nuove procedure e ai nuovi contenuti assistenziali.

La Casa della Salute, se realizzato quanto sopra descritto, può anche essere sede di servizi territoriali che inseriti in un'unica struttura determina sicuramente un'economia gestionale che può permettere all'Azienda di attivare tutta la gamma dei servizi utili ad assicurare una efficacia tutela della salute dei cittadini.

Allo stato attuale sono attive n. 2 Case della Salute:

Casa della Salute Pontecorvo e Casa della Salute Atina

Sono in via di attivazione, inoltre, le Case della Salute di Ceccano, Ceprano e Ferentino.

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione nei 4 Distretti

Distretto Sanitario	Abitanti
Distretto "A"	92.269
Distretto "B"	184.498
Distretto "C"	102.903
Distretto "D"	118.008
Totale	497.678

Tabella 2 – Ripartizione dei Comuni nei 4 Distretti Sanitari

DISTRETTO SANITARIO "A"	DISTRETTO SANITARIO "B"	DISTRETTO SANITARIO "C"	DISTRETTO SANITARIO "D"
ALATRI – ANAGNI	FROSINONE	SORA	CASSINO
Acuto	Amaseno	Alvito	Acquafondata
Alatri	Arnara	Arce	Aquino
Anagni	Boville Ernica	Arpino	Ausonia
Collepardo	Castro dei Volsci	Atina	Cassino
Filettino	Ceccano	Belmonte Castello	Castelnuovo Parano
Fiuggi	Ceprano	Broccostella	Castrocielo
Fumone	Valvaterra	Campoli Appennino	Cervaro
Guarcino	Ferentino	Casalattico	Colle San Magno
Paliano	Frosinone	Casalvieri	Coreno Ausonio
Piglio	Giuliano di Roma	Castelliri	Esperia
Serrone	Moro	Colfelice	Pico
Sgurgola	Pastena	Fontana Liri	Piedimonte San Germano
Torre Cajetani	Patrica	Fontechiari	Pignataro Interamna
Trevi nel Lazio	Pofi	Gallinaro	Pontecorvo
Trivigliano	Ripi	Isola del Liri	Roccasecca
Vico nel Lazio	San Giovanni Incarico	Monte San G. Campano	San Giorgio a Liri
	Strangolagalli	Pescosolido	San Vittore del Lazio
	Supino	Picinisco	Sant'Ambrogio sul G.
	Torrice	Posta Fibreno	Sant'Andrea sul Garigliano
	Vallecorsa	Rocca D'Arce	Sant'Apolinnare
	Veroli	San Biagio Saracinisco	Sant'Elia Fiumerapido
	Villa Santo Stefano	San Donato Valcomino	Terelle
		Santopadre	Vallemaio
		Settefrati	Vallerotonda
		Sora	Villa Santa Lucia
		Vicalvi	Viticuso

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-acuti è attualmente articolata in tre Presidi Ospedalieri (Frosinone-Alatri, Sora e Cassino), la cui dotazione complessiva di posti letto al 1° gennaio 2014 – che si ricava dai flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) attraverso il modello HSP.12 (posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate) compilato dalle Direzioni Sanitarie di Presidio – ed il cui ruolo nelle Reti sono mostrati nella tabella sottostante.

Tabella 3 - Offerta prestazioni ospedaliere

Presidio	P.L. ordinari acuti	P.L. ordinari post-acute	P.L. DH/DS	P.L. totali	Rete emergenza	Rete ictus	Rete cardiologica	Rete trauma	Rete perinatale	Rete emergenza pediatrica
Frosinone-Alatri	361	15	38	414	DEA I	UTN I	E	CTZ	I+	Spoke
Sora	173	21	27	221	PS	TNV/PSe	C	-	I	-
Cassino	216		12	228	DEA I	TNV/PSe	C	PST	I	-
Totali	750	36	77	863						

TNV/PSe = Team Neurovascolare/Pronto Soccorso esperto

UTN I = Unità di Trattamento Neurovascolare di I° livello

E = con PL di cardiologia e UTIC e servizio di emodinamica

C = con soli PL di cardiologia e UTIC

CTZ = Centro Trauma di Zona

PST = Pronto Soccorso Traumatologico

I+ = ex livello II+ del DCA 56/2010. Attività assistenziale a gravidanze e neonati a rischio

I = assistenza al parto e neonato fisiologico senza PL di patologia neonatale

L'offerta provinciale di posti letto per acuti è integrata dalla dotazione delle quattro Case di Cura private accreditate operanti nel territorio della ASL. L'effettiva offerta aziendale si ripartisce, quindi, tra pubblico e privato accreditato secondo quanto indicato nelle sottostanti tabelle.

Tabella 4 - Posti letto privati accreditati

Struttura	pp.ll.	Tipologia Assistenziale	Sede
Casa di Cura Villa Gioia	22	Profilo monospecialistico di 18 PL di Chirurgia Generale associati a 4 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Teresa	20	Profilo monospecialistico di 12 PL di Ortopedia associati a 8 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Anna	32	Profilo monospecialistico di Chirurgia Generale associato ad attività di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Casa di Cura Villa Serena	25	Profilo monospecialistico di Medicina Generale associato ad attività polispecialistica, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Totali	99		

L'offerta di prestazioni ospedaliere post-acuzie del privato accreditato è mostrata nella tabella che segue.

Tabella 5 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato

Tipologia	Pubblico		Privato Accreditato
Lungodegenza	21 P.L. P.O. Sora	15 P.L. P.O. Frosinone *	S. Raffaele Cassino = 69
Riabilitazione			S. Raffaele Cassino = 146 ord + 14 DH INI Città Bianca = 57 ord + 6 DH

* trasferiti presso il P.O. di Alatri dal 01-07-2014

Come mostra la sottostante tabella, la dotazione complessiva di posti letto provinciali ammonta a 1.254, pari a 2,5 posti letto x 1.000 abitanti.

Tabella 6 - Dotazione complessiva posti letto

Tipologia	Posti letto attuali		
	Pubblici	Privati accreditati	Totali
ACUTI	827	99	926
POST-ACUTI	LD RIAB	36 0	69 223
Totale	863	391	1.254

2,5 PL x 1000 ab.

Struttura organizzativa interna

L'attuale Struttura organizzativa della ASL di Frosinone è articolata in strutture di staff, strutture amministrative, poli ospedalieri, distretti e dipartimenti. All'interno di tali strutture sono attualmente presenti unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, come da tabella seguente.

Tabella 7 - Struttura organizzativa interna

Macrostruttura	UOC
Staff Direzione Strategica	3
Direzione Sanitaria Poli Ospedalieri	3
Direzione Distretti Sanitari	4
Funzione Amministrativa	4
Dipartimento di Prevenzione	6
Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza	8
Dipartimento Emergenza e Accettazione	6
Dipartimento Ospedaliero	35
Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica	1
Dipartimento Diagnostica e Assistenza Farmaceutica	8
Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie	7
Totale	85

Le Unità Operative Complesse e Semplici totali

Per quanto riguarda le partiture organizzative della ASL Frosinone ed il loro dimensionamento, applicando gli standard nazionali adottati dal Comitato LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e la decurtazione del 5% delle U.O.C. Ospedaliero e non Ospedaliero come quota riservata alla Regione per quelle articolazioni organizzative che svolgono funzioni di rilevanza regionale o comunque sovra-

aziendali, si prevede per l'Azienda il seguente assetto parametrato sull'offerta dei P.L. ospedalieri pubblici (922 successivamente rinegoziati in 977) e sulla popolazione residente (497.678) indicati nel Decreto del Commissario ad acta n. U00259 del 22 luglio 2014.

Tabella 8 – Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD

TIPO DI STRUTTURA		INDICATORE	TOT	TOTALE (-5%)
COMPLESSE	OSPEDALIERE	PL/SCO = 17,5	55,8	53
	NON OSPEDALIERE	POP/SCNO = 13.515	36,8	35
SEMPLICI (incluse le SSD)		SST/SCT = 1,31		115

Personale dipendente

Il numero del personale dipendente, anche a tempo determinato, della ASL Frosinone è pari a n. 3.789, suddiviso nelle seguenti qualifiche e tipologie contrattuali, alla data del 30 settembre 2016:

Tabella 9 - Personale dipendente

QUALIFICA	PERSONALE A T.I. AL 30/09/2016	PERSONALE A T.D. AL 30/09/2016
RUOLO SANITARIO		
PERSONALE DIRIGENTE		
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA	26	
DIRIGENTE ODONTOIATRIA STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA	1	
TOTALI PARZIALI	33	
DIRIGENTE MEDICO	554	79
DIRIGENTE ODONTOIATRA	2	
DIRIGENTE VETERINARIO	58	
DIRIGENTE PSICOLOGO	55	3
DIRIGENTE FISICO	1	
DIRIGENTE FARMACISTA	8	7
DIRIGENTE CHIMICO	2	
DIRIGENTE BIOLOGO	10	1
TOTALI PARZIALI	690	90
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	723	90
PERSONALE RIABILITAZIONE		
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS		
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS	6	
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D	72	2

COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA DS	1	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA D	21	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA DS		
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA D	2	
COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D	1	
COLL.RE PROF.LE SANIT. EDUCATORE PROF.LE D	5	
COLLAB. PROF.LE TERAPISTA OCCUPAZIONALE D		
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA DS	1	
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA D	3	1
MASSOFISIOTERAPISTA D	1	
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHiatrica		
TECNICO EDUCAZ. E RIABILIT. PSICH. E PSICOL. D		3
TOTALI PARZIALI	113	6
PERSONALE INFERMIERISTICO		
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS	3	
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (ex caposala)	31	
COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica)	4	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D	61	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE PED. D	25	3
COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass.sanitario)	4	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D	3	
INFERMIERE GENERICO C	23	
INFERMIERE GENERICO BS	3	
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D	1451	27
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D - PERS. PENITENZIARIO	5	
COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista)		
COLLAB. PROF.LE DIETISTA D	3	
PUERICULTRICE C	16	
PUERICULTRICE BS	5	
TOTALI PARZIALI	1637	33
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE		
COLL. TEC. PROF. ESP. PREV. AMB. LUOGHI LAV. DS	1	
COLL. TEC. PROF. PREV. AMB. LUOGHI LAV. D	64	4
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. DS		
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. D		
TOTALI PARZIALI	65	4
PERSONALE TECNICO SANITARIO		
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. DS		
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. LAB. BIOMEDICO DS		
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. LAB. BIOMEDICO D	69	9
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. RADIOLOGIA MEDICA DS	2	
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D	83	2
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D (PENITENZIARI)	1	
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. PERFUS.D		
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. DS	1	
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. D	1	

TECNICO FISIO-PATOL. RESPIRATORIA D		
ODONTOTECNICO D	2	
TECNICO CARDIOLOGIA D	1	
TECNICO NEURO FISIO PATHOLOGIA D	2	1
TOTALI PARZIALI	162	12
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	1977	55
TOTALE RUOLO SANITARIO	2700	145
RUOLO TECNICO		
DIRIGENTE SOCIOLOGO	1	
DIRIGENTE STATISTICO		
DIRIGENTE ANALISTA INFORMATICO		
TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO	1	
PERSONALE ASSISTENZA SOCIALE		
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE DS	6	
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE D	76	1
TOTALI PARZIALI	82	1
PERSONALE TECNICO		
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE GEOMETRA D	4	
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE D	1	
COLL.RE TECNICO-PROF.LE ASS.TE TECNICO D		
COLL.RE TECNICO-PROF.LE PROGRAMMATORE D	4	
ASSISTENTE TECNICO PERITO IND.LE C	2	
ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA C	4	
ASSISTENTE TECNICO C	8	
ASSISTENTE TECNICO PROGRAMMATORE C	2	
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA C	3	
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA	6	
O.S.S.	80	1
O. T. A.	6	
OPERATORE TECNICO DISINFETTORE	1	
OPERATORE TECNICO AUTISTA	12	
OPERATORE TECNICO AUTISTA C	1	
OPERATORE TECN. CENTRO ELABORAZIONI	27	
OPERATORE TECN. VIDEOTERMINALISTA	1	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA	52	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA - C	1	
OPERATORE TECNICO PORTIERE	1	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	124	114
OPERAIO GENERICO		1
ANIMATORE CLUB B	1	
O.T. SPEC. DISEGNATORE	1	
OPERATORE TECNICO B	1	
OPERATORE TECNICO BS	1	
OPERATORE TECNICO C		
O.T. IMBIANCHINO B	1	2
O.T. GUARDAROBA B	2	

O.T. SARTO B	1	
O.T. LAVANDERIA B		
O.T. CUCINA	1	
O.T. IDRAULICO B		
O.T. MURATORE B	2	2
O.T. FALEGNAME B		
O.T. MAGAZZINIERE B	9	
O.T. CUOCO C	3	
O.T. IDRAULICO BS	1	
O.T. GUARDAROBA BS		
O.T. NECROFORO	3	
O.T. ELETTRICISTA	2	
O.T. ELETTRICISTA C	1	
O.T. CONDUTTORE CALDAIE BS	1	
TOTALI PARZIALI	371	120
TOTALE RUOLO TECNICO	454	121
RUOLO PROFESSIONALE		
PERSONALE DIRIGENTE		
DIRIGENTE ARCHITETTO	1	
DIRIGENTE AVVOCATO	2	
DIRIGENTE INGEGNERE - S.C.	1	
DIRIGENTE INGEGNERE	1	
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE ASSISTENTE RELIGIOSO D		
TOTALI PARZIALI	5	
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO		
DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL.	6	
DIRIG. AMM.VO	1	
TOTALE PARZIALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	7	
PERSONALE AMMINISTRATIVO		
COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO	5	
COLL.RE AMM.VO PROF.LE	60	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. LEGALE	3	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO	2	
ASS. AMM.VO	88	
COAD. AMM.VO ESPERTO	20	
COAD. AMM.VO	150	14
COMMESO	15	
TOTALE PARZIALE COMPARTO RUOLO AMM.VO	343	14
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	350	14
TOTALE GENERALE	3509	280
		3789

I Dipartimenti

L'articolo 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 così come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 229/99 – definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Esso stabilisce che il Dipartimento è un'aggregazione di Unità Operative Complesse e prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti, sia professionale in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi. I Dipartimenti si dividono in *Dipartimenti a Struttura* (Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza e Dipartimento di Prevenzione) e *Dipartimenti a Funzione*. Il Dipartimento a Funzione non attraversa verticalmente la struttura aziendale ma la coordina trasversalmente, intendendo con ciò che si tratta di una struttura di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Non ha un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti al Distretto ed agli Ospedali ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto. I Dipartimenti a Struttura hanno una maggiore autonomia rispetto alle altre partiture organizzative aziendali (Ospedale e Distretto) e con una dirigenza “verticale” più marcata.

I Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone sono sette, tutti sanitari:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza;
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie;
- Dipartimento della Diagnostica ed Assistenza Farmaceutica;
- Dipartimento di Emergenza Urgenza;
- Dipartimento Ospedaliero;
- Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie, Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione.

I Dipartimenti menzionati trovano giustificazione nella logica organizzativa che individua il Dipartimento quale modello ideale di coordinamento con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per le attività ad esso correlate, finalizzato a perseguire obiettivi e finalità comuni.

4. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO

L'organizzazione amministrativa tecnica e professionale

Garantisce il necessario supporto all'attività sanitaria. Assolve finalità di gestione e di indirizzo procedurale, consulenza e controllo e costituisce l'apparato tecnico-amministrativo/contabile a servizio dell'Azienda nel suo complesso e, quindi, di tutti i suoi livelli ed articolazioni. È prevista un'Area Tecnica amministrativa e professionale per il coordinamento di tutte le attività di supporto, al fine di assicurare un'omogeneità di intervento sugli obiettivi aziendali. Viene individuato un responsabile di Area con compiti di supporto alla valutazione delle strutture stesse, di supervisione finalizzata all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione e comunque di tutti i compiti previsti nel Funzionigramma.

Le funzioni amministrative

- **Amministrazione, Gestione e Politiche del Personale:** acquisizione e gestione contrattuale ed amministrazione giuridico-economica delle Risorse Umane.
- **Affari Generali, Contratti e supporto all'attività Legale:** con compiti di segreteria tecnica generale e di supporto per il raccordo interno alla Direzione Strategica, ivi compresi il protocollo generale, l'archivio e la gestione atti. Coordina, supporta e vigila la corretta osservanza della normativa sulla privacy ferme restando le competenze del Responsabile della Privacy. Gestisce

l'attività relativa ai procedimenti disciplinari. Supporta l'attività amministrativa nelle controversie civili e commerciali, con personale interno e/o esterno abilitato alla funzione; garanzia della rappresentanza processuale e del patrocinio dell'Azienda nelle diverse giurisdizioni nelle varie fasi e gradi di giudizio e nelle cause in cui l'Azienda è parte in causa.

- **Economia e Finanze contabilità analitica e controllo di gestione:** redazione di bilanci (preventivi e di esercizio), contabilizzazione del ciclo attivo (entrate), contabilità analitica e controllo di gestione, pagamento fornitori di beni e servizi, cura degli adempimenti fiscali e tributari, rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale. Il Responsabile della U.O.C. è preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'art.4bis della L.R. n. 16/2001 e dalla Legge finanziaria regionale n. 27/2006.
- **Acquisizione beni e servizi – Economato:** acquisizione di beni e servizi, svolgimento delle procedure di gara, stipula dei relativi contratti, gestione del fondo economale e manutenzione dei beni mobili.
- **Patrimonio Tecnico Immobiliare e Sistema Informatico:** programmazione, pianificazione e gestione del Patrimonio Edilizio, Impiantistico Tecnologico, Informatico, di Trasmissione Dati e telefonico e delle Apparecchiature Elettromedicali.
- **Direzione Amministrativa Rete Ospedaliera:** con compiti di supporto amministrativo alla rete ospedaliera.
- **Direzione Amministrativa Rete Territoriale:** con compiti di supporto amministrativo alla rete territoriale.
- **Direzione Amministrativa CC.UU.NN. e specialistica:** con compiti di gestione e amministrazione centralizzata delle convezioni uniche nazionali, applicazione dei contratti nazionali e decentrati. Supporto alla gestione territoriale attività protesica.

Il Coordinamento amministrativo, tecnico e professionale

La figura del coordinatore scaturisce dalla scelta di adottare il modello di Area, quale macro-aggregato dei servizi Amministrativi, Tecnici e Professionali, in quanto funzionale alla piena attuazione del principio di partecipazione dei singoli responsabili di struttura ai processi decisionali, in ragione del loro grado di coinvolgimento al raggiungimento degli obiettivi aziendali. L'Area costituisce, una macro struttura composta da più Unità Operative Complesse e Unità Semplici con esigenze operative omogenee, affini e/o complementari caratterizzate da una convergenza di competenze ed esperienze professionali e di attività che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire comuni obiettivi.

Le Unità Operative afferenti all'Area sono titolari, nel rispetto delle linee programmatiche e degli obiettivi dell'Area, di autonomia gestionale. La stessa Area Amministrativa/Tecnico/Professionale è, inoltre, strumento per il perseguimento dell'obiettivo strategico di ottimizzazione delle procedure organizzative ed amministrative finalizzate, nel rispetto delle normative vigenti, allo snellimento procedurale ed alla tempestività dell'azione amministrativa.

L'Area Amministrativa/Tecnico/Professionale deve garantire, nello svolgimento delle funzioni attribuite alle unità ad esso afferenti, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) utilizzazione ottimale degli spazi, delle risorse, delle tecnologie e delle risorse materiali;
- b) miglioramento continuo dell'attività, adottando metodiche appropriate di valutazione dei risultati;
- c) studio ed applicazione di sistemi integrati di gestione, anche attraverso il collegamento informatico all'interno dell'area e con altre strutture nell'ambito aziendale, allo scopo di consentire l'interscambio di informazioni, nonché l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati, e la piena utilizzazione delle tecnologie di informazione e comunicazione;
- d) facilitare lo snellimento procedurale e la tempestività dell'azione amministrativa attraverso l'applicazione di modelli e procedure operative innovative;
- e) facilitare l'applicazione del modello di amministrazione "attiva" ovvero caratterizzata da un approccio al lavoro mirante al *problem solving*.

L’incarico di coordinatore dell’area Amministrativo/Tecnico/Professionale è conferito dal Direttore Generale ad uno tra i Direttori delle Unità Operative Complesse.

Le Unità operative complesse amministrative, tecniche e professionali

Le Unità Operative Complesse Amministrative, Tecniche e Professionali si definiscono complesse se in possesso delle seguenti caratteristiche:

- a) elevata complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, con particolare riguardo al grado di autonomia in relazione alle attività svolte;
- b) affidamento e gestione di budget;
- c) elevata consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel budget affidato;
- d) elevata rilevanza, complessità e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge;
- e) necessità di svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali;
- f) rilevanza degli incarichi interna all’Unità Operativa ovvero a livello aziendale;
- g) elevata valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali.

Le Unità Operative Complesse vengono previste nel presente Atto Aziendale, tuttavia la loro costituzione avverrà al momento della contemporanea presenza di tutti gli elementi che le caratterizzano ed in particolare dovranno considerarsi attivate solo le UU.OO. per le quali è stata effettuata la nomina del “Direttore”, titolare, avvenuta nel rispetto della vigente normativa.

Le Unità Operative Complesse Amministrativo/Tecnico/Professionali devono garantire, oltre alle specifiche funzioni previste nel Funzionigramma aziendale, l’assolvimento delle seguenti attività:

- a) assicurare la gestione delle risorse assegnate e la loro integrazione con le risorse comuni del Dipartimento;
- b) garantire le funzioni e le attività, per tipo e per volume, programmate all’interno del budget;
- c) assicurare il coordinamento, l’integrazione ed il controllo economico per la propria Struttura;
- d) assicurare la gestione della sicurezza e della tutela della riservatezza;
- e) adottare gli atti di attuazione dei provvedimenti posti in essere dal Direttore Generale, compresi quelli che impegnano l’Amministrazione verso l’esterno;
- f) elaborare le proposte di atti o provvedimenti amministrativi che dovranno essere adottati dal Direttore Generale;
- g) provvedere, secondo le linee di indirizzo della Direzione Generale, alla valutazione dei Dirigenti, secondo quanto previsto dai vigenti accordi contrattuali;
- h) predisporre il piano per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane della propria struttura, con esplicitazione del piano di formazione ed aggiornamento per la negoziazione con il Direttore di dipartimento, all’interno del processo di budget;
- i) sostenere lo sviluppo ed il buon funzionamento del Sistema Informativo di Dipartimento e aziendale ed in particolare coordina il monitoraggio, la raccolta e la validazione dei dati;
- j) facilitare lo snellimento procedurale e la tempestività dell’azione amministrativa attraverso l’applicazione di modelli e procedure operative innovative.

All’interno delle Unità Operative Complesse possono essere individuate: Unità Operative Semplici dotate di autonomia professionale ma non di risorse proprie, essendo queste ultime ricomprese nell’ambito di quelle dell’Unità complessa;

L’incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa Amministrativa, Tecnica e Professionale è conferito dal Direttore Generale a dirigenti aziendali o ad altri aventi titolo, selezionati/individuati con le procedure previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro e dalla normativa in materia.

Le Unità Operative Semplici

Le Unità Operative Semplici rappresentano delle articolazioni funzionali delle Unità Operative Complesse derivanti da una specifica articolazione delle attività amministrative, tecniche e professionali e caratterizzate da una particolare autonomia operativa. L’incarico di Dirigente di Unità Operativa Semplice è conferito dal Direttore Generale a dirigenti dell’Azienda o ad altri aventi titolo selezionati/individuati con le procedure previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e dalla normativa in materia.

Incarico Professionale o di Alta Specialità

I titolari di responsabilità di Incarico Professionale o di Alta professionale possono esercitare le seguenti funzioni e quant’altro previsto dalla normativa vigente:

- Consulenza, studio e ricerca;
- Attività ispettiva di verifica e controllo;
- Attività connotata da precipua e specifica professionalità che può presentare anche aspetti gestionali.

Le posizioni organizzative e di coordinamento

I titolari di responsabilità di Posizione Organizzativa possono esercitare le seguenti funzioni e quant’altro previsto dalla normativa vigente:

- Consulenza, studio e ricerca;
- Attività ispettiva di verifica e controllo;
- Attività di coordinamento.

2. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Quadro socio-demografico

Il territorio dell’Azienda USL di Frosinone comprende tutto l’ambito provinciale comprendente 91 comuni. La superficie totale è di 3.241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 495.026 abitanti, suddivisi in 242.293 uomini e 252.733 donne, secondo gli ultimi dati ISTAT, come mostrato nella Tabella n°1. Di questi, 24.164 è il totale della popolazione straniera residente nel territorio provinciale suddivisa in 11.491 uomini e 12.673 donne. La popolazione straniera residente è cresciuta negli ultimi anni attestandosi al 31 dicembre 2014 al 4,8% (23.754 residenti stranieri) della popolazione totale. Tale percentuale del 4,8% è comunque molto inferiore all’11,6% del Lazio e all’8,4% dell’Italia, indicando che la nostra provincia è stata meno investita dai flussi migratori rispetto ad altri territori. Poi vengono presi in considerazione altri fattori che arricchiscono l’analisi del tessuto sociale provinciale.

Tabella 10 – Bilancio Demografico per la provincia di Frosinone**Bilancio demografico anno 2016 e popolazione residente al 31 dicembre
Provincia: Frosinone**

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	242293	252733	495026
Nati	2067	1903	3970
Morti	2679	2785	5464
Saldo Naturale	-612	-882	-1494
Iscritti da altri comuni	3942	4176	8118
Iscritti dall'estero	1073	632	1705
Altri iscritti	241	172	413
Cancellati per altri comuni	4383	4694	9077
Cancellati per l'estero	512	394	906
Altri cancellati	448	270	718
Saldo Migratorio e per altri motivi	-87	-378	-465
Popolazione residente in famiglia	241075	250799	491874
Popolazione residente in convivenza	519	674	1193
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 dicembre	241594	251473	493067
Numero di Famiglie	203002		
Numero di Convivenze	164		
Numero medio di componenti per famiglia	2.42		

Gli indici soprastanti dimostrano come la densità di popolazione nella provincia di Frosinone siano stati piuttosto stabile negli ultimi anni. I dati sono facilmente comparabili con i trend storici del periodo compreso tra il 2011-2014 tramite la tabella sottostante (Tabella 11).

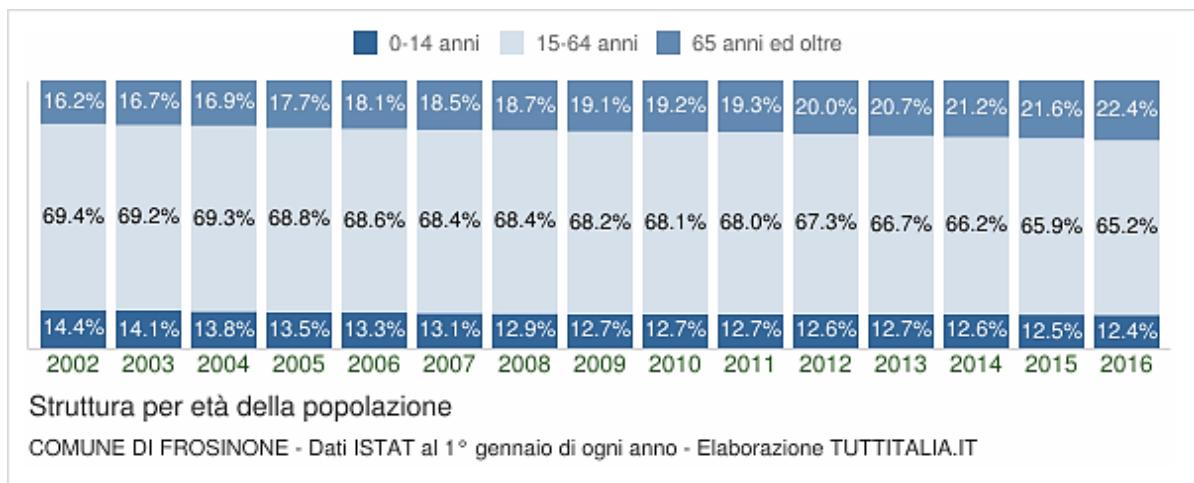
Tabella 11 – Serie storica (2011-2014) comparazione per province adiacenti

POPOLAZIONE RESIDENTE (SERIE STORICA 2011-2014)				
	2011	2012	2013	2014
Viterbo	312.674	315.623	322.195	321.955
Rieti	154.909	156.521	159.670	158.981
Roma	3.995.250	4.039.813	4.321.244	4.342.046
Latina	544.887	552.090	569.664	572.472
Frosinone	492.302	493.229	497.678	496.971
Lazio	5.500.022	5.557.276	5.870.451	5.892.425
ITALIA	59.394.207	59.685.227	60.782.668	60.795.612

Fonte: Elaborazione Istituto Guglielmo Tagliacarne e Camera di Commercio di Frosinone su dati ISTAT

È evidente come la maggior parte della popolazione residente venga rappresentata da persone di giovane e mezz'età, tendenza dimostrata anche questa volta dalla distribuzione della popolazione appartenente agli anni precedenti (Tabella 12).

Tabella 12 - Struttura della popolazione suddivisa per fasce d'età (2002-2016)



Per quanto concerne gli indici di mortalità, tali dati possono essere facilmente ravvisati nella tabella sottostante (Tabella 13).

Tabella 13 – Tavole di mortalità della popolazione residente per la provincia di Frosinone. (ISTAT)

Tavole di mortalità della popolazione residente Provincia: Frosinone - Maschi e femmine - Anno: 2016						
Età <i>x</i>	Sopravviventi <i>l_x</i>	Decessi <i>d_x</i>	Probabilità di morte (per mille) <i>q_x</i>	Anni vissuti <i>L_x</i>	Probabilità prospettive di sopravvivenza <i>P_x</i>	Speranza di vita <i>e_x</i>
0-4	100000	268	2.68396	498865	0.9992756	82.148
5-9	99732	62	0.61915	498504	0.9993926	77.366
10-14	99670	62	0.62458	498201	0.9991131	72.413
15-19	99608	118	1.18579	497759	0.9987578	67.456
20-24	99489	126	1.26619	497141	0.9985752	62.533
25-29	99364	163	1.64435	496433	0.9979008	57.609
30-34	99200	260	2.62162	495391	0.9968835	52.700
35-39	98940	356	3.59822	493847	0.9960763	47.831
40-44	98584	430	4.36131	491909	0.9940992	42.995
45-49	98154	769	7.83699	489006	0.9899972	38.171
50-54	97385	1230	12.62850	484115	0.9822809	33.452
55-59	96155	2273	23.64388	475537	0.9703819	28.845
60-64	93882	3377	35.97469	461452	0.9567081	24.478
65-69	90504	4721	52.16115	441475	0.9321280	20.293
70-74	85783	7498	87.40818	411511	0.8850220	16.263
75-79	78285	11657	148.90817	364197	0.8052370	12.564
80-84	66628	16758	251.51028	293265	0.6761972	9.296
85-89	49870	20689	414.85018	198305	0.4850926	6.539
90-94	29182	18569	636.31411	96196	0.2874356	4.380
95-99	10613	8615	811.78572	27650	0.1374305	2.980
100-104	1998	1870	936.21194	3800	0.0448467	1.988
105-109	127	126	986.99995	170	0.0094168	1.350
110-114	2	2	998.42360	2	0.0012247	0.970
115-119	0	0	999.87982	0	0.0001019	0.753

In generale, l'aspettativa di vita nella nostra provincia è pari, a fine 2014 a 79,5 anni per gli uomini e a 84,3 anni per le donne, valori leggermente inferiori a quelli medi regionali e nazionali. Ancor più rilevante, ai fini di questa istituzione, è rappresentato dall'indice di vecchiaia. Quest'ultimo è pari a 167,6, è più alto del valore regionale Lazio (149,8) e del valore medio nazionale (157,7) testimoniano

una presenza forte delle classi di età più anziane. L' indice di vecchia è progressivamente aumentato nel tempo, se si pensa che nel 2011 era di 156,1, nel 2012 di 159,2, nel 2013 di 163,7. Ciò si evince dalla Tabella 14.

Tabella 14 – Aspettative di vita alla nascita (ISTAT 2014), comparazione per province adiacenti

ASPETTATIVA DI VITA (ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA, MASCHI E FEMMINE, ANNO 2014)		
	Maschi	Femmine
Viterbo	78,7	84,3
Rieti	79,8	84,9
Roma	80,3	84,7
Latina	79,6	85,1
Frosinone	79,5	84,3
Lazio	80,0	84,7
ITALIA	80,3	85,0

Fonte: ISTAT

Lo studio di tale dati ha un impatto significativo sul sistema sociale, in particolare, sul sistema lavorativo nonché, nel nostro caso, nella programmazione di un sistema sanitario maggiormente efficace che risponda in maniera adeguata alle necessità degli utenti. Infatti, con l'invecchiamento della popolazione cresce il numero delle persone affette da gravi disabilità e da malattie cronico-degenerative facendo lievitare sensibilmente la domanda di prestazioni sanitarie ed assistenziali. La popolazione attiva da qui a dieci anni continuerà a diminuire rispetto a quella ricompresa nella fascia degli over 65, dunque le spese assistenziali e previdenziali subiranno un forte aumento. Secondo i dati ISTAT, il processo di invecchiamento dovrebbe mostrare una netta accelerazione a partire dalla metà del 2020, quando le classi attualmente più numerose della popolazione supereranno la soglia dei 65 anni. Giunti a quel punto non è difficile immaginare come il tessuto produttivo muterà dovendo adeguarsi ad una crescente domanda di servizi assistenziali.

• Quadro socio-economico

Dal punto di vista del reddito, il reddito disponibile delle famiglie consumatrici comprese all'interno del territorio provinciale ha subito, negli ultimi anni, una lieve contrazione pari allo 0,1%, dato che risulta inferiore rispetto alla variazione nazionale (+0,1%) e regionale (+0,3%), ma non si differenzia molto da dati delle altre province laziali quali Latina (- 0,2%) e Viterbo (- 0,3%). Ciò ha determinato una riduzione nel potere d'acquisto delle famiglie laziali che sommandosi ad aspettative non troppo positive a livello occupazionale, le ha spinte a tagliare le spese. Seppur dal rapporto tra il reddito disponibile e popolazione residente, si ottiene per la provincia di Frosinone un valore di €13.136; valore che risulta superiore a quello stimato per Latina, €13.057, ed inferiore a quello stimato per Roma e Viterbo e Rieti (rispettivamente €21.330, €13.583 e €13.154), una diminuzione è stata osservata anche per il reddito pro capite nella provincia di Frosinone, specie se lo si rapporta all'andamento nazionale. Interessanti indicazioni si ricavano, inoltre, dalle stime del valore del patrimonio delle famiglie pro capite: alla fine del 2012, il patrimonio delle famiglie residenti nella provincia di Frosinone si attestava su un valore di 61.715 milioni di euro, corrispondenti a poco meno dell'7% del totale regionale (882.465 milioni). Gran parte del patrimonio posseduto dalle famiglie del frusinate si concentra in attività di tipo reale (65,4%), di queste ben il 63,4% si realizza in abitazioni e il restante 2% in terreni. Province come quelle di Viterbo, Latina e Rieti, registrano una più elevata concentrazione del patrimonio in quelle che sono le attività reali (rispettivamente 70%, 66,9%, 70,2%) riportando comunque delle percentuali più elevate di

quelle calcolate su base nazionale (62,8%). Il frusinate concentra, invece, ben il 34,6% in attività finanziarie, indirizzando oltre il 15,4% del patrimonio in valori mobiliari. Dal punto di vista degli investimenti, il frusinate è la provincia laziale che più si avvicina alla percentuale di investimenti finanziari sul territorio nazionale, registrando un valore di solo 2,6 punti inferiore alla media nazionale (dati forniti dalla Camera di Commercio di Frosinone e dell'Istituto Guglielmo Tagliacarne). Quanto detto fin' ora può essere ravvisato nelle Tabelle 15, 16, 17.

Tabella 15 – Reddito disponibile delle famiglie consumatrici nelle province laziali

Reddito disponibile delle famiglie consumatrici nelle province laziali ed in Italia (2009-2012; in milioni di euro ed in %)					
	2009	2010	2011	2012	Variaz. % media annua 2009-2012
Viterbo	4.308	4.441	4.503	4.267	-0,3
Rieti	2.039	2.118	2.131	2.048	0,2
Roma	85.321	87.378	88.391	85.696	0,1
Latina	7.209	7.379	7.453	7.162	-0,2
Frosinone	6.488	6.687	6.809	6.473	-0,1
LAZIO	105.364	108.002	109.287	105.647	0,1
ITALIA	1.021.121	1.032.614	1.052.720	1.030.467	0,3

Fonte: Unioncamere

Tabella 16 – Patrimonio delle famiglie per tipologia di attività delle province del Lazio

Patrimonio delle famiglie per tipologia di attività delle province del Lazio ed in Italia (2012, in milioni di euro ed in %)								
	Attività reali			Attività finanziarie			Totale generale	
	Abitazioni	Terreni	Totale	Depositi	Valori mobiliari	Riserve	Totale	
Valori in milioni di euro								
Viterbo	28.137	2.760	30.897	4.518	6.786	1.936	13.240	44.137
Rieti	14.285	881	15.166	2.367	3.112	958	6.437	21.602
Roma	428.718	2.853	431.571	98.558	99.225	56.975	254.759	686.330
Latina	44.267	1.657	45.924	7.582	10.865	4.308	22.755	68.680
Frosinone	39.103	1.264	40.367	7.773	9.522	4.054	21.349	61.715
LAZIO	554.509	9.415	563.925	120.799	129.510	68.231	318.540	882.465
ITALIA	5.600.961	233.595	5.834.555	1.033.300	1.725.700	693.500	3.452.500	9.287.055
Composizione in %								
Viterbo	63,7	6,3	70,0	10,2	15,4	4,4	30,0	100,0
Rieti	66,1	4,1	70,2	11,0	14,4	4,4	29,8	100,0
Roma	62,5	0,4	62,9	14,4	14,5	8,3	37,1	100,0
Latina	64,5	2,4	66,9	11,0	15,8	6,3	33,1	100,0
Frosinone	63,4	2,0	65,4	12,6	15,4	6,6	34,6	100,0
LAZIO	62,8	1,1	63,9	13,7	14,7	7,7	36,1	100,0
ITALIA	60,3	2,5	62,8	11,1	18,6	7,5	37,2	100,0

Fonte: Unioncamere-Si.Camera

Tabella 17 – Valori per famiglia e variazioni percentuali annue a prezzi correnti del patrimonio delle famiglie nelle province del Lazio

Valori per famiglia e variazioni percentuali annue a prezzi correnti del patrimonio delle famiglie e valori per famiglia nelle province del Lazio ed in Italia (2009-2012, in valore assoluto, in % e numero indice, Italia = 100)							
	VALORI PER FAMIGLIA (in euro)				VARIAZIONI		
	2010	2011	2012	N.I. 2012	2010/2009	2011/2010	2012/2011
Viterbo	339.896	319.200	306.364	84,6	0,8	0,1	-3,4
Rieti	322.544	307.909	306.329	84,6	2,5	0,2	-1,2
Roma	422.627	396.110	390.293	107,7	0,0	-0,2	-0,3
Latina	322.218	307.950	293.554	81,0	0,9	-0,3	-2,6
Frosinone	316.289	309.851	303.534	83,8	0,8	-1,0	0,2
LAZIO	395.596	373.169	366.112	101,1	0,2	-0,3	-0,6
ITALIA	383.675	368.528	362.285	100,0	0,7	-1,0	-0,8

Fonte: Unioncamere-Si.Camera

Secondo uno studio più recente, del Dipartimento per le politiche fiscali del Ministero dell'Economia basata sulle denunce dei redditi del 2014, la regione Lazio occupa il secondo posto, sotto il profilo dei redditi, subito dopo la Lombardia. Il reddito pro capite più alto tra i comuni presi in considerazione è proprio quello del capoluogo, Frosinone, con €19.833,71. Prendendo in esame la situazione nei centri di maggior rilievo, risulta che: a Cassino il reddito pro capite è di €17.940, a Sora di €16.138,67, a Ceccano si arriva a €16.326,58, ad Alatri a €16.040,45, ad Anagni a €16.867,18 euro, €16.858,68 a Ferentino, €14.162,83 a Veroli, €16.172,26 a Fiuggi. Per quel che riguarda i capoluoghi del Lazio, al primo posto c'è naturalmente Roma con €24.555,32 di reddito pro capite, seguita da Rieti con €20.054,8. Frosinone si trova al terzo posto con €19.833,71; a seguire Viterbo con €19.625,42 e Latina con €18.821,9 (Ciociaria Oggi, 18 novembre 2016).

Un recente rapporto prende in considerazione l'ambito della “solidità economica” con la finalità di misurare la capacità, presente e futura, di produrre ricchezza. Tale ambito è costruito sulla base di sei indicatori (quattro provinciali e due comunali) che sono: a) valore aggiunto pro capite, b) reddito Irpef medio, c) imprenditorialità, d) disponibilità del credito, e) consolidamento produttivo, f) internazionalizzazione produttiva così come di seguito vengono specificati:

Tabella 18 - indicatori ambito “solidità economica”

INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE	LIVELLO TERRITORIALE	ANNO DI RIFERIMENTO DEL DATO
VALORE AGGIUNTO PRO CAPITE	Valore aggiunto totale ai prezzi base correnti pro-capite	Unioncamere - Tagliacarne	PROVINCIA	2017
REDDITO IRPEF MEDIO	Reddito IRPEF imponibile medio per dichiarazione	Unioncamere - Tagliacarne	COMUNE	2016
TASSO DI IMPRENDITORIALITÀ	Imprese totali attive per 100 abitanti	Unioncamere - Tagliacarne	COMUNE	2017
DISPONIBILITÀ DEL CREDITO	Rapporto impieghi/depositi x 100 per localizzazione dello sportello	Elaborazione FPA su dati Banca d'Italia	PROVINCIA	2016
CONSOLIDAMENTO PRODUTTIVO	Imprese con più di 50 addetti ogni 10.000 abitanti	Elaborazione FPA su dati ISTAT	PROVINCIA	2016
INTERNAZIONALIZZAZIONE PRODUTTIVA	Valore delle esportazioni per abitante	ISTAT-ICE	PROVINCIA	2017

Fonte: ICity Rate 2018 - La classifica delle città intelligenti italiane, settima edizione

Tabella 19 - classifica ambito “solidità economica”

RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO
1	Milano	870,1	28	Forlì	455,0	55	Pistoia	352,7	82	Avellino	261,4
2	Bergamo	672,1	29	Lodi	452,0	56	Venezia	348,4	83	Bari	247,9
3	Firenze	635,8	30	Cremona	451,8	57	Massa	345,1	84	Ragusa	242,0
4	Reggio nell'Emilia	631,8	31	Como	451,3	58	Perugia	343,5	85	Oriano	236,2
5	Modena	611,6	32	Belluno	450,0	59	Sondrio	343,0	86	Campobasso	231,7
6	Vicenza	606,3	33	Varese	448,4	60	Trieste	340,8	87	Isernia	229,4
7	Brescia	585,1	34	Alessandria	447,8	61	Asti	339,4	88	Matera	216,5
8	Mantova	581,1	35	Novara	429,9	62	Livorno	338,9	89	Nuoro	216,3
9	Treviso	569,0	36	Lucca	427,8	63	Latina	337,6	90	Catania	212,1
10	Bolzano - Bozen	554,8	37	Siena	420,2	64	Pavia	337,1	91	Cosenza	208,1
11	Bologna	549,0	38	Trento	417,5	65	Siracusa	331,1	92	Rieti	206,2
12	Padova	539,0	39	Chieti	410,2	66	Grosseto	329,7	93	Benevento	204,8
13	Biella	528,3	40	Pisa	407,3	67	Savona	326,2	94	Catanzaro	196,9
14	Parma	526,8	41	Genova	402,0	68	Teramo	323,9	95	Trapani	187,6
15	Monza	520,2	42	Ancona	401,4	69	Fermo	323,7	96	Caltanissetta	183,7
16	Lecco	514,8	43	Roma	400,8	70	Potenza	322,0	97	Foggia	177,8
17	Torino	505,7	44	Cagliari	396,1	71	La Spezia	295,6	98	Brindisi	162,9
18	Piacenza	494,2	45	Aosta	395,6	72	Salerno	291,3	99	Agriporto	162,2
19	Verona	482,5	46	Rovigo	386,9	73	Viterbo	287,0	100	Reggio di Calabria	148,2
20	Pordenone	473,9	47	Pesaro	381,1	74	Terni	286,1	101	Enna	148,1
21	Arezzo	468,9	48	Rimini	380,5	75	Sassari	286,0	102	Messina	147,6
22	Cesena	465,2	49	Gorizia	380,3	76	L'Aquila	281,4	103	Crotone	147,0
23	Frosinone	462,8	50	Ascoli Piceno	378,8	77	Lecce	279,6	104	Taranto	138,9
24	Prato	461,4	51	Vercelli	377,5	78	Verbania	278,7	105	Palermo	137,4
25	Cuneo	460,1	52	Macerata	364,2	79	Caserta	273,8	106	Andria	131,6
26	Ravenna	459,8	53	Pescara	360,8	80	Imperia	271,8	107	Vibo Valentia	128,5
27	Udine	457,2	54	Ferrara	360,0	81	Napoli	267,3			

Fonte: ICity Rate 2018 - La classifica delle città intelligenti italiane, settima edizione

Dalla tabella emerge come Frosinone, per l'ambito “solidità economica” nella classifica riveste una buona posizione, attestandosi prima tra le altre province del Lazio

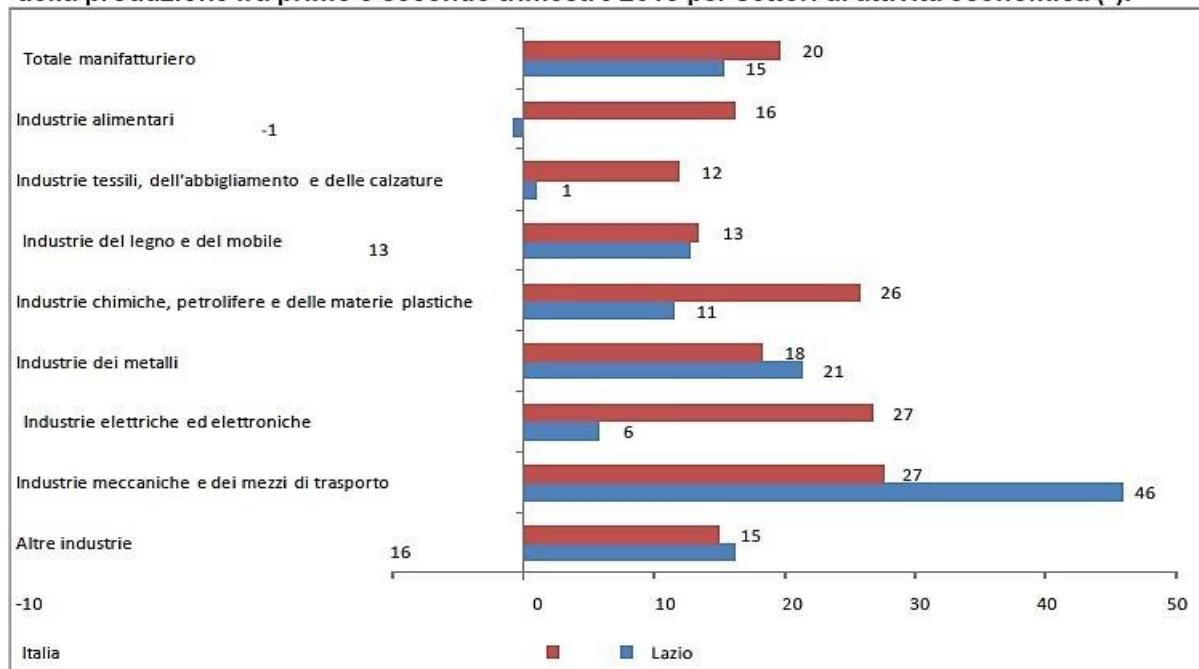
• Quadro economico regionale e provinciale

Analogamente a quanto avvenuto a livello nazionale, anche per il Lazio il secondo trimestre dell'anno 2015 sembra essere stato il momento della ripartenza dell'attività economica dopo un momento iniziale di criticità, soprattutto in alcuni specifici ambiti. Se utilizziamo come misura di sintesi la differenza fra la percentuale di imprese che prevedono aumenti della produzione industriale fra primo e secondo trimestre 2015 e quella di coloro che vedono invece un segno negativo, osserviamo, infatti, che se a livello nazionale questo differenziale ammonta a 20 punti percentuali, nel Lazio ci si ferma a quota 15 punti percentuali. Un dato che, peraltro, viene spinto verso l'alto essenzialmente da due componenti: l'industria meccanica e dei mezzi di trasporto, che probabilmente viene trainata dai nuovi progetti che riguardano lo stabilimento FIAT di Cassino e dalla ripresa della domanda di nuove autovetture che vede un saldo di + 46 punti percentuali a fronte del +27 della media nazionale. Ricordiamo, infatti, che in termini di ordinativi, questo settore attira un fortissimo interesse da parte degli operatori esteri (dati da “Relazione Previsionale e Programmatica 2016” della Camera di Commercio di Frosinone, allegato alla deliberazione del Consiglio Camerale n.8 del 21 dicembre 2015). La forte crescita di tutto il comparto manifatturiero della provincia di Frosinone, +26 punti percentuali, è probabilmente basato proprio dai già citati mezzi di trasporto e dagli ordinativi esteri. Tutte le altre province presentano saldi positivi nel manifatturiero, ma inferiori a quelli medi laziali e italiani. Pessimistiche appaiono, invece, le prospettive dell'industria alimentare, che non solo presenta performance peggiori di quelle nazionali ma è anche l'unico settore in regione che vede la presenza di un saldo negativo. Ciò, probabilmente, trova fondamento nel fatto che Frosinone e Latina hanno il più alto indice di criminalità nell'agroalimentare su scala nazionale. Il dato preoccupante emerge dal quarto Rapporto elaborato da Coldiretti, Eurispes e Osservatorio sulla criminalità in agricoltura e nel sistema agroalimentare. L'indice di Organizzazione Criminale (IOC) elaborato dall'Eurispes rappresenta la diffusione e la intensità, in una data provincia, del fenomeno. Frosinone si colloca al 15esimo posto assoluto (con un indice del 49,3%) e Latina al 26esimo (indice 43,3%) occupando, in ambito laziale, il primo e il secondo posto. In vetta alla classifica nazionale figura Ragusa (indice 100%) seguita al secondo e terzo da Reggio Calabria e Napoli. L'indice, per completare il quadro relativo alla regione Lazio, scende sulle piazze di Viterbo (29,1%), Roma (26,7%) e Rieti (19,6%) che

si collocano nella fascia media della graduatoria nazionale. Il Rapporto ha offerto anche il quadro delle aziende e dei beni immobili sequestrati/confiscati alle agromafie. In Italia (dati Agenzia nazionale Amministrazione e Destinazione beni sequestrati e confiscati) gli immobili sottratti ai sodalizi criminali che operano nell'agroalimentare sono stati, al 30 settembre del 2015, 17.577. Nel Lazio sono stati 1.170. Le aziende sequestrate in Italia sono state 3.187. Nel Lazio sono state 410. E' stato stimato che il business delle agromafie vale oltre 16 miliardi di euro. Infatti, le mafie incidono anche sulla formazione dei prezzi con distorsioni e speculazioni dovute alle infiltrazioni nelle attività di intermediazione e trasporto. Nel 2015 i militari del Nas hanno chiuso 1.035 strutture operanti nel settore agroalimentare, sequestrando 25 milioni di prodotti alimentari adulterati, contraffatti, scaduti o carenti nella etichettatura e rintracciabilità. Infine, non particolarmente significativi appaiono i differenziali fra piccole imprese, che chiudono con un saldo di +11, e medio-grandi imprese, che invece segnalano un +19 (vedi Tabella n°9). Tale dato potrebbe, inoltre, essere connesso al trend sempre più diffuso che vede negli ultimi tempi molti consumatori optare per i loro acquisti alimentari per le grandi strutture oramai presenti in maniera sempre più capillare sul territorio regionale, a cui di recente si è affiancato il boom dei cosiddetti discount alimentari che hanno consentito una riduzione dei prezzi, talvolta a scapito della qualità, permettendo comunque alle famiglie di mantenere un certo tenore alimentare con un maggior risparmio.

Tabella 20 – Saldo fra percentuale di imprese che dichiarano previsioni di aumento o di diminuzione

Saldo fra percentuale di imprese che dichiarano previsioni di aumento e di diminuzione della produzione fra primo e secondo trimestre 2015 per settori di attività economica (*).

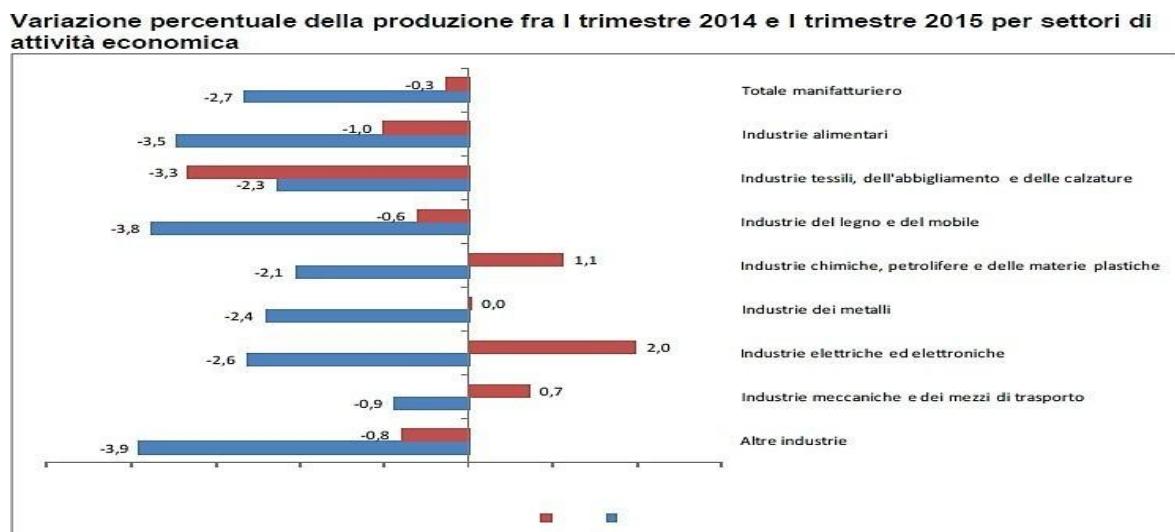


(*) Eventuali divergenze grafiche dei saldi rispetto ai dati delle appendici statistiche sono dovute all'arrotondamento delle cifre decimali

Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere, Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sull'industria manifatturiera per la regione Lazio

In termini consuntivi, mentre il Lazio ha chiuso con un -2,7%, si segnala come a livello territoriale Frosinone sia stata la provincia che meglio ha saputo limitare i danni chiudendo con un passivo dell'1,5%, seguita da Latina che, con -2,3%, è stata l'altra area a far meglio della media regionale. Una dicotomia decisamente più netta si è verificata fra andamenti delle piccole imprese (ovvero quelle fino a 49 addetti) e le medio-grandi (intendendo con questo termine quelle con almeno 50 addetti), con queste ultime che sono andate molto meno peggio (-1,7%) rispetto alle imprese meno strutturate (-3,7%), come si evince dalla Tabella sottostante.

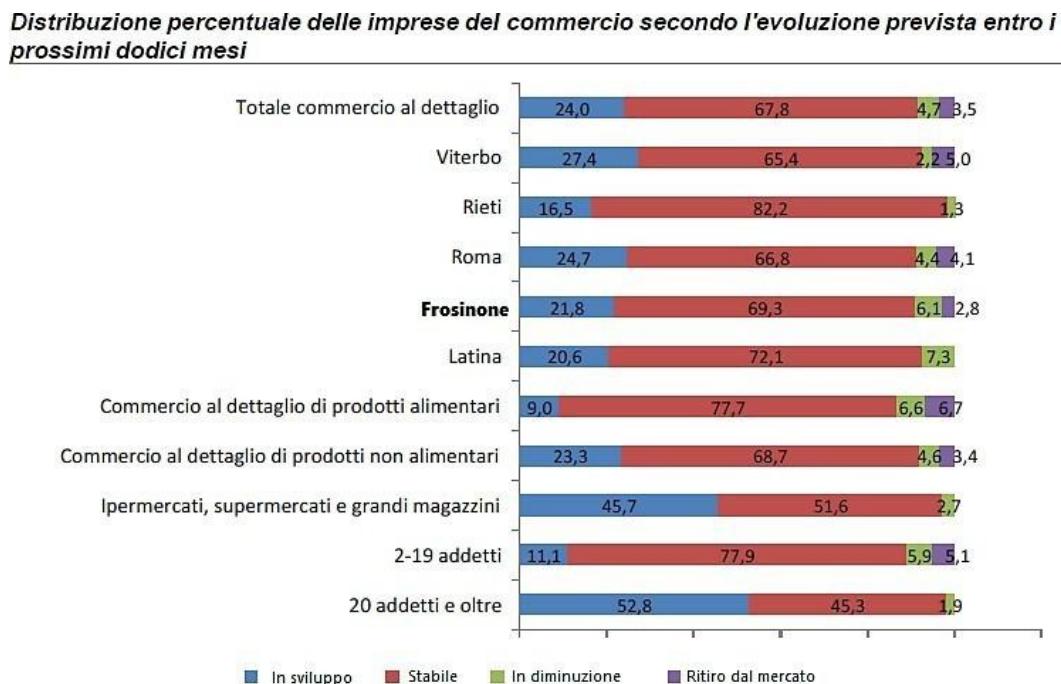
Tabella 21– Variazione percentuale della produzione per settori di attività economica



Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sull'industria manifatturiera per la regione Lazio

Ad ogni modo, nel lungo periodo (marzo 2016), sembra esserci maggior ottimismo, con le imprese che prevedono una evoluzione negativa o addirittura un ritiro dal mercato che sono una percentuale decisamente minoritaria (intorno all'8%), mentre le altre evidenziano quanto meno una stabilità di andamento o addirittura il 24% di esse prevede un aumento. Questi cenni di ripresa determinano le previsioni, in percentuale, previste nella Tabella 20.

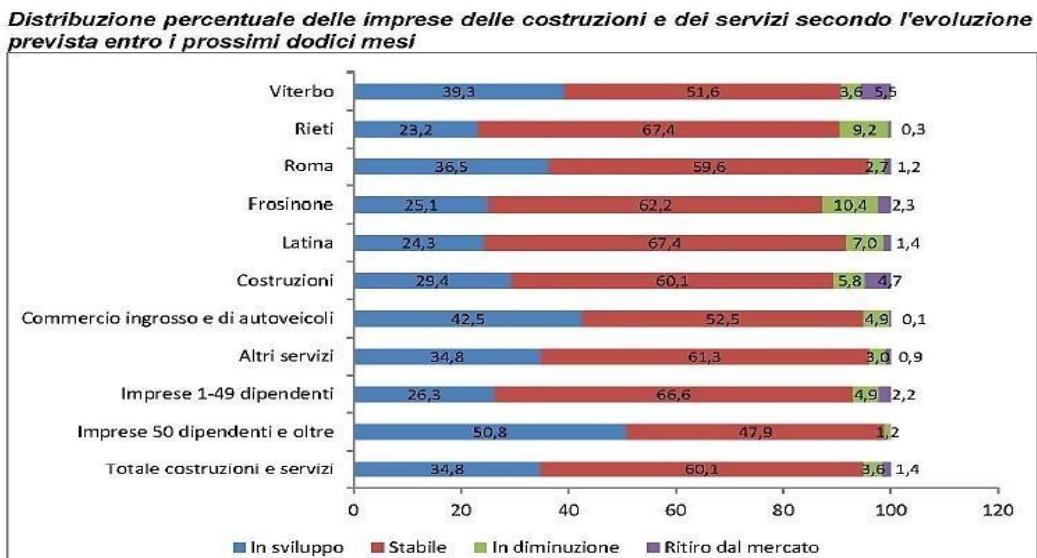
Tabella 22 – Distribuzione percentuale delle imprese di commercio secondo l’evoluzione prevista entro i prossimi 12 mesi.



Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sul commercio per la regione Lazio

Nel terziario, la quota di imprenditori che prevede una evoluzione positiva della propria attività nei prossimi dodici mesi ammonta al 29%, mentre si ferma solamente all'11% l'incidenza di coloro che vedono una ulteriore diminuzione o addirittura una chiusura della propria attività imprenditoriale.

Tabella 23 – Distribuzione percentuale delle imprese di servizi prevista entro i prossimi 12 mesi



Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sui servizi per la regione Lazio

I servizi quindi, seppur connotati da un certo grado di positività, vedono un divario tra l'area di Roma (il cui saldo dei preconsuntivi del secondo trimestre rispetto al primo ammonta a 15 punti) ed il resto del territorio, in cui si registrano performance debolmente positive di Viterbo e Latina e quelle addirittura negative di Rieti e Frosinone. Tuttavia, un segnale importante giunge dalla Camera di Commercio di Frosinone, che avvalendosi delle banche dati Infocamere, dei dati Movimprese e della banca dati RI.TREND, ha diffuso dati recentissimi sulle imprese della provincia di Frosinone, aggiornati al 30 Settembre 2017. Risultano iscritte al 30/09/2015 nel Registro Imprese di Frosinone 48.705 imprese, rispetto alle 46.688 al 30/09/2015, con un incremento del 4,32% nel biennio. Di seguito in numeri nel dettaglio (Tabella 22).

Tabella 24 – Numero di addetti delle imprese in provincia di Frosinone aggiornati al 30 settembre 2017. (Dati Unioncamere)

Settore	Addetti indipendenti loc.	Addetti dipendenti loc.	Addetti totali loc.
A Agricoltura, silvicolture pesca	2.269	834	3.103
B Estrazione di minerali da cave e miniere	8	101	109
C Attività manifatturiere	2.297	27.676	29.973
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	7	503	510
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	26	1.256	1.282
F Costruzioni	3.791	9.975	13.766
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di aut...	10.433	13.993	24.426
H Trasporto e magazzinaggio	657	9.182	9.839
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	3.045	6.223	9.268
J Servizi di informazione e comunicazione	194	1.534	1.728
K Attività finanziarie e assicurative	781	1.644	2.425
L Attività immobiliari	245	336	581
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	380	1.417	1.797
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto	547	7.126	7.673

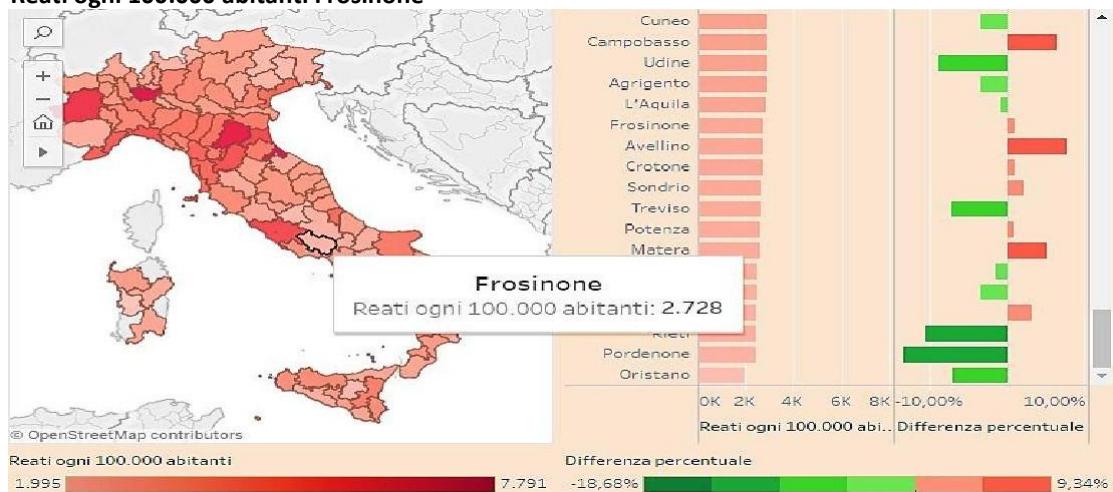
alle imp...				
O Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale...	0	5	5	
P Istruzione	103	508	611	
Q Sanità e assistenza sociale	66	3.956	4.022	
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	177	580	757	
S Altre attività di servizi	1.844	1.406	3.250	
X Imprese non classificate	147	1.061	1.208	

• Livello di Criminalità

La provincia di Frosinone è una porzione di territorio che copre gli ultimi 3.244 km quadrati della regione Lazio è interna, non ha sbocchi sul mare, confina con la Campania e la provincia di Caserta, è raggiungibile in una manciata di minuti. Costeggia l’Abruzzo, a est, con le imponenti montagne dell’Appennino centrale e a ovest è in contiguità territoriale con le pianure pontine. A nord si trova alle porte della Capitale. La provincia soffre a causa delle ripercussioni dovute alla sua collocazione geografica al limite del territorio Casertano, difatti l’area non risulta immune all’influenza della criminalità organizzata radicata nell’alta Campania, dimostrandosi dunque un’aria ad alta vulnerabilità. *“Frosinone, sia per la sua posizione baricentrica tra Roma e Napoli, sia per la presenza degli importanti insediamenti industriali, genera l’interesse della criminalità di matrice camorrista.* Così il presidente della Corte d’Appello di Roma, nel documento di inaugurazione dell’anno giudiziario 2014. (Primo Rapporto, “Mafie nel Lazio”, Febbraio 2015). La stessa Provincia è classificata ad alta vulnerabilità socioeconomica così come le confinanti Province di Roma e Latina (Unioncamere, maggio 2015). Secondo quest’ultima fonte, l’indice di illegalità finanziaria è comunque medio basso. La suddetta area è interessata, da decenni, dalla presenza delle organizzazioni camorristiche come attestano sentenze della magistratura e relazioni della Commissione parlamentare antimafia. Va preliminarmente evidenziato che le presenze, più correttamente, gli insediamenti significativi, si registrano nell’area del cassinate, zona ove il clan dei casalesi è fortemente radicato, mentre Frosinone, nel periodo compreso tra luglio 2016 e dicembre 2017, registra violenza e condizionamento messo in atto da agguerrite organizzazioni criminali formate da esponenti della malavita locale, operanti soprattutto nei quartieri dell’area popolare (Terzo rapporto, “Mafie nel Lazio”, Aprile 2018).

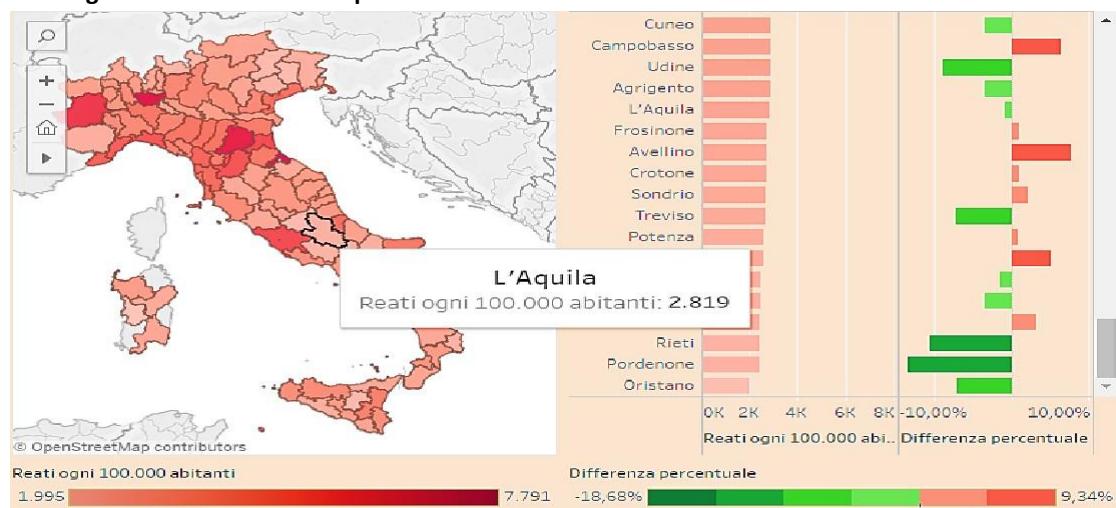
Tuttavia, è abbastanza soddisfacente il quadro di massima che scaturisce dalle statistiche provinciali e regionali sull’attività delittuosa nel 2015, fornite dal Sole 24 Ore, dal Ministero dell’Interno e dal dipartimento della Pubblica Sicurezza. Di seguito vengono riportati i numeri relativi all’ammontare dei reati relativi ai maggiori centri urbani limitrofi, permettendo una rapida comparazione con la situazione nella provincia di Frosinone.

Figura 1- Reati ogni 100.000 abitanti Frosinone



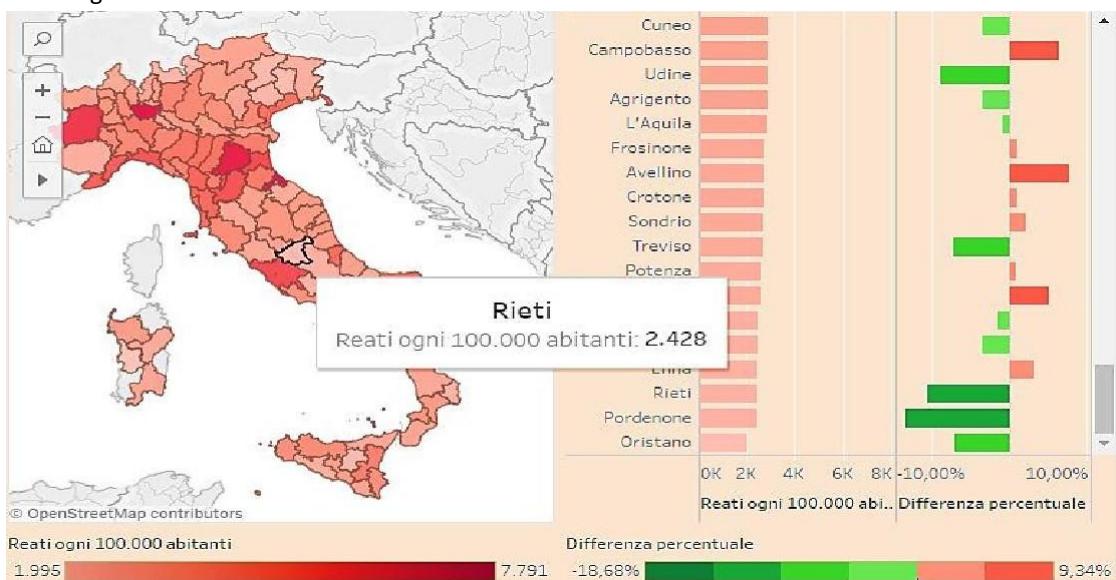
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell’Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 2- Reati ogni 100.000 abitanti L'Aquila



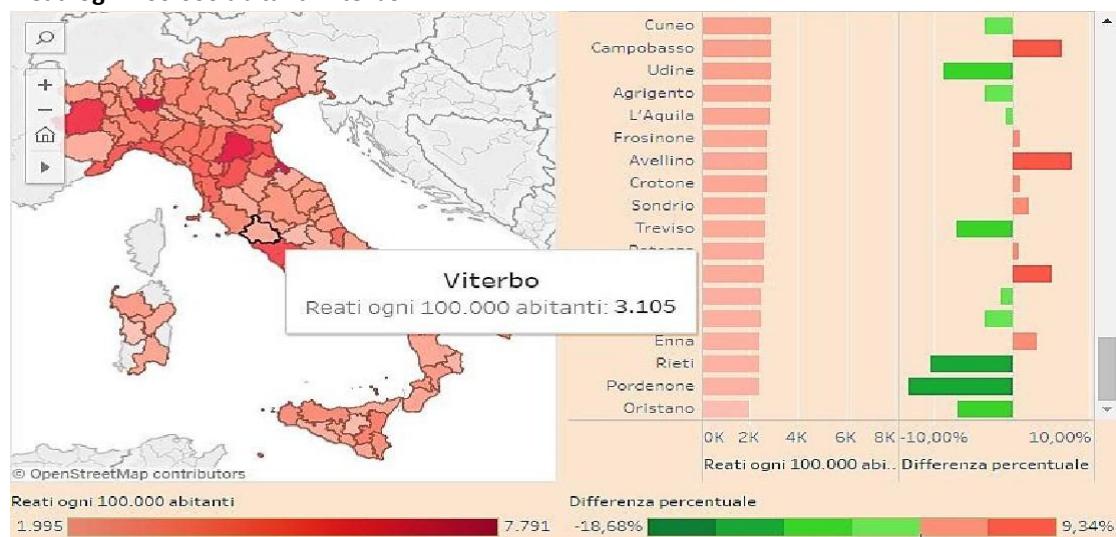
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 3 - Reati ogni 100.000 abitanti Rieti



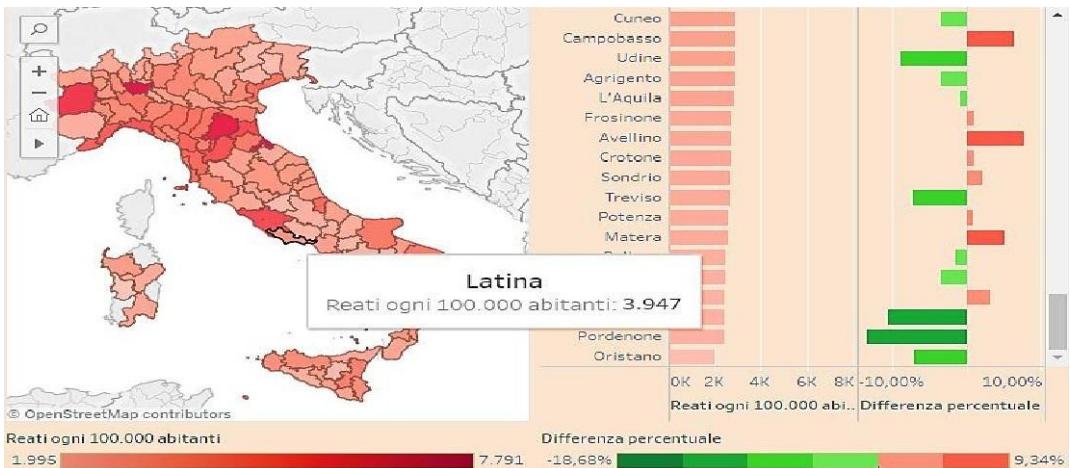
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 4 - Reati ogni 100.000 abitanti Viterbo



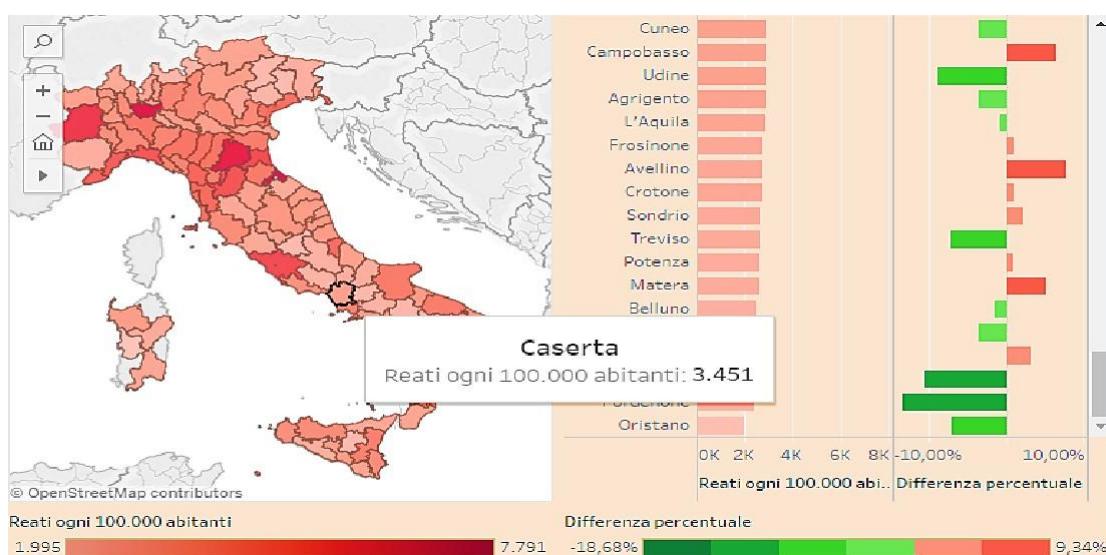
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 5 - Reati ogni 100.000 abitanti Latina



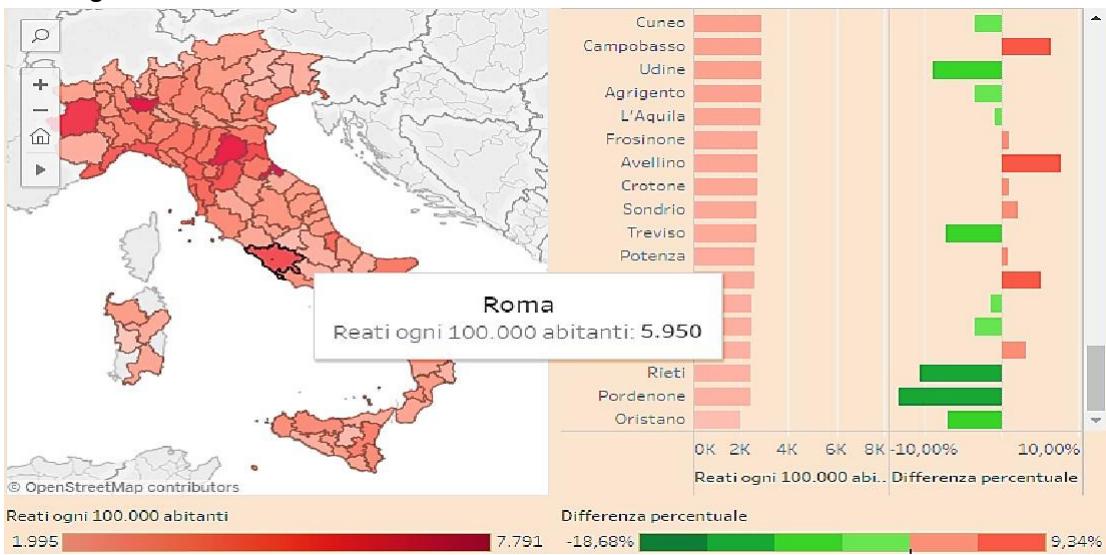
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 6 - Reati ogni 100.000 abitanti Caserta



Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

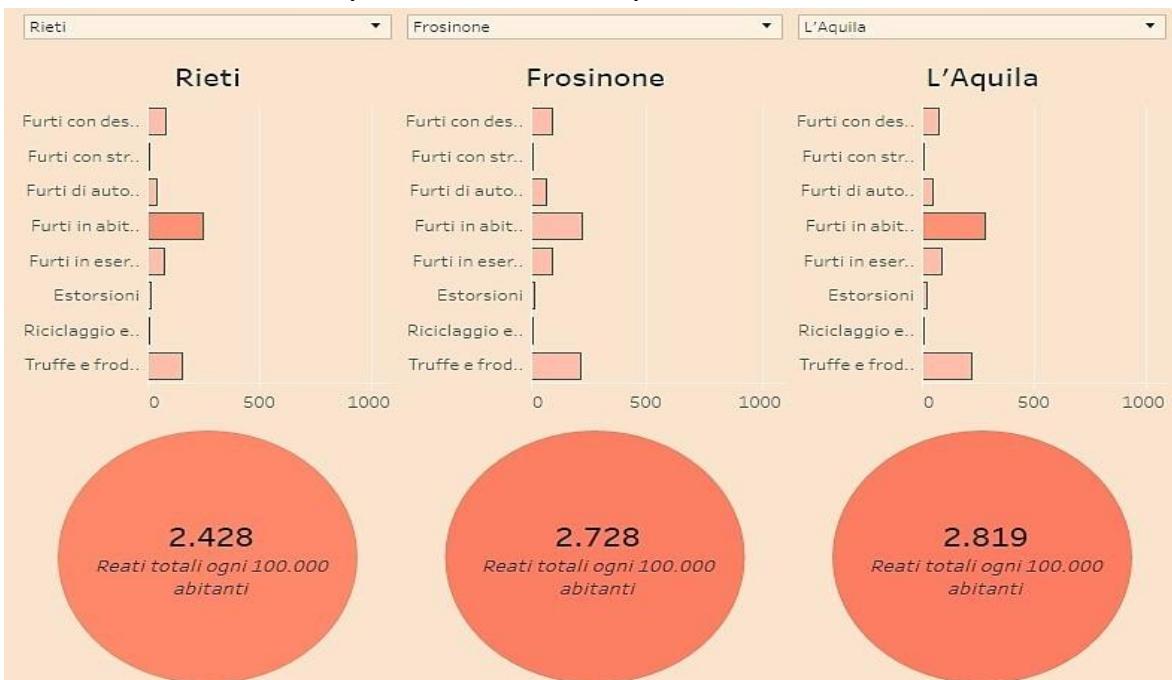
Figura 7 - Reati ogni 100.000 abitanti Roma



Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Come è facile notare mentre per le prime tre, Frosinone, L'Aquila e Rieti, i valori si equivalgono: 2.728 reati ogni 100mila abitanti per Frosinone, 2.819 per L'Aquila e 2.428 per Rieti. Per Viterbo si registra un leggero aumento 3.105 reati totali ogni 100mila abitanti. I valori sono caratterizzati da un incremento sempre maggiore se si prendono in considerazione i dati relativi a Latina, Caserta e Roma, rispettivamente 3.497 reati ogni 100mila abitanti per Latina, 3.451 per Caserta e 5.950 per Roma, da non sottovalutare sicuramente sono le dimensioni e la differente densità demografica. Il confronto viene esplicitato e sintetizzato tramite gli schemi sottostanti.

Figura 8 – Confronto tra numero di reati per Rieti, Frosinone e L'Aquila



Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Figura 9- Confronto tra numero di reati per Roma, Frosinone e Latina



Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Sulla base di un recente studio, condotto a livello nazionale, sono stati elaborati quei dati che fotografano unicamente i delitti “emersi” in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Forestale dello Stato, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Polizia Provinciale, Guardia Costiera). Restano però nell’ombra, i fenomeni di microcriminalità, anch’essi diffusi sul territorio, ma che per diversi motivi sfuggono al controllo delle autorità e la cui comunicazione da parte delle vittime a volte non è affatto scontata. Nello specifico, tali dati sono stati elaborati in riferimento alle denunce ogni 100 mila abitanti.

Tabella 25 - Riciclaggio e impiego di denaro

POS.	PROVINCIA	NUMERO REATI	OGNI 100MILA ABITANTI	VAR. % ANNUA
1	Prato	102	39,83	-2%
2	Firenze	241	23,78	55%
3	Crotone	22	12,57	214%
4	Foggia	58	9,28	-5%
5	Trento	50	9,26	178%
6	Genova	64	7,57	-26%
7	Pesaro Urbino	27	7,50	-4%
8	Alessandria	30	7,07	30%
9	Modena	46	6,55	28%
10	Reggio Calabria	27	4,90	69%
11	Brindisi	19	4,81	6%
12	Forlì Cesena	18	4,57	800%
13	Napoli	141	4,55	-18%
14	Ravenna	16	4,09	300%
15	Trieste	9	3,84	29%
16	Siracusa	15	3,74	36%
17	Catania	40	3,60	-15%
18	Avellino	15	3,56	200%
19	Arezzo	12	3,49	500%
20	Varese	30	3,37	-32%
21	Pescara	10	3,13	233%
22	Barletta-Andria-Trani	12	3,07	-37%
23	Padova	28	2,99	47%
24	Frosinone	14	2,85	17%

Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell’Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Tabella 26 - Estorsioni

POS.	PROVINCIA	NUMERO REATI	OGNI 100MILA ABITANTI	VAR. % ANNUA
1	Asti	62	28,72	-6%
2	Foggia	179	28,63	-4%
3	Isernia	24	28,16	9%
4	Rimini	86	25,49	-1%
5	Caserta	211	22,85	-17%
6	Siracusa	90	22,45	-17%
7	Parma	101	22,43	-6%
8	Napoli	664	21,41	-5%
9	Verbano Cusio Ossola	34	21,36	6%
10	Bologna	209	20,67	-24%
11	Barletta-Andria-Trani	80	20,45	11%
12	Salerno	225	20,42	-5%
13	Avellino	86	20,40	19%
14	Novara	74	20,02	-1%

15	Messina	124	19,64	19%
16	Cosenza	137	19,33	20%
17	Vibo Valentia	31	19,27	-31%
18	Trapani	82	18,96	1%
19	Pescara	60	18,79	-3%
20	Vercelli	32	18,57	60%
21	Brindisi	69	17,47	-3%
22	Milano	561	17,34	6%
23	Catanzaro	61	16,91	-42%
24	Taranto	93	16,03	8%
25	Reggio Calabria	86	15,60	-11%
26	Lecce	124	15,52	-2%
27	Savona	43	15,48	2%
28	Bari	194	15,43	-6%
29	Imperia	33	15,40	-35%
30	Cremona	55	15,34	-11%
31	Latina	88	15,29	13%
32	Frosinone	75	15,29	36%

Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Tabella 27 - Usura

POS.	PROVINCIA	NUMERO REATI	OGNI 100MILA ABITANTI	VAR. % ANNUA
1	Asti	62	28,72	-6%
2	Foggia	179	28,63	-4%
3	Isernia	24	28,16	9%
4	Rimini	86	25,49	-1%
5	Caserta	211	22,85	-17%
6	Siracusa	90	22,45	-17%
7	Parma	101	22,43	-6%
8	Napoli	664	21,41	-5%
9	Verbano Cusio Ossola	34	21,36	6%
10	Bologna	209	20,67	-24%
11	Barletta-Andria-Trani	80	20,45	11%
12	Salerno	225	20,42	-5%
13	Avellino	86	20,40	19%
14	Novara	74	20,02	-1%
15	Messina	124	19,64	19%
16	Cosenza	137	19,33	20%
17	Vibo Valentia	31	19,27	-31%
18	Trapani	82	18,96	1%
19	Pescara	60	18,79	-3%
20	Vercelli	32	18,57	60%
21	Brindisi	69	17,47	-3%
22	Milano	561	17,34	6%
23	Catanzaro	61	16,91	-42%
24	Taranto	93	16,03	8%
25	Reggio Calabria	86	15,60	-11%
26	Lecce	124	15,52	-2%
27	Savona	43	15,48	2%
28	Bari	194	15,43	-6%
29	Imperia	33	15,40	-35%
30	Cremona	55	15,34	-11%
31	Latina	88	15,29	13%
32	Frosinone	75	15,29	36%

Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Tabella 28 - Truffe e frodi informatiche

POS.	PROVINCIA	NUMERO REATI	OGNI 100MILA ABITANTI	VAR. % ANNUA
1	Asti	62	28,72	-6%
2	Foggia	179	28,63	-4%
3	Isernia	24	28,16	9%
4	Rimini	86	25,49	-1%
5	Caserta	211	22,85	-17%
6	Siracusa	90	22,45	-17%
7	Parma	101	22,43	-6%
8	Napoli	664	21,41	-5%
9	Verbano Cusio Ossola	34	21,36	6%
10	Bologna	209	20,67	-24%
11	Barletta-Andria-Trani	80	20,45	11%
12	Salerno	225	20,42	-5%
13	Avellino	86	20,40	19%
14	Novara	74	20,02	-1%
15	Messina	124	19,64	19%
16	Cosenza	137	19,33	20%
17	Vibo Valentia	31	19,27	-31%
18	Trapani	82	18,96	1%
19	Pescara	60	18,79	-3%
20	Vercelli	32	18,57	60%
21	Brindisi	69	17,47	-3%
22	Milano	561	17,34	6%
23	Catanzaro	61	16,91	-42%
24	Taranto	93	16,03	8%
25	Reggio Calabria	86	15,60	-11%
26	Lecce	124	15,52	-2%
27	Savona	43	15,48	2%
28	Bari	194	15,43	-6%
29	Imperia	33	15,40	-35%
30	Cremona	55	15,34	-11%
31	Latina	88	15,29	13%
32	Frosinone	75	15,29	36%

Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Inoltre, sulla base di uno studio, realizzato annualmente al fine di monitorare costantemente l'evoluzione delle città italiane nel percorso verso città più intelligenti, ovvero più vicine ai bisogni dei cittadini, più inclusive, più vivibili, più capaci di promuovere sviluppo adattandosi ai cambiamenti, viene analizzata anche la dimensione relativa alla tutela della sicurezza e della legalità. Nello specifico, sono dieci gli indicatori utilizzati nell'ambito “sicurezza e legalità”, i quali si riferiscono: a) incidenza della microcriminalità; b) incidenza omicidi; c) illegalità commerciale; d) riciclaggio; e) efficienza tribunali; f) riutilizzo sociale dei beni; g) Comuni commissariati; h) criminalità organizzata; i) presidio territoriale (introdotto come nuovo indicatore e calcolato a scala comunale), così come di seguito vengono specificati (Fonte: *ICity Rate 2018 - La classifica delle città intelligenti italiane, settima edizione*):

Tabella 29 - indicatori ambito “sicurezza e legalità”

INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE	LIVELLO TERRITORIALE	RIFERIMENTO DEL DATO
INCIDENZA MICROCRIMINALITÀ	Delitti legati alla microcriminalità per 1.000 abitanti	ISTAT su dati Min.Interno	PROVINCIA	2016
INCIDENZA OMICIDI	Omicidi volontari per 100.000 abitanti (media triennale)	ISTAT su dati Min.Interno	PROVINCIA	media 2014-2016
ILLEGALITÀ COMMERCIALE	Media indici italia=100 per CONTRAFFAzione, VIOLAZIONE PROPRIETÀ INTELLETTUALE, RICETTAZIONE	Elaborazione FPA su dati ISTAT-Min.Interno	PROVINCIA	2016
RICICLAGGIO	Delitti denunciati per 100.000 abitanti relativi a "riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita"	ISTAT su dati Min.Interno	PROVINCIA	2016
EFFICIENZA TRIBUNALI	Durata media effettiva in giorni dei procedimenti definiti presso i tribunali ordinari per regione	ISTAT	REGIONE	2017
RIUTILIZZO SOCIALE BENI	Quota percentuale dei beni confiscati alla mafia destinati per fini sociali sul totale dei beni destinati nella provincia	ANBSC	PROVINCIA	2017
COMUNI COMMISSARIATI	Percentuale comuni commissariati nella provincia	Elaborazione FPA su dati Min.Interno	PROVINCIA	2017
CRIMINALITÀ ORGANIZZATA	Media indici italia=100 per associazione per delinquere ed associazione di tipo mafioso	Elaborazione FPA su dati ISTAT-Min.Interno	PROVINCIA	2016
PRESIDIO TERRITORIALE	Numero agenti polizia locale per 1.000 residenti	Elaborazione su dati Min. Economia-SICO	COMUNE	2016

Fonte: ICity Rate 2018 - La classifica delle città intelligenti italiane, settima edizione

Tabella 30 - classifica generale ambito “sicurezza e legalità”

RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO	RATING 2018	CITTÀ	PUNTEGGIO
1	Aosta	911,1	28	Grosseto	811,9	55	L'Aquila	770,4	82	Nuoro	698,4
2	Biella	872,0	29	Alessandria	811,7	56	Pistoia	767,2	83	Bari	696,1
3	Pordenone	870,0	30	Firenze	810,8	57	Bologna	766,7	84	Andria	694,4
4	Cuneo	859,5	31	Bolzano	810,8	58	Sassari	764,3	85	Latina	691,9
5	Gorizia	856,3	32	Chieti	810,5	59	Verbania	759,9	86	Pisa	684,9
6	Udine	855,5	33	Ascoli Piceno	809,5	60	Rimini	759,1	87	Trieste	681,2
7	Trento	853,5	34	Ravenna	809,0	61	Forlì	755,7	88	Oristano	681,1
8	Mantova	849,5	35	Vercelli	805,2	62	Matera	755,4	89	Trapani	675,0
9	Como	843,1	36	Frosinone	804,7	63	Enna	754,3	90	Messina	651,5
10	Asti	841,9	37	Reggio Emilia	804,6	64	Monza	751,4	91	Crotone	651,1
11	Belluno	841,3	38	Cremona	803,6	65	Benevento	748,6	92	Isernia	647,1
12	Ferrara	839,7	39	Rovigo	803,2	66	Perugia	747,0	93	Foggia	640,9
13	Bergamo	836,4	40	Pavia	800,6	67	La Spezia	743,6	94	Potenza	636,6
14	Cagliari	835,7	41	Ancona	799,9	68	Arezzo	741,1	95	Ragusa	635,9
15	Siena	830,6	42	Milano	798,0	69	Vicenza	740,3	96	Vibo Valentia	633,1
16	Savona	828,9	43	Verona	797,7	70	Treviso	740,1	97	Agrigento	626,3
17	Sondrio	827,0	44	Livorno	794,5	71	Salerno	736,8	98	Palermo	619,0
18	Brescia	826,0	45	Pescara	793,0	72	Cosenza	726,2	99	Catanzaro	617,7
19	Lodi	824,3	46	Lecco	791,8	73	Terni	725,9	100	Taranto	599,8
20	Torino	823,2	47	Avellino	791,1	74	Piacenza	722,0	101	Caserta	587,6
21	Rieti	819,9	48	Campobasso	788,1	75	Padova	721,8	102	Siracusa	582,0
22	Parma	818,7	49	Viterbo	786,2	76	Genova	721,6	103	Catania	571,4
23	Imperia	817,6	50	Teramo	784,0	77	Lucca	713,3	104	Napoli	570,6
24	Novara	817,2	51	Varese	783,6	78	Roma	710,1	105	Brindisi	559,9
25	Pesaro	816,4	52	Macerata	783,2	79	Lecce	706,3	106	Prato	550,9
26	Modena	813,8	53	Venezia	781,9	80	Caltanissetta	702,0	107	Reggio Calabria	526,0
27	Fermo	813,5	54	Cesena	775,9	81	Massa	700,6			

Fonte: ICity Rate 2018 - La classifica delle città intelligenti italiane, settima edizione

I dati confermano nuovamente che Frosinone, in riferimento all'ambito legalità e sicurezza sul territorio laziale, si attesta tra le più sicure rispetto alle realtà territoriali più vicine.

Alla luce di ciò, tali dati permettono di osservare quali territori siano più vulnerabili ed appetibili per la criminalità organizzata ed esaminare quali siano le principali direttive a livello nazionale e regionale della criminalità organizzata in un'ottica di confronto dinamico, territoriale e spaziale. E' ben nota, purtroppo, la tendenza di certe forme di criminalità di avvicinare e coinvolgere pubblici dipendenti nei loro disegni criminali per cui la presente ASL manterrà sempre alta la guardia con l'adozione di misure di prevenzione sempre più stringenti.

6. 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.

7. 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 intervengano 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.

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)

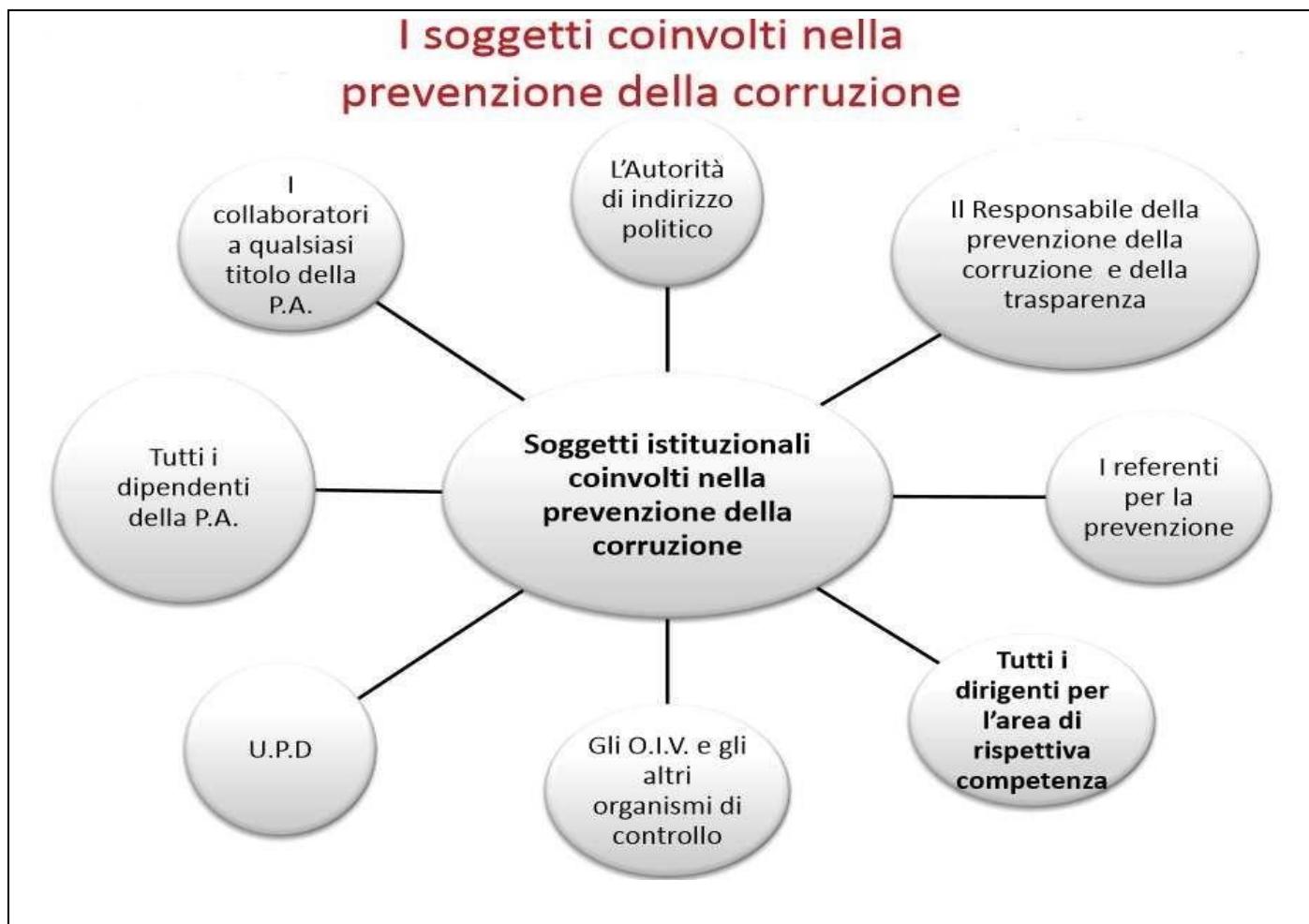
"La corruzione coinvolge il comportamento da parte dei funzionari del settore pubblico, sia politici o funzionari pubblici, in cui hanno indebitamente e illegittimamente arricchito se stessi, o chi è loro vicino a seguito del cattivo uso del potere pubblico loro affidato". (Transparency International)

"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.

8. AGGIORNAMENTO PTPCT 2020 -2023

Figura 10 – i soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione



1. L'Organismo Indipendente di Valutazione:

- Valida la relazione sulle performance
- Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza
- Partecipa al processo di gestione del rischio
- Considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei propri compiti
- Propone all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti
- Verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano delle performance
- Verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale
- Valuta le performance anche tenendo conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione
- Esprime parere sul Codice comportamento
- Riceve la relazione annuale del RPC
- Riceve le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPC

2. I Referenti: coadiuvano il Responsabile e sono individuati, tra il personale dipendente dell’Azienda, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni Unità Organizzativa o Struttura dell’Azienda. I nominativi dei Referenti devono essere comunicati formalmente al Responsabile; in caso di mancata individuazione i relativi compiti sono posti a carico del Dirigente/Responsabile dell’Unità Organizzativa o Struttura.

I Referenti all’interno dell’Unità Organizzativa o Struttura di assegnazione hanno i seguenti compiti:

- Procedere alla pubblicazione sul portale web dell’Azienda di provvedimenti / atti / documenti / dati, in adempimento alla vigente normativa in materia di prevenzione della corruzione
- Coordinare le attività connesse all’anticorruzione della propria Unità Organizzativa o Struttura
- Monitorare l’adeguatezza dei protocolli / procedure in uso e valutare la necessità di proporre modifiche agli stessi, d’intesa con il proprio Dirigente / Responsabile
- Propone l’adozione di nuovi protocolli / procedure per colmare carenze documentali, d’intesa con il proprio Responsabile.

3. La realizzanda struttura organizzativa di supporto, come da D.Lgs. 97/2016, assicurerà al RPCT il costante ed aggiornato apporto giuridico al responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza e realizza le seguenti attività:

- Supporto al processo di gestione del rischio, compresa l’analisi, valutazione e successiva individuazione delle misure di prevenzione del fenomeno corruttivo
- Presidio costante nei rapporti con le strutture dell’Azienda per tutti i processi di facilitazione nell’analisi dei processi
- Supporto per lo sviluppo di ulteriori misure di prevenzione per la corruzione
- Supporto alla redazione di quesiti, relazioni, istruttorie nei casi di fenomeni corruttivi e del Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza
- Collegamento dei referenti della anticorruzione e aggiornamento degli stessi

4. Tutti i dirigenti, come da deliberazione n. 417 del 24.06.2020 rettificata con deliberazione n. 463 del 15.07.2020, sono responsabili della trasmissione al RPCT dei dati e delle informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente art. 10 D.Lgs. 33/2013

- Partecipano al processo di gestione del rischio
- Propongono le misure di prevenzione
- Assicurano l’osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione
- Adottano le misure gestionali, quali l’avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale

5. L’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- Segue i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza e collabora con il Responsabile della Prevenzione

6. Tutti i dipendenti dell’amministrazione:

- a. Partecipano al processo di gestione del rischio
- b. Osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento
- c. Segnalano casi di illecito e di conflitto di interessi

7. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione

- a. Osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento
- b. Segnalano le situazioni di illecito

Individuazione delle aree di rischio

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di una analisi che presuppone la valutazione del rischio attraverso la verifica dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda. La metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio nel presente Piano così come già avvenuto negli anni precedenti è quella suggerita nei Piani Nazionale Anticorruzione.

Si specifica, inoltre, che tale processo di mappatura dei rischi si è consolidato con l'applicazione della deliberazione n. 1963 del 30 ottobre 2019 "Delega di funzioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro (Art. 16 del D.Lgs. 9 Aprile 2008, n. 81 e s.m.i.)".

Per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "evento" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente.

Le aree di rischio, come noto, variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta.

Le Aree di rischio possono sinteticamente distinguersi in:

Aree di rischio obbligatorie che sono quelle ricorrenti e comuni a tutte le Amministrazioni e si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009.

Aree generali: quelle che pur non rientrando nelle aree obbligatorie sono comunque riconducibili ad attività con alto livello di probabilità di eventi di rischio:

- a) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- b) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- c) incarichi e nomine;
- d) affari legali e contenziosi.

Aree di rischio specifiche: quelle particolari della singola amministrazione e che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto quali:

- 1) rapporti con i soggetti erogatori privati di attività sanitarie;
- 2) sperimentazioni cliniche e sponsorizzazioni;
- 3) attività libero professionale e formazione liste di attesa;
- 4) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

La gestione del rischio.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che lo stesso si verifichi.

Le fasi principali da seguire per la gestione del rischio sono:

- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;
- analisi, valutazione e ponderazione del rischio per ciascun processo;
- trattamento del rischio;
- azione di monitoraggio.

La descrizione di tali fasi:

- a) La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l'elaborazione del catalogo dei processi.
- b) L'attività di valutazione del rischio e cioè la sua identificazione, analisi e ponderazione deve essere eseguita per ciascun processo o fase di processo mappato. L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. La ponderazione consiste invece nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.
- c) La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione.
- d) La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio a seguito delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Valutazione del rischio per le aree di attività della ASL di Frosinone

La metodologia utilizzata dall'Azienda per effettuare la valutazione del rischio nel presente aggiornamento del P.T.P.C. 2020 - 2023 è quella suggerita dai Piani Nazionali Anticorruzione ed è espressa come livello di rischio basso, medio, alto. Per le stesse attività sono proposte misure e controlli come evidenziate nelle successive schede.

Nelle Tabelle sottostanti è riassunta la valutazione del rischio per le aree di attività della ASL di Frosinone effettuata con il presente aggiornamento.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione sono individuati quali referenti per la prevenzione della corruzione i direttori di UOC di UOSD e il coordinatore dei tecnici. E' fatto obbligo ai suddetti responsabili di mettere in atto, in accordo con il responsabile aziendale dell'anticorruzione, le attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

In particolare compete loro, nell'ambito delle rispettive strutture, individuare:

- le attività in cui sia maggiore il rischio di corruzione;
- prevedere con il responsabile dell’anticorruzione meccanismi di formazione per la prevenzione del rischio;
- monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- assicurare, in caso di conflitto di interesse anche potenziale, l’attivazione dei meccanismi di sostituzione del personale incaricato conseguenti all’obbligo d’astensione di cui all’art. 6 bis della legge 241/90;
- verificare la messa in atto delle misure adottate ed eventualmente proporre la loro modifica in caso di palese non idoneità e/o mutamenti significativi nell’organizzazione lavorativa;
- verificare l’effettiva rotazione dei dipendenti nelle attività previste;
- assicurare l’esatta osservanza delle disposizioni in materia di trasparenza, fermo restando i vincoli correlati all’attività di polizia giudiziaria;
- adottare l’avvio del procedimento disciplinare in caso di inosservanza delle disposizioni finalizzate alla prevenzione della corruzione.

Rapporti con OIV e correlazione con Ciclo Performance e Controlli Interni

Si dispone che il PTPCT venga illustrato e condiviso con l’OIV per eventuali modifiche o integrazioni. Di esso l’OIV dovrà tener conto in sede in valutazione dei risultati in quanto il Piano dispiegherà le sue funzioni nel ciclo della performance aziendale. Nell’anno 2021 a tutti i Dirigenti verranno assegnati gli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza che verranno sottoposti a valutazione.

In continuità con i PNA precedenti, l’Autorità nazionale Anticorruzione con la Delibera n.1064 del 13 novembre 2019 ha approvato il nuovo Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019-2021, con la qual ha previsto un maggiore coinvolgimento dell’OIV chiamato a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di performance.

I risultati dell’attività svolta dal Responsabile Anticorruzione sono trasmessi all’OIV sia nel formato predisposto dall’ANAC sia come relazione cartacea.

In particolare è previsto di inserire, tra gli obiettivi dei dirigenti anche per l’anno 2021, la pubblicazione dei dati di competenza in materia di trasparenza (nonché di dati ulteriori individuati e promossi dai dirigenti stessi) e l’assolvimento degli obblighi ad essi spettanti in materia di anticorruzione, in particolare dell’obbligo di collaborare attivamente con il RPC. Di tali obiettivi deve essere tenuto conto in sede di misurazione e valutazione delle performance.

Sistema di Monitoraggio del Piano

Delle misure per la prevenzione della corruzione sopra riportate dovrà essere effettuato monitoraggio semestrale ad opera dei dirigenti responsabili (o referenti laddove individuati) che dovranno analizzare l’effettiva applicazione delle misure, la loro efficacia e punti di criticità riferendo l’esito della attività svolta al RPCT.

Tali disposizioni si applicano anche in materia di trasparenza.

Formazione in tema di anticorruzione

Come è noto e più volte evidenziato fondamentale per la prevenzione della corruzione è lo strumento della formazione attraverso cui si possono divulgare:

- la consapevolezza nello svolgimento dell’attività amministrativa

- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la divulgazione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- infine e soprattutto, la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati e la “riscoperta” del senso di appartenenza e dell’orgoglio del proprio ruolo.

SCHEDE ALLEGATE

UOS ACCREDITAMENTO		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Verifiche per accreditamento definitivo strutture sanitarie	Alto	Composizione di due equipe composte dal personale accreditamento e dipartimento prevenzione nonché da singoli esperti selezionati tra personale ospedaliero. Riunioni settimanali
Attività di controllo esterno strutture sanitarie	Medio/Alto	Corso di formazione sull'attività da svolgere anche su etica e integrità
Attività di gestione contrattuale delle strutture sanitarie accreditate	Medio/Alto	Affidamento a dipendenti per branca. A rotazione vengono eseguiti con supervisione del direttore responsabile
Rilascio autorizzazione dell'accreditamento delle strutture sanitarie in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione	Alto	Controlli a campione e senza preavviso mediante sorteggio alla presenza del RPC – Adozione di Regolamento specifico

UOS RECUP AZIENDALE		
Attività /Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Liste di Attesa	Alto	<p>Nel Piano Attuativo Aziendale (trasmesso alla Regione Lazio il 23.12.2019 Prot. n. 115579) sono state recepite le Prestazioni individuate come critiche dalla Regione Lazio (DCA 302/2019 e definiti gli Ambiti Territoriali di Garanzia.</p> <p>Relativamente alle Liste di Attesa Specialistica Ambulatoriale l'Azienda Sanitaria di Frosinone ha organizzato l'offerta sanitaria ambulatoriale secondo la metodologia del Raggruppamento di Attesa Omogeneo (RAO). Effettuata la separazione dei canali di accesso: un canale dedicato ai primi accessi ed uno dedicato ai successivi.</p> <p>Le Agende sono state riconfigurate, sul sistema di prenotazione, creando agende dedicate ai primi accessi con "slot" riservati alle 4 Classi di Priorità (U-B-D-P) così come individuate dalla Regione Lazio con DCA 437/2013 e s.m.i. fino al nuovo "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021; per gli accessi successivi controlli – ritorni – follow-up - PDTA e Percorsi interni, sono state create agende apposite.</p> <p>Relativamente alle prestazioni Specialistiche Ambulatoriali "critiche" l'Azienda ASL di Frosinone, recependo le indicazioni contenute nel DCA U00302, utilizzando i dati immagazzinati con l'utilizzo della Nuova Piattaforma ReCup Web, porrà in essere specifiche procedure di monitoraggio per un report, mensile, delle prestazioni in classe B e D e dei relativi TdA.</p> <p>Tale "strumento" verrà inviato alle Direzioni territoriali per le opportune analisi e conseguenti tempestive azioni di miglioramento dei TdA.</p>

UFFICIO AFFARI GENERALI E SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ LEGALI		
Attività /Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Gestione protocollo, corrispondenza, archiviazione documenti	Basso	Protocollo informatizzato , Manuale di Gestione
Gestione provvedimenti amministrativi aziendali	Basso	Pubblicazione secondo l'ordine di arrivo, verifiche incrociate tra l'atto pubblicato e l'atto adottato ai fini della eliminazione di eventuali discrasie e/o eliminazione di dati sensibili data delle singole sottoscrizioni.
Atti istruttori relativi a convenzioni con altri Enti	Medio	Partecipazioni diverse risorse della struttura/condivisione strutture coinvolte/ Input Direzione Strategica.
Attività di controllo interno	Alto	Nella parte relativa alla fase procedurale del rischio amministrativo contabile: - adozione di procedure condivise tra i diversi attori - individuazione di sub responsabili di processo per il relativo monitoraggio; - audit con la struttura Regionale centralizzata - aggiornamento/modifiche procedure
Atti istruttori relativi a interrogazioni e interpellanze	Basso	
Sperimentazioni	Medio	Prossima adozione Regolamento redatto secondo le linee Anac – Istruttorie in coerenza con le linee Anac-

UOC FARMACIA		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Certificazione pagamenti Farmacie	Basso	Controlli effettuati da almeno due unità di personale a rotazione
Controllo tecnico contabile ricette su attività Farmacie	Medio	Controlli effettuati da un gruppo di lavoro misto e soggetto a rotazione in contraddittorio con Farmacie
Ispezione Rete Territoriale del Farmaco (Farmacie, Parafarmacie, Grossisti, Depositari)	Medio/Alto	Ispezioni effettuate dalla Commissione, composta da tre Commissari a rotazione, su modello Regionale condiviso
Pianta Organica Farmacie	Basso	Istruttoria effettuata con i Comuni
Indennità di Residenza Farmacie Rurali	Basso	Istruttoria effettuata con i Comuni
Controllo Tecnico delle prescrizioni mediche	Medio	Procedura interna per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, effettuato da un gruppo di lavoro misto (C.A.P.I.)

UOS SVILUPPO RISORSE UMANE		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
A.L.P.I.	Medio	<p>L'Attività Libero Professionale Intramuraria è stata regolamentata con atto deliberativo n° 120 del 23-02- 2011, successivamente con atto n° 1390 del 27-06-2018, in approvazione regionale in receimento del DCA Regione Lazio n° U00440 del 18-12-2014.</p> <p>L'attività di prenotazione, pagamento e fatturazione avviene esclusivamente elettronicamente sul sistema RECUP.</p> <p>Dal 01 settembre 2019 nuove richieste di svolgimento di attività A.L.P.I. Allargata non vengono autorizzate.</p> <p>Lo svolgimento dell'Attività A.L.P.I. avviene esclusivamente al di fuori dell'orario di lavoro. Viene effettuata attività di monitoraggio mensile dei volumi sia delle prestazioni rese in regime Istituzionale che di quelle erogate in Intramoenia; le prestazioni che costituiscono il volume di attività Istituzionale, da comparare con il volume di attività Libero-professionale, sono quelle complessivamente rese in S.S.N. ambulatoriali ed APA.</p> <p>Il monitoraggio nei primi sei mesi del 2020 è risultato, come negli anni precedenti, corretto, attestandosi al 2,55% il rapporto A.L.P.I./S.S.N.</p> <p>Il monitoraggio riguarda anche il risultato economico che anch'esso è in positivo fra entrate e costi A.L.P.I. L'ASL trattiene dal 30% al 75% del costo della prestazione.</p>

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Controllo strutture sanitarie	Alto	<p>Composizione di 3 sottocommissioni di verifica composte dal personale del dipartimento di prevenzione nonché da singoli esperti selezionati tra personale ospedaliero.</p> <p>Rispetto delle procedure di verifica stabilite dai vari DCA Regione Lazio.</p> <p>Esame finale delle pratiche e rilascio pareri da parte del Direttore del Dipartimento</p>
Pareri autorizzativi	Alto	<p>1 – Rispetto della tempistica</p> <p>2 – Inoltro finale tramite il Responsabile UOS o il Direttore UOC</p> <p>3 – Rotazione dei territori tra gli operatori a cadenza annuale</p> <p>4 – Attività da svolgersi in coppia</p> <p>5 – Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</p> <p>6 – Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</p>
Attività di vigilanza	Alto	<p>1 – Attività su programma, tranne urgenze 2 – Rotazione dei territori tra gli operatori a cadenza annuale</p> <p>3 - Attività da svolgersi in coppia</p> <p>4 - Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</p> <p>5 - Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</p> <p>6 – Qualora in interventi effettuati in regime di pronta disponibilità possano configurarsi conflitti di interesse, la pratica, una volta effettuati gli atti preliminari urgenti, viene assegnata ad altro personale</p>
Espressione di giudizi di idoneità lavorativa (Ricorsi art. 5 Legge n. 300/70, ricorsi art. 41 D. Lgs. N.81/08)	Alto	Esame in commissione di 3 membri presieduta dal Direttore della UOC PreSAL o suo delegato

UOC PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Affidamento a operatori economici con procedure negoziate per l'esecuzione di lavori pubblici di importo inferiore a un milione di euro.	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo operatori economici (Deliberazione n 888 del 24/10/2011) Valutazione comparativa dell'esperienza e dei requisiti posseduti da tutti i concorrenti; rotazione nella scelta dei nominativi inseriti nell'albo; divieto di cumulo di incarichi. Verrà realizzato un foglio elettronico consultabile online corrispondente ad un quadro sinottico che permetta di avere una visione sintetica ed il quanto più completa del ciclo di vita di una gara d'appalto. Questo permetterà di gestire facilmente gli affidamenti con la possibilità di seguire e monitorare ogni fase della procedura di affidamento di beni/servizi dalla definizione del fabbisogno fino alla conclusione nonché eventuali proroghe del contratto o il manifestarsi di varianti. Tale documento sarà interamente accessibile al pubblico assicurando totale trasparenza delle procedure.
Predisposizione capitolati tecnici per l'acquisizione delle attrezzature sanitarie	Alto	Verifiche sul rispetto normativa vigente. Verifica sulla assenza di elementi troppo specifici, tali da individuare un unico operatore economico.
Affidamento a professionisti esterni di servizi attinenti all'architettura ed all'ingegneria di importo inferiore ad euro 100.000.	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo professionisti suddiviso per settori di attività; possesso titoli professionali, correlazione dell'esperienza pregressa del professionista alla tipologia progettuale da affidare; comparazione dei requisiti posseduti da tutti i concorrenti; rotazione nella scelta dei nominativi inseriti nell'albo; divieto di cumulo di incarichi
Individuare le procedure per l'affidamento dei lavori, l'affidamento di servizi di gestione e manutenzione immobiliari e delle attrezzature sanitarie e predisposizione degli atti necessari alla gara e all'affidamento	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente . Predisposizione atti per l'approvazione da parte degli organi competenti esterni (es Regione Lazio)
Nomina commissione di gara per lavori di importo inferiore a 40.000 euro, IVA esclusa	Alto	Accertamento dell'incompatibilità e conflitto di interessi dei componenti della commissione rispetto ai candidati, attraverso un'autodichiarazione, inserita nel verbale della prima seduta.
Proposta di variante in corso d'opera	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente . Predisposizione degli atti e approvazione da parte degli organi competenti esterni (Regione Lazio)
Gestione contratti di manutenzione immobili ed impianti	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Verifica regolarità del servizio e verifica dell'esecuzione dei lavori. Controlli almeno a campione. Sistema informativo gestionale collegato con la RL
Approvazione e Riconoscimento nuovi prezzi	Medio	Controlli sul rispetto normativa vigente Controllo dettagliato degli elementi costituenti il prezzo.

Gestione contratti di manutenzione per apparecchiature elettromedicali	Alto	Controllo rispetto normativa vigente. Verifica regolarità del servizio. Incremento dei controlli a campione sugli altri elementi. (Trattasi di situazione transitoria in attesa di aggiudicazione in sede regionale)
Indizione procedure di gara per forniture di beni e servizi	Medio	Pubblicazione delle determinate o delibere a contrarre contenente i dati richiesti dal PNA all'art. 2 della sezione "Acquisti in ambito sanitario"
Lettera di invito, acquisizione di preventivi	Medio	Pubblicazione sul sito aziendale di Indagini di mercato. Viene applicato, ove possibile, il criterio di rotazione degli Operatori Economici da invitare a presentare offerta.
Verifica dei requisiti per l'ammissione delle Ditte allegare indette con Ammissione/esclusione per mancanza dei requisiti delle Ditte	Alto	Vengono effettuati i controlli prescritti dal D.Lgs n. 50/2016. I provvedimenti di ammissione e di esclusione dei concorrenti dal prosieguo delle operazioni di gara vengono pubblicati sul sito aziendale nella sezione Trasparenza, come prescritto dal D.Lgs. n. 50/2016.
Aggiudicazione procedure di gara	Alto	Vengono effettuati i controlli post aggiudicazione prescritti dal D.Lgs. n. 50/2016 e sia l'aggiudicazione definitiva che il documento contenente gli esiti di gara vengono pubblicati sul sito aziendale.
Affidamento di forniture di beni e servizi per un importo entro il limite massimo di Euro 40.000,00	Alto	Verranno inserite nel provvedimento autorizzativo le motivazioni che hanno determinato l'affidamento diretto
Proposta di composizione della Commissione di gara	Alto	I componenti delle Commissioni giudicatrici vengono individuati dalla Direzione generale aziendale e le deliberazioni di nomina delle Commissioni vengono pubblicate sul sito aziendale nella sezione "Bandi di gara" e Amministrazione Trasparente, unitamente ai curriculum dei commissari selezionati, in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016. All'atto dell'insediamento del seggio di gara, durante la prima seduta, viene dato atto a verbale che i componenti della Commissione dichiarano, viste le offerte pervenute, di non essere in alcuna situazione di conflitto di interesse rispetto ai candidati. Gli stessi componenti non possono aver preso parte alle procedure di gara d'appalto, anche sotto soglia.
Proposta di aggiudicazione delle gare di appalto	Medio	Gli atti definitivi che dispongono l'aggiudicazione dell'appalto vengono pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Bandi di gara" e "Amministrazione Trasparente", unitamente agli esiti di gara.
Redazione Bando e Disciplinare di gara	Medio	Capitolati tecnici redatti da professionisti interni alla Azienda del settore oggetto di gara. Acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interessi e finanziari. I membri di commissione gara devono essere diversi dai soggetti che hanno redatto i capitolati.
Attività di direzione esecutiva dei contratti per le tecnologie informatiche e informative gestite, con tutti i compiti e i controlli correlati. Liquidazione fatture e delle altre spese correlate	Medio	Verifiche su eventuali ritardi nell'assistenza / Controlli sulla erogazione giornate assistenza
Irrogazione di sanzioni per inadempimento a fornitori di beni e servizi	Medio	Sistema di raccolta delle segnalazioni – Verifiche a campione

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE		
Attività / Processo	Valutazione del Rischio	Controlli / Misure
Definizione del dimensionamento degli organici	Medio	
Predisposizione del piano di fabbisogno del personale, secondo la programmazione regionale e aziendale	Medio	
Avvio e Gestione delle procedure di reclutamento di risorse umane nelle diverse forme contrattuali nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale	Basso	
Nomina Commissioni esaminatrici e gestione della relativa attività	Medio	Acquisizione, dichiarazione assenza conflitti e verifica autorizzazione azienda di appartenenza
Gestione nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale, dei processi di mobilità aziendale e interaziendale, in ingresso e in uscita, con esclusione della mobilità interna all'ASL quando riguarda delibera del Direttore Generale medesima macro struttura (di competenza del relativo Direttore)	Medio	Monitoraggio del fabbisogno assunzionale
Gestione richieste comando e distacco, in entrata ed in uscita, nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale o su indicazione della stessa se discrezionale	Medio	Monitoraggio del fabbisogno assunzionale
Definizione delle metodologie di individuazione e graduazione degli incarichi dirigenziali e di individuazione e valorizzazione degli incarichi funzionali del personale del comparto	Medio	
Predisposizione e stipula contratti di lavoro di qualsiasi natura e tipologia	Basso	Corrispondenza con Atto aziendale, con CCNL di riferimento e verifica trattamento economico e giuridico
Predisposizione dei contratti di lavoro per incarichi di Dipartimento, UOC e UOSD soggetti e sottoscrizione	Basso	Corrispondenza con Atto aziendale, con CCNL di riferimento e verifica trattamento economico e giuridico

Direttore Generale		
Affidamento, sospensione e revoca degli incarichi dirigenziali (Dipartimenti, UOC, UOSD, UOS) e degli incarichi funzionali del personale del comparto, secondo l'assetto organizzativo e la regolamentazione aziendale in materia	Medio	Monitoraggio rispetto Regolamenti aziendali
Affidamento, sospensione e revoca degli incarichi dirigenziali non inclusi nel punto che prevede l'assetto organizzativo e la regolamentazione aziendale in materia	Medio	Pubblicazione avviso – nomina commissione di valutazione – rispetto obblighi di trasparenza
Definizione della delegazione trattante di parte pubblica	Basso	
Accordi con le organizzazioni Sindacali	Medio	
Approvazione dei contratti/accordi integrativi CCNLL	Medio	
Verifica monte ore organizzazioni sindacali	Basso	Monitoraggio rispetto al contingente assegnato a ciascuna O.S.
Relazioni sindacali (Gestione delle attività connesse alla tenuta delle relazioni sindacali e svolgimento delle attività di raccordo tra la delegazione trattante di parte pubblica, sindacale e le strutture per tutti gli argomenti inerenti in confronto sindacale e correlati adempimenti di comunicazione e pubblicità. Convocazioni organizzazioni sindacali garantendo funzioni di segreteria ivi compresa la relazione dei verbali – resoconti degli incontri sindacali. Tenuta dei verbali- resoconti delle sedute in contrattazione e degli incontri con le OO.SS. – diffusione degli accordi, etc)	Medio	
Applicazione e gestione generale istituti contrattuali	Medio	

(normativi/contrattuali)		
Pagamento stipendi e competenze accessorie ai dipendenti e adempimenti connessi	Medio	Monitoraggio sistematico
Liquidazioni consulenze per convenzioni presso altri enti	Medio	Monitoraggio sistematico
Sospensione cautelare o licenziamento del personale per ragioni disciplinari	Basso	
Riammissione in servizio	Basso	
Mantenimento in servizio	Basso	
Provvedimenti relativi a concessione aspettativa discrezionale e non discrezionale, part-time,	Medio/Basso	Acquisizione parere responsabili strutture
150 ore di diritto allo studio, cessazioni, permanenza in servizio,	Basso	Controllo continuo attraverso sistema rilevazione presenze
permessi, maternità, congedi parentali, malattia,		Controllo continuo attraverso sistema rilevazione presenze
autorizzazioni allo svolgimento di attività extraistituzionali, anagrafe delle prestazioni e degli incarichi dei pubblici dipendenti,	Medio	Predisposizione regolamento aziendale
riconoscimento/diniego infermità per causa di servizio,	Basso	
liquidazione equo indennizzo, cure climatiche e assimilabili, L. 104/1992, L.53/2000, etc)	Basso	Monitoraggio tramite sistema rilevazione presenze
Dimissioni/Collocamento a riposo del personale dipendente	Basso	Monitoraggio tramite sistema rilevazione presenze e controllo fascicoli personali
Trattamento di fine rapporto	Basso	
Pagamento compensi per attività in acquisto prestazioni a personale dipendente e in convenzione	Medio	Monitoraggio sistematico
Corrispondenza anche indirizzata all'esterno se relativa alla trasmissione di atti/provvedimenti adottati dalla Direzione Generale o dovute in quanto riguardanti fasi endoprocedimentali	Basso	
Rilevazione presenze e adempimenti connessi	Medio	Verifica a campione report di controllo
Tenuta e gestione fascicoli	Medio	

individuali del personale		
Certificazioni di servizio	Medio	Verifica a campione
Riconoscimento, attribuzione e contabilizzazione buoni pasto	Basso	Sistema di rilevazione automatico e rendicontazione annuale
Liquidazione per ottemperanza sentenze e transazioni inerenti il personale	Medio	Monitoraggio esito contenziosi
Gestione posizioni contributive	Medio	
Domande di riscatto e ricongiunzione periodi assicurativi	Medio	
Reportistica dati personale	Basso	

Frosinone, 22 Luglio 2020