

Aggiornamento al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

2017-2019

In applicazione della Legge 190/2012

Indice

INTRODUZIONE.....	2
1. ULTERIORI STRUMENTI LEGISLATIVI DI RIFERIMENTO.....	2
2. PREMESSA: LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PTPC DELLA ASL DI FROSINONE DAL 13/01/2013 AD OGGI.....	3
3. DESCRIZIONE DEL CONTESTO INTERNO	4
4. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO	22
5. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	24
6. MISSIONE DELL’AZIENDA USL DI FROSINONE	45
7. OBIETTIVI E AZIONI DEL PTPC	46
8. LA MAPPATURA DEI PROCESSI.....	50
9. LE MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DISCIPLINATE DALLA LEGGE N. 190/2012	55
10. ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	56
11. DISCIPLINA SPECIFICA IN MATERIA DI FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	58
12. CONFLITTO DI INTERESSE E CODICE DI COMPORTAMENTO	60
13. DISCIPLINA SPECIFICA IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI INCARICHI	60
D’UFFICIO- ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI.....	60
14. ADEMPIMENTI RELATIVI AL D.LGS N. 33 DEL 14/03/2013.....	61
15. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITÀ O INCARICHI PRECEDENTI.....	61
16. INCOMPATIBILITÀ P E R SPECIFICHE POSIZIONI DIRIGENZIALI	62
17. SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)	62
18. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER).....	63

19.	FORMAZIONE IN MATERIA DI ETICA, INTEGRITÀ ED ALTRE TEMATICHE ATTINENTI ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	64
20.	PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI.....	65
21.	INDIVIDUAZIONE DI MISURE ULTERIORI PER LA PREVENZIONE DEL FENOMENO CORRUTTIVO.....	65
22.	ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE PER SINGOLE AREE DI RISCHIO.....	65
23.	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	69
24.	CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	70

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 perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, c. 1).
- Decreto del Presidente della Repubblica 16\04\2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del 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.

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.

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

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

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

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

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

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 approvata la relazione annuale 2016 del RPC.

2.1 Inconferibilità e Incompatibilità

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

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

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

2.2 Nomina dei Referenti

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

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

2.3 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.

2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO INTERNO

Attualmente, secondo il DCA n. U00134 del 1 Aprile 2015 la strutturazione della ASL è la seguente:

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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 Dipartimento 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.

3.4 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 ospedaliere, 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 sovrintende 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.

3.5 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.

3.6 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.

3.7 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 perseguimento 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.

3.8 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”. In particolare, sarà cura dell’Azienda valorizzare la figura dell’Assistente Sociale, inserendola nella programmazione dei servizi distrettuali (in particolare rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza dalle Patologie e il Dipartimento dell’Assistenza Primaria e Cure Intermedie) e nell’ufficio di coordinamento distrettuale.

3.9 Le Case della Salute

La Casa della Salute, rappresenta un nuovo modello organizzativo che ha, quale intento, quello di migliorare la risposta assistenziale territoriale e, per questo, si configura come un sistema integrato di attività che si prendono cura delle persone fin dal momento dell’accesso attraverso: l’accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l’autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze. La realizzazione di questo obiettivo impone un cambiamento culturale radicale attraverso lo sviluppo delle reti organizzative, rendendo in questo modo più efficace il modello delle reti cliniche integrate. Da un punto di vista strutturale, la Casa della Salute può essere collocata presso un presidio preesistente da rimodulare ed adattare alle nuove esigenze includendo differenti tipi di spazio, suddivisi per aree omogenee di attività.

La Casa della Salute è articolazione funzionale del Distretto che si integra con le attività ed i servizi presenti sul territorio. Il raccordo funzionale sia con il territorio che con gli altri presidi aziendali si deve realizzare attraverso uno o più protocolli formalizzati relativi alle modalità di integrazione, riportanti le specifiche organizzative, le modalità di comunicazione tra servizi, gli strumenti condivisi, finalizzando l’attività ad un miglioramento della presa in carico dell’assistito. Il modello della “Casa della Salute” si pone come un innovativo approccio organizzativo che intende affrontare il bisogno di salute prevedendo e organizzando le risposte assistenziali, coordinate da team multi-professionali (MMG, Medici specialisti, Infermieri, Assistenti sociali, Operatori socio sanitari). Essa ospita i professionisti in forma integrata e sviluppa piani assistenziali finalizzati ad una continuità di intervento ed orientati da una medicina di iniziativa. In esso il cittadino può disporre di un presidio impegnato ed organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio sanitaria (secondo gli indirizzi programmatici nazionali).

Nelle Case della Salute, i cittadini possono trovare: i medici di medicina generale, associati nella forma di medicina di gruppo (UCP), gli infermieri professionali per le cure domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il centro unico di prenotazione, il punto prelievi, l’ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione e di igiene pubblica, i servizi che faranno prevenzione delle malattie cardiovascolari e quelli dell’area della salute mentale e dipendenze, la continuità assistenziale che si integrerà con la guardia medica. Essa è la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell’ambito territoriale di riferimento e quindi è finalizzata a fornire una risposta integrata (strutture sanitarie e sociosanitarie, che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute).

La funzione di assistenza sociale sarà valorizzata attraverso l’impiego degli assistenti sociali sia nei PUA che nei percorsi di integrazione sociosanitaria (case manager per le problematiche sociali).

3.10 La rete ospedaliera

La Rete Ospedaliera della ASL di Frosinone è coerente con i Piani Operativi 2013-2015 ed è fissata nel rispetto delle indicazioni di cui alle linee guida per la stesura degli Atti aziendali e della DCA n. U00412 del 26 novembre 2014 – Rettifica DCA n. U00368/2014 - Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione

Lazio (Decreto del Commissario ad acta n. U00247/2014), rispettando in particolare i seguenti parametri:

- Organizzazione secondo il modello dipartimentale con adeguamento delle Unità Operative in rapporto ai parametri standard del Comitato LEA (1 Unità Operativa Complessa ogni 17,5 posti letto pubblici e Unità Operative Semplici pari all'1,31 delle complesse);
- Conteggio nelle Unità Operative Complesse delle U.O.C. senza posti letto (DS, Farmacia, Servizi di diagnostica);
- Presenza di 6 Strutture operative di cui almeno 4 complesse e 2 semplici dipartimentali per singolo Dipartimento;
- Adozione di misure organizzative per istituire Aree funzionali, intra o interdipartimentali per rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni, senza che vi siano le condizioni per la costituzione di un Dipartimento e con Dirigente preposto (senza indennità di Direttore di Dipartimento);
- Organizzazione per aree assistenziali per intensità di cure per acuti (medica, chirurgica, materno-infantile) e creazione i moduli polispecialistici diurni (medici e chirurgici);
- Organizzazione delle UU.OO. di Chirurgia in moduli funzionanti 5 giorni a settimana per promuovere l'appropriatezza organizzativa;
- Organizzazione di aree diurne multidisciplinari allo scopo anche di razionalizzare le risorse umane;
- Eliminazione di eventuali duplicazioni di funzioni assistenziali.

Sulla scorta di tali indicazioni sono individuati 3 Poli Ospedalieri.

I tre Presidi Ospedalieri sono così articolati:

- *Presidio Ospedaliero Frosinone-Alatri*, sede in Frosinone, via Armando Fabi, tel. 0775 8821;
- *Presidio Ospedaliero Sora*, sede in Sora, Loc. S. Marciano, 03039 Sora, tel. 0776 8291;
- *Presidio Ospedaliero Cassino*, sede in Cassino, Via San Pasquale, 03043 Cassino, tel. 0776 39291.

Per quanto riguarda il Presidio di Anagni, a seguito di interlocuzione con la Regione, è stato formulato un piano di riorganizzazione delle attività, dei servizi e delle prestazioni che prevede, in sintesi: un poliambulatorio specialistico, una postazione per gli screening oncologici, un centro dialisi, un laboratorio analisi per le emergenze, una radiologia dotata di sistemi di teleconsulto e telediagnosi, l'attivazione del *day service*, della *day surgery* e della chirurgia ambulatoriale, un punto di primo intervento (PPI) h24 con posti letto di OBI e un centro per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica sulle problematiche della Valle del Sacco.

Per quanto riguarda la complementarietà nell'ambito del P.O. Unificato Frosinone-Alatri e le sinergie che andranno a realizzarsi, si prevede, nel rispetto della dotazione complessiva di posti letto attribuiti, di mantenere ad Alatri una U.O. di Medicina Generale con 38 P.L., una Lungodegenza con 15 P.L. e la costituzione di un'Area funzionale omogenea chirurgica dotata di 10 P.L. ordinari e 10 P.L. a ciclo breve (*week surgery*) per le patologie chirurgiche ed ortopediche, ulteriormente incrementata di 16 P.L. di *day surgery* multidisciplinare. A supporto dell'attività chirurgica saranno resi disponibili 6 P.L. di terapia sub-intensiva. Si prevede inoltre la degenza infermieristica con 20 P.L. dedicati ai pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e alle persone affette da patologie cronicodegenerative nell'ottica di un approccio *Chronic Care Model*. Verranno mantenuti la Nefrologia e Dialisi con 15 P.L. e tutti i servizi di supporto all'attività assistenziale. Il Pronto Soccorso sarà dotato di 5 P.L. (2 di OBI e 3 di Osservazione temporanea), mentre si darà contestualmente corso all'attivazione di una *discharge room* con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei pazienti. Il predetto assetto comporta nella struttura di Alatri la presenza di 135 P.L. La ratio di tale riorganizzazione risiede nella possibilità di differenziare le due strutture, che hanno visto finora una duplicazione e una sovrapposizione delle rispettive attività assistenziali, in un presidio dedicato alla gestione di patologie di maggiore complessità ed in un presidio in cui trattare casistica di medio-bassa

complessità, applicando quei modelli assistenziali innovativi che permettono di raggiungere più alti livelli di appropriatezza. La vicinanza geografica dei due presidi rappresenta un ulteriore fattore di razionalizzazione che, attraverso la gestione comune del personale e delle risorse tecnologiche, può consentire sensibili economie di scala.

L'Azienda recepisce i suggerimenti pervenuti dall'Amministrazione comunale di Sora relativamente alla "Proposta di Sviluppo del Polo Oncologico Provinciale", sia perché va nella direzione del rafforzamento della vocazione oncologica del Presidio Ospedaliero di Sora, già pianificato da questa ASL, sia perché coerente con le indicazioni regionali. Il miglioramento dell'offerta sanitaria per i pazienti oncologici richiede però un complesso di azioni coordinate e sinergiche, volte ad ampliare la gamma dei servizi necessari alla realizzazione di una rete in grado garantire la presa in carico e la gestione integrale della patologia neoplastica. E' quindi imprescindibile porre in essere tutte le azioni di reclutamento delle figure professionali necessarie e di potenziamento dei servizi di supporto, tra le quali si segnala il reperimento di un chirurgo esperto in chirurgia oncologica addominale, il potenziamento dell'endoscopia digestiva, l'attivazione della radiologia interventistica, l'implementazione di una "breast unit" che possa avvalersi dell'apporto di un chirurgo plastico, la creazione di una struttura di anatomia patologica orientata all'oncologia, la previsione di un servizio di psico-oncologia, il potenziamento della radioterapia e la disponibilità di strutture di medicina nucleare, pneumologia, endocrinologia, cardio-oncologia e preparazione dei farmaci antitumorali.

La tabella che segue riporta l'attuale dotazione di posti letto così come rilevata da NSIS al 30 giugno 2014 e quella prevista dalla programmazione della rete ospedaliera regionale, a cui si devono aggiungere i posti letto, che non concorrono agli standard fissati dalla Legge n. 135 del 7 agosto 2012, del nido e quelli di osservazione breve intensiva (OBI) che l'Azienda intende attivare in tutti i Presidi. Occorre inoltre puntualizzare che la disponibilità di posti letto sarà ulteriormente incrementata dai letti di degenza infermieristica e di *Hospice* (15 P.L.) per la gestione di patologie al momento impropriamente trattate nei presidi per acuti.

Tabella n. 3.1 – Dotazione posti letto

P.O.	attivi ^(*)				previsti			
	ordinari	lungodegenza	dh/ds	totale	ordinari	lungodegenza	dh/ds	totale
FROSINONE/ALATRI	369	15	38	422	398	15	26	439
SORA	173	21	27	221	193	21	17	231
CASSINO	213		21	228	270	21	18	309
Totale	755	36	86	877	861	57	61	979

^(*) secondo i dati NSIS al 30 giugno 2014 che provengono dalle Direzioni Sanitarie dei singoli presidi.

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 n. 3.2 – Offerta prestazioni ospedaliere

Presidio	P.L. ordinari acuti	P.L. ordinari post-acuti	P.L. DH/DS	P.L. totali	Rete emergenza	Rete ictus	Rete cardiologica	Rete trauma	Rete perinatale	Rete emergenza pediatrica
Alatri	93	15	7	115	PS	TNV/Pse	-	-	-	-
Frosinone	268		31	299	DEA I	UTN I (mai attivata)	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	-
Totale	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

Tabella n. 3.3 – 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 polispécialistico, 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 polispécialistico, 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 polispécialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Casa di Cura Villa Serena	25	Profilo monospecialistico di Medicina Generale associato ad attività polispécialistica, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"

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

Tabella n. 3.4 – 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 dall'1-7-2014.

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 n. 3.5– Dotazione complessiva posti letto

Tipologia		Posti letto attuali		
		Pubblici	Privati accreditati	Totali
ACUTI		827	99	926
POST-ACUTI	LD	36	69	105
	RIAB	0	223	223
Totale		863	391	1.254

2,5 PL x 1000 ab.

3.11 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 n. 3.6 – Struttura organizzativa interna

Macrostruttura	UOC	UOSD	UOS
Staff Direzione Generale	2	0	16
Staff Direzione Sanitaria	0	0	6
Staff Direzione Amministrativa	0	0	3
Direzione Sanitaria Poli	4	0	9
Direzione Distretti	4	0	0
Funzione Amministrativa	10	0	13
Dipartimento di Prevenzione	6	2	24
Dipartimento Salute Mentale	7	1	15
Dipartimento Emergenza e Accettazione	9	0	20
Dipartimento Scienze Mediche	27	8	38
Dipartimento Scienze Chirurgiche	25	5	16
Dipartimento Misto dei Servizi	25	4	35
Dipartimento 3D	2	0	12
Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria	21	2	44
Totale	142	22	251

3.12 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. Ospedaliere e non Ospedaliere 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 n. 3.7 – 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 (includere le SSD)		SST/SCT = 1,31	115	

3.13 Personale dipendente

Il numero del personale dipendente, anche a tempo determinato, della ASL Frosinone è pari a n. 3948, suddiviso nelle seguenti qualifiche e tipologie contrattuali, alla data del 31 dicembre 2013:

Tabella n. 3.8 – Personale dipendente

QUALIFICA	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2013	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2013
RUOLO SANITARIO		
PERSONALE DIRIGENTE		
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA	42	
DIRIGENTE ODONTOIATRIA STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA	2	
TOTALI PARZIALI	50	
DIRIGENTE MEDICO	585	66
DIRIGENTE ODONTOIATRA	2	
DIRIGENTE VETERINARIO	61	1
DIRIGENTE PSICOLOGO	57	3
DIRIGENTE FISICO	1	
DIRIGENTE FARMACISTA	6	9

DIRIGENTE CHIMICO	2	
DIRIGENTE BIOLOGO	11	1
TOTALI PARZIALI	725	80
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	775	80
PERSONALE RIABILITAZIONE		
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS		
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS	3	
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D	75	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	3	
COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D	3	
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 EDUCAZ. E RIABILIT. PSICH. E PSICOL. D		
TOTALI PARZIALI	116	3
PERSONALE INFERMIERISTICO		

COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS	3	
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (ex caposala)	37	
COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica)	7	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D	65	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE PED. D	28	3
COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass. sanitario)	5	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D	4	
INFERMIERE GENERICO C	33	
INFERMIERE GENERICO BS	4	
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D	1461	19
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D - PERS. PENITENZIARIO	5	
COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista)		
COLLAB. PROF.LE DIETISTA D	3	
PUERICULTRICE C	22	
PUERICULTRICE BS	6	
TOTALI PARZIALI	1683	25
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE		
COLL. TEC. PROF. ESP. PREV. AMB. LUOGHI LAV. DS	2	
COLL. TEC. PROF. PREV. AMB. LUOGHI LAV. D	67	
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. DS		
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. D		
TOTALI PARZIALI	69	
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	72	9

COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. RADIOLOGIA MEDICA DS	2	
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D	84	2
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D (PENITENZIAR)	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	3	
TECNICO CARDIOLOGIA D	1	
TECNICO NEURO FISIO PATOLOGIA D	2	1
TOTALI PARZIALI	167	12
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	2035	40
TOTALE RUOLO SANITARIO	2810	120
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	80	1
TOTALI PARZIALI	86	1
PERSONALE TECNICO		

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	4	
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA	6	
O.S.S.	80	1
O. T. A.	7	
OPERATORE TECNICO DISINFETTORE	2	
OPERATORE TECNICO AUTISTA	13	
OPERATORE TECNICO AUTISTA C	1	
OPERATORE TECN. CENTRO ELABORAZIONI	31	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA	56	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA - C	1	
OPERATORE TECNICO PORTIERE	1	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	140	115
OPERAIO GENERICO		1
ANIMATORE CLUB B	1	
O.T. SPEC. DISEGNATORE	1	
OPERATORE TECNICO B	2	

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	1	
O.T. MURATORE B	2	2
O.T. FALEGNAME B		1
O.T. MAGAZZINIERE B	12	
O.T. CUOCO C	3	
O.T. IDRAULICO BS	1	
O.T. GUARDAROBA BS		
O.T. NECROFORO	4	
O.T. ELETTRICISTA	3	
O.T. ELETTRICISTA C	1	
O.T. CONDUTTORE CALDAIE BS	1	
TOTALI PARZIALI	405	122
TOTALE RUOLO TECNICO	492	123
RUOLO PROFESSIONALE		
PERSONALE DIRIGENTE		

DIRIGENTE ARCHITETTO	1	
DIRIGENTE AVVOCATO	2	
DIRIGENTE INGEGNERE	2	
COLL.RE TECNICO-PROF. ASSISTENTE RELIGIOSO D		
TOTALI PARZIALI	5	
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO		
DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL.		
DIRIG. AMM.VO	7	
TOTALE PARZIALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	7	
PERSONALE AMMINISTRATIVO		
COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO	7	
COLL.RE AMM.VO PROF.LE	70	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. LEGALE	3	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO	2	
ASS. AMM.VO	96	
COAD. AMM.VO ESPERTO	20	
COAD. AMM.VO	164	14
COMMESSO	15	
TOTALE PARZIALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	377	14
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	384	14
TOTALE GENERALE	3691	257
		3948

3.14 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 otto, 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 di Scienze Mediche;

- Dipartimento di Scienze Chirurgiche;
- 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.

3. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO

4.1 *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.

4.2 *Le funzioni amministrative*

- **Amministrazione e Gestione 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.

4.3 *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.

4.4 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, allegato al presente Atto (Allegato I), 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.

4.5 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.

4.6 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 precisa e specifica professionalità che può presentare anche aspetti gestionali.

4.7 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.

4. 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 n. 5.1 – Bilancio Demografico per la provincia di Frosinone.

Bilancio demografico anno 2015 e popolazione residente al 31 dicembre
Provincia: Frosinone

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	243014	253957	496971
Nati	1940	1929	3869
Morti	2683	2819	5502
Saldo Naturale	-743	-890	-1633
Iscritti da altri comuni	3777	3970	7747
Iscritti dall'estero	1091	648	1739
Altri iscritti	217	164	381
Cancellati per altri comuni	4150	4451	8601
Cancellati per l'estero	518	398	916
Altri cancellati	395	267	662
Saldo Migratorio e per altri motivi	22	-334	-312
Popolazione residente in famiglia	241852	252068	493920
Popolazione residente in convivenza	441	665	1106
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 dicembre	242293	252733	495026
Numero di Famiglie	203231		
Numero di Convivenze	156		
Numero medio di componenti per famiglia	2.43		

*Dati ISTAT aggiornati al 31 Dicembre 2015, consultabili all'indirizzo:
<http://demo.istat.it/bil2015/index.html>*

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 n. 5.2).

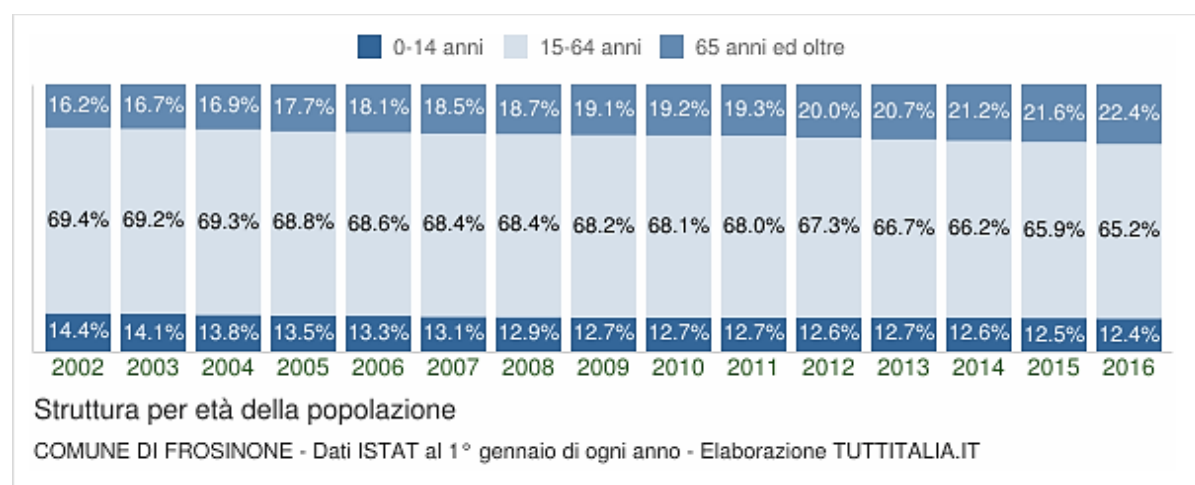
Tabella n. 5.2 – Serie storica (2011-2014), comparazione per province adiacenti.

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 Guillelmo Tagliacarne e Camera di Commercio di Frosinone su dati ISTAT

E' 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 n. 5.3).

Tabella n. 5.3 – 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 n. 5.4).

Tabella n. 5.4 – Tavole di mortalità della popolazione residente per la provincia di Frosinone.

Tavole di mortalità della popolazione residente
Provincia: Frosinone - Maschi e femmine - Anno: 2015

Età x	Sopravviventi l_x	Decessi d_x	Probabilità di morte (per mille) q_x	Anni vissuti L_x	Probabilità prospettive di sopravvivenza P_x	Speranza di vita e_x
0-4	100000	295	2.95305	498812	0.9992034	81.999
5-9	99705	46	0.46465	498414	0.9994616	77.238
10-14	99658	62	0.62011	498146	0.9992324	72.272
15-19	99597	94	0.94649	497764	0.9987809	67.316
20-24	99502	147	1.47992	497157	0.9985576	62.377
25-29	99355	139	1.40027	496440	0.9981286	57.465
30-34	99216	244	2.45939	495511	0.9971235	52.542
35-39	98972	326	3.29732	494085	0.9960675	47.665
40-44	98646	468	4.74192	492142	0.9936250	42.814
45-49	98178	815	8.30157	489005	0.9898298	38.006
50-54	97363	1216	12.49330	484032	0.9820132	33.301
55-59	96146	2338	24.31201	475325	0.9708253	28.688
60-64	93809	3218	34.30651	461458	0.9572030	24.336
65-69	90591	4815	53.15390	441709	0.9321957	20.107
70-74	85775	7360	85.80346	411759	0.8875861	16.086
75-79	78416	11451	146.02721	365472	0.8025704	12.345
80-84	66965	17595	262.75704	293317	0.6540810	8.998
85-89	49369	22052	446.67163	191853	0.4574815	6.263
90-94	27317	17895	655.06218	87769	0.2889239	4.297
95-99	9423	7419	787.35775	25359	0.1585178	3.141
100-104	2004	1848	922.11265	4020	0.0545784	2.117
105-109	156	153	983.32125	219	0.0119014	1.423
110-114	3	3	997.97659	3	0.0015453	1.005
115-119	0	0	999.85661	0	0.0001201	0.766

Dati ISTAT aggiornati al 2005, consultabili all'indirizzo: <http://demo.istat.it/tvm2016/index.php?lingua=ita>

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) testimoniando una presenza forte delle classi di età più anziane. L'indice di vecchiaia 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 n. 5.5.

Tabella n. 5.5 – Aspettative di vita alla nascita (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 n. 5.6, n. 5.7, n. 5.8.

Tabella n. 5.6 – 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 n. 5.7 – 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			Depositi	Attività finanziarie		Totale	Totale generale
	Abitazioni	Terreni	Totale		Valori mobiliari	Riserve		
	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 n. 5.8 – 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).

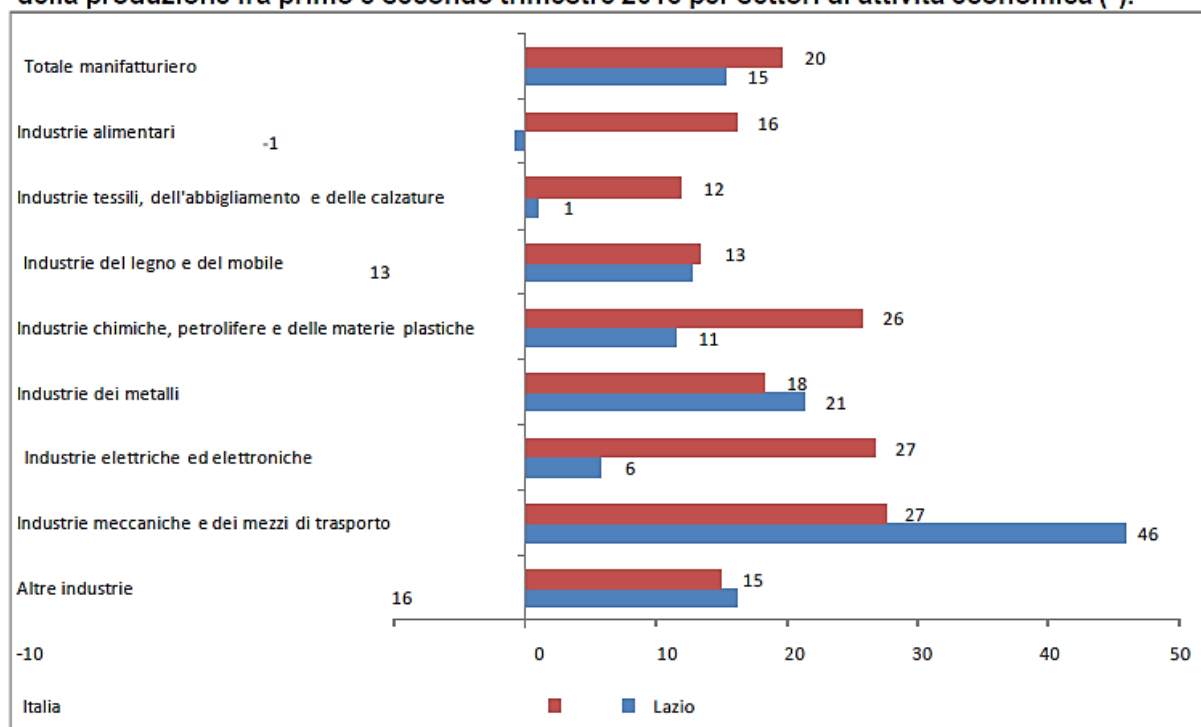
- **Quadro economico regionale e provinciale**

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 n. 5.9 – 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

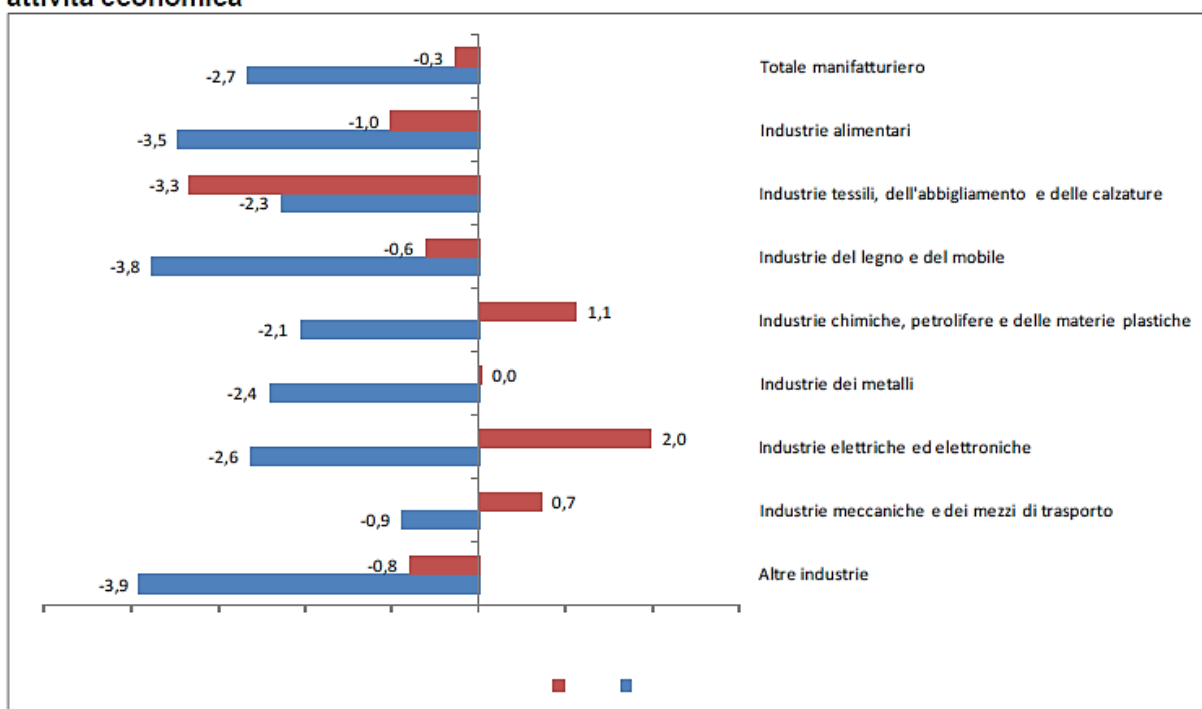
Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere, Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sull'industria manifatturiera per la regione Lazio

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 n. 5.10 – Variazione percentuale della produzione per settori di attività economica

Variazione percentuale della produzione fra I trimestre 2014 e I trimestre 2015 per settori di attività economica

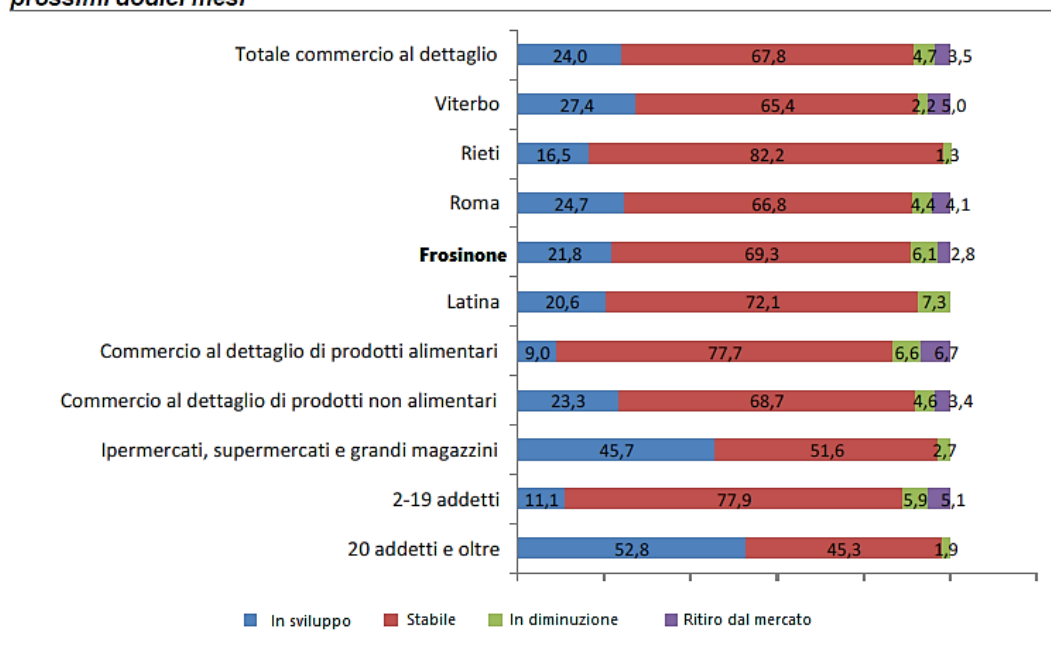


Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sull'industria manifatturiera per la regione Lazio

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 n. 5.11.

Tabella n. 5.11 – Distribuzione percentuale delle imprese di commercio secondo l'evoluzione prevista entro i prossimi 12 mesi.

Distribuzione percentuale delle imprese del commercio secondo l'evoluzione prevista entro i prossimi dodici mesi

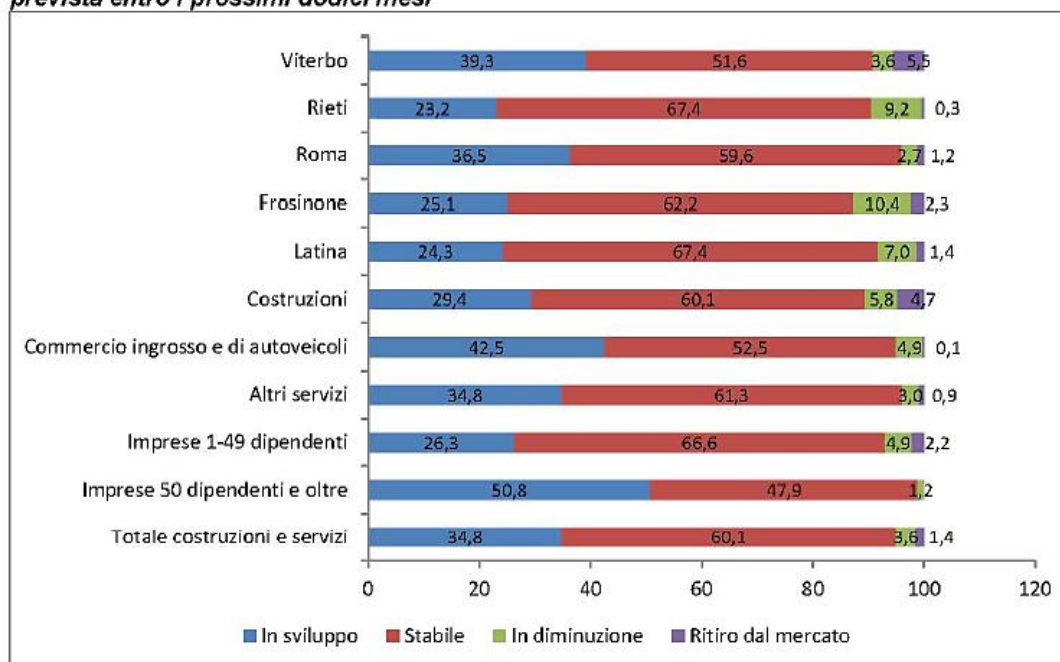


Fonte: Unioncamere Lazio, Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne - Indagine congiunturale sul commercio per la regione Lazio

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 n. 5.12 – Distribuzione percentuale delle imprese di servizi prevista entro i prossimi 12 mesi.

Distribuzione percentuale delle imprese delle costruzioni e dei servizi secondo l'evoluzione prevista entro i prossimi dodici 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 2015. Risultano iscritte al 30/09/2015 nel Registro Imprese di Frosinone 46.688 imprese, rispetto alle 46.474 di inizio anno 2015, con 549 nuove iscrizioni nei 9 mesi 2015 (1,18%) e 341 cessazioni (0,73%). Di seguito in numeri nel dettaglio (Tabella n. 5.13).

Tabella n. 5.13 – Numero di imprese nella provincia di Frosinone aggiornati al 30 settembre 2015.

Imprese attive effettivamente operanti	Settori economici più rilevanti	Comuni con il maggior numero di imprese
<ul style="list-style-type: none"> • Società di capitali: 8.672; • Società di persone: 4.519; • Imprese individuali: 24.360; • Cooperative: 1.145; • Consorzi: 62; • Altre forme giuridiche: 252. 	<ul style="list-style-type: none"> • Commercio: 13.135 imprese; • Edilizia e Costruzioni: 6.943 imprese; • Agricoltura: 5.464 imprese; • Industria manifatturiera: 4.408 imprese; • Turismo: 3.370 imprese; • Trasporti: 1.432 imprese. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frosinone: 6.769 imprese; • Cassino: 4.190 imprese; • Sora: 2.719 imprese; • Alatri: 2.439 imprese; • Anagni: 2.152 imprese; • Veroli: 2.038 imprese; • Ferentino: 1.831 imprese; • Ceccano: 1.642 imprese; • Pontecorvo: 1.373 imprese; • Monte San Giovanni Campano: 1.146 imprese; • Isola del Liri: 1.121 imprese; • Fiuggi: 1.038 imprese.

Fonte: TG24.info, 9 ottobre 2015, dati forniti dalla Camera di Commercio di Frosinone

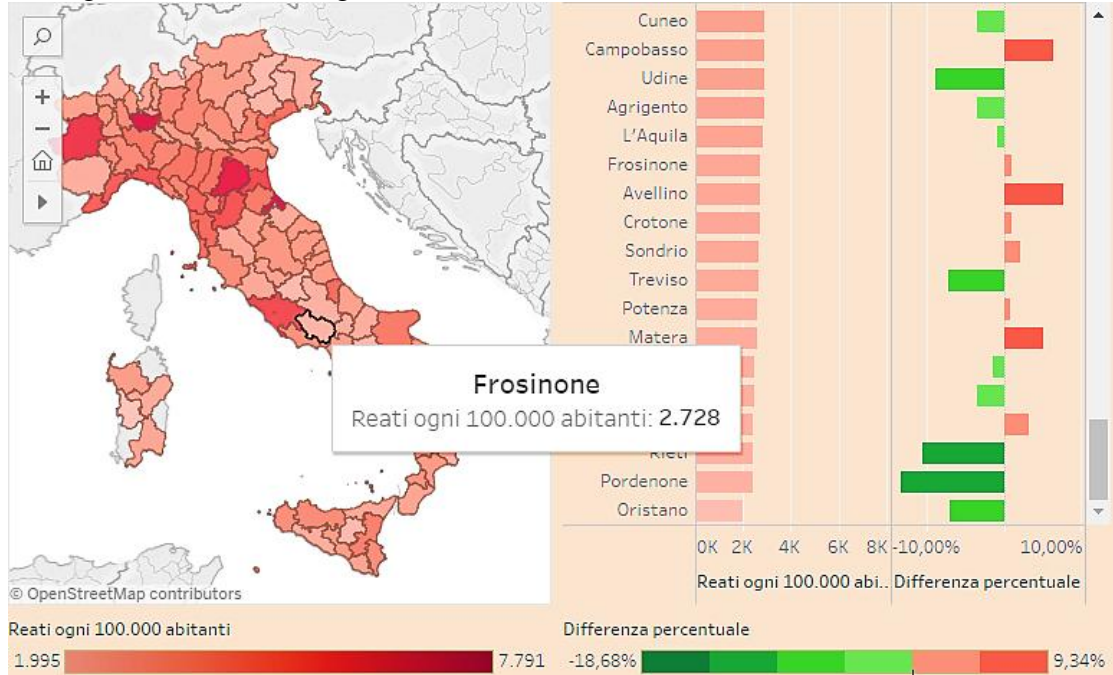
Si registra, quindi, un forte incremento delle società di capitali attive (da 8.274 a 8.672) con una diminuzione, invece, delle società di persone e delle imprese individuali, aspetto molto positivo. Sotto il profilo dei settori economici, crescono le imprese manifatturiere (da 4.337 a 4.408), il turismo (da 3.300 a 3.370), il commercio (da 13.072 a 13.135), mentre decrescono le imprese agricole (da 5.557 a 5.464). Aumentano le imprese iscritte con sedi nei Comuni più grandi: Frosinone da 6.663 a 6.769, Cassino da 4.123 a 4.190, Sora da 2.702 a 2.719, Alatri da 2.420 a 2.439.

• 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 più

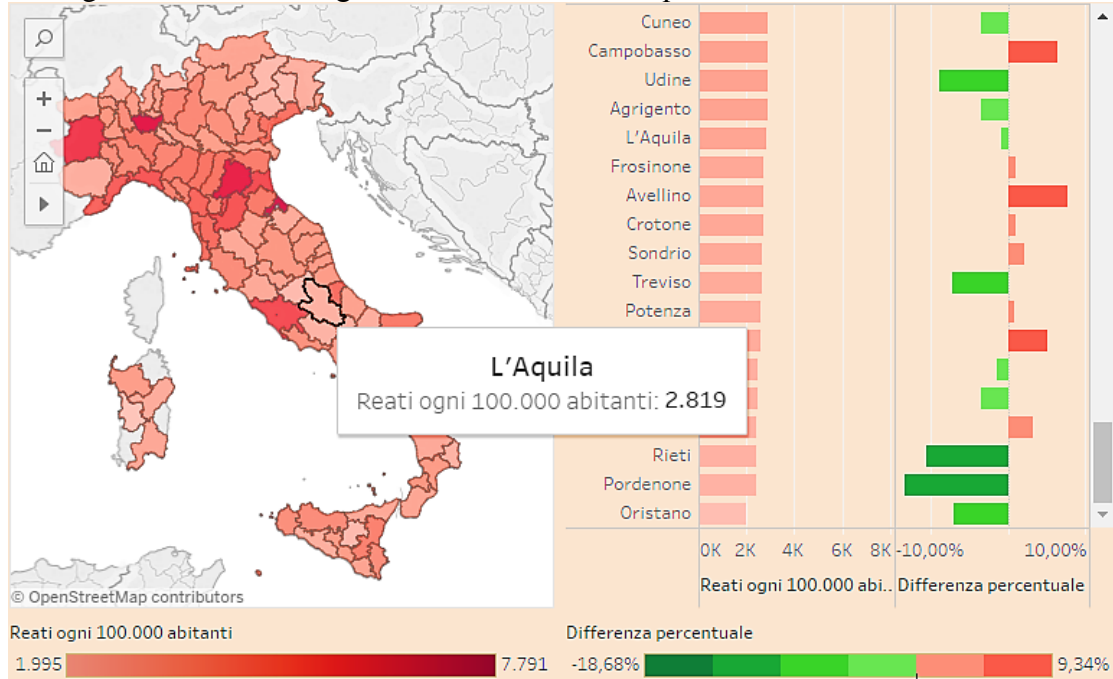
significativi, si registrano nell'area del cassinate, zona ove il clan dei casalesi è fortemente radicato. Tuttavia, è abbastanza soddisfacente il quadro di massima che scaturisce dalle statistiche provinciali e regionali sull'attività delittuosa nel 2015, fornite dal Sole 24 Ore, dal Ministero dell'Interno 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.

Immagine n. 5.1 - Reati ogni 100.000 abitanti Frosinone



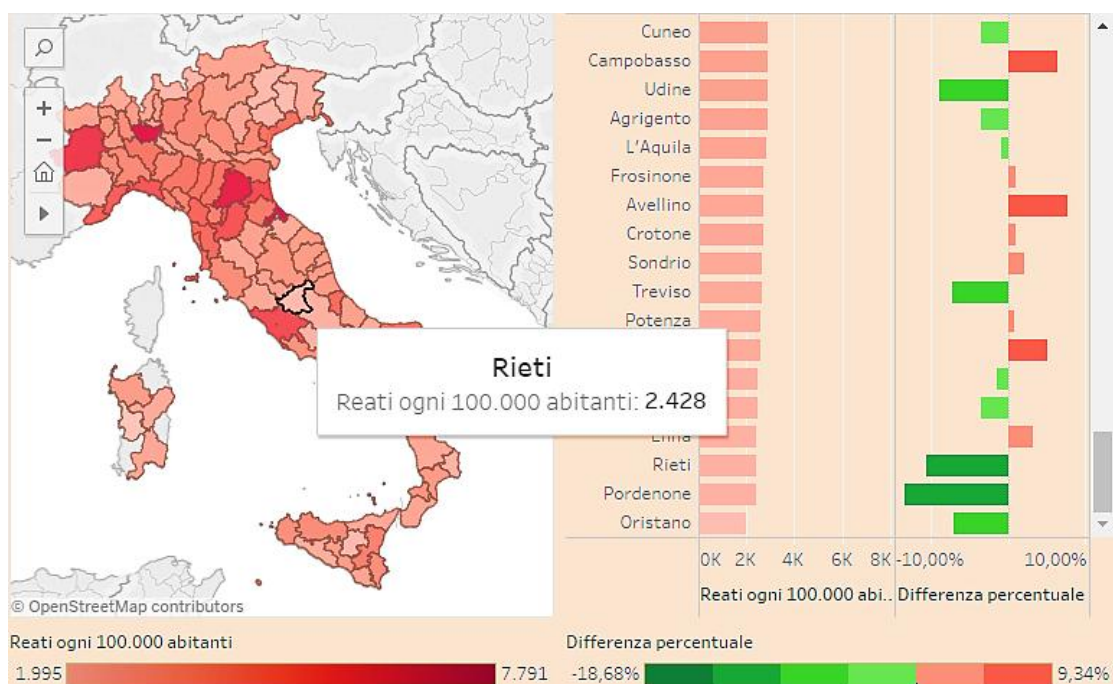
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.2 - Reati ogni 100.000 abitanti L'Aquila



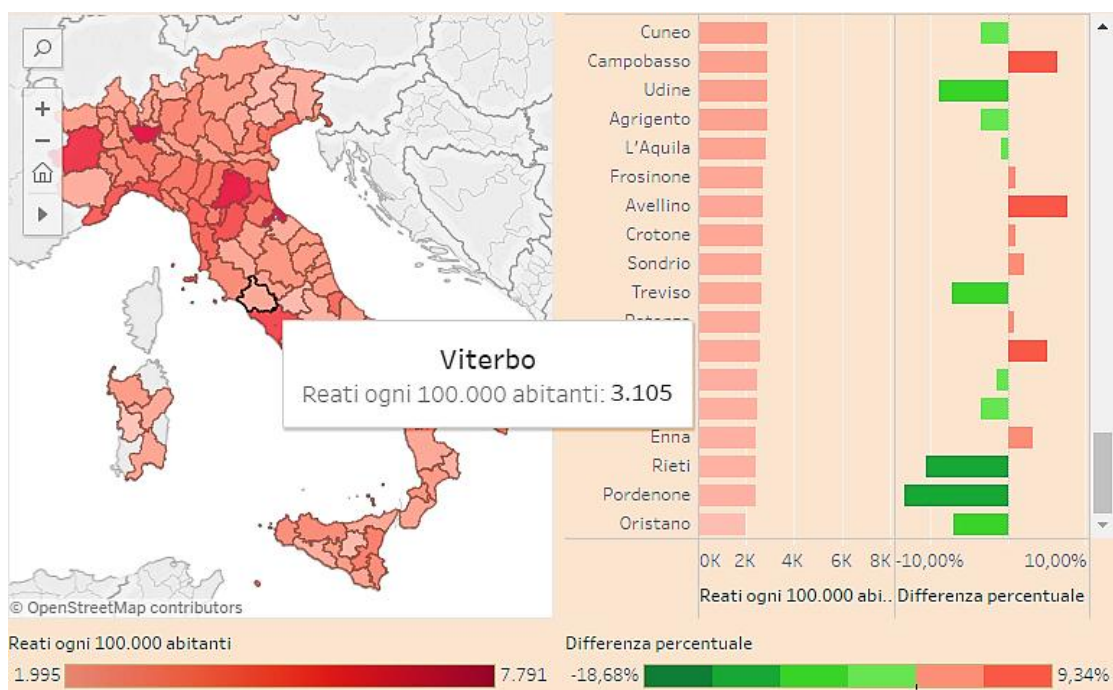
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.3 - Reati ogni 100.000 abitanti Rieti



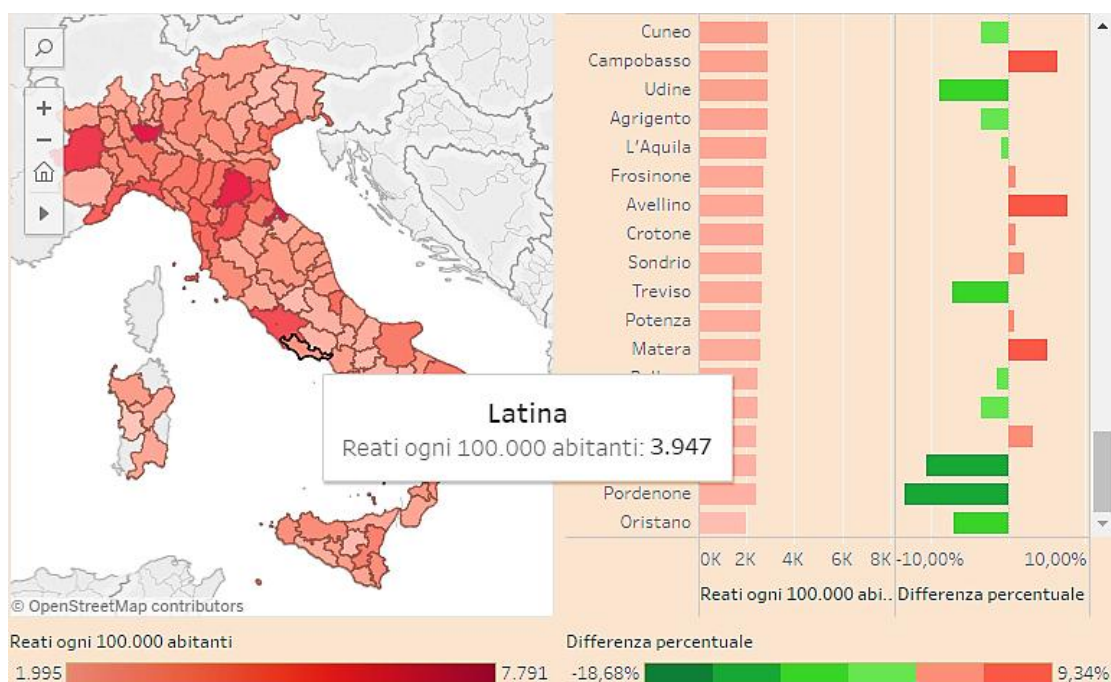
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.4 - Reati ogni 100.000 abitanti Viterbo



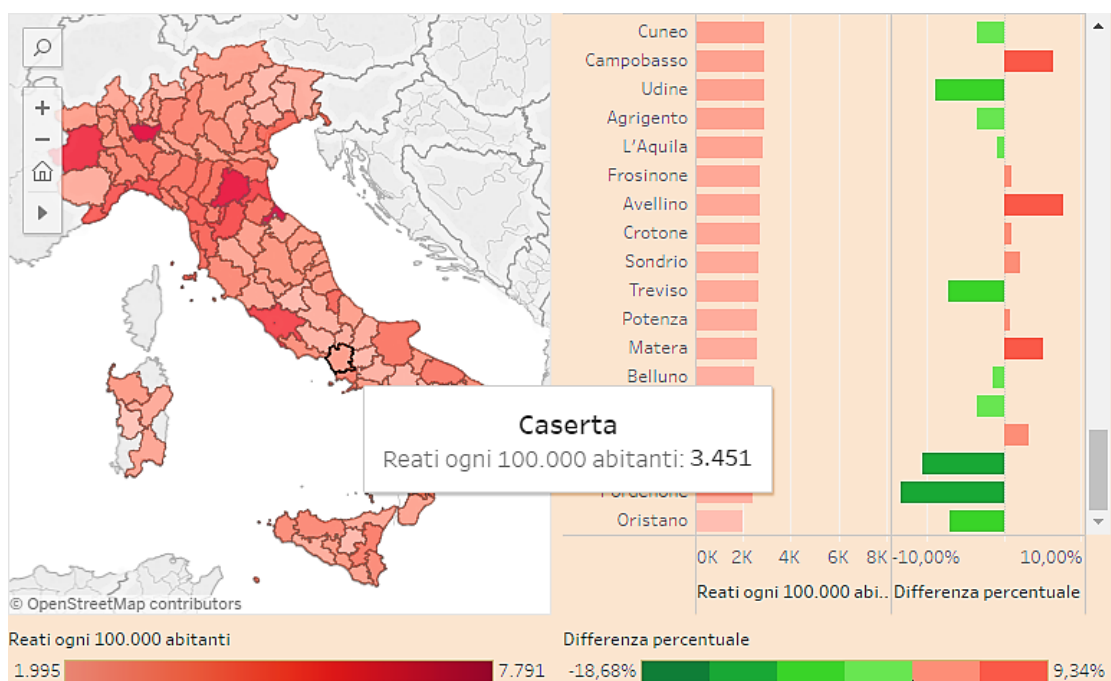
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.5 - Reati ogni 100.000 abitanti Latina



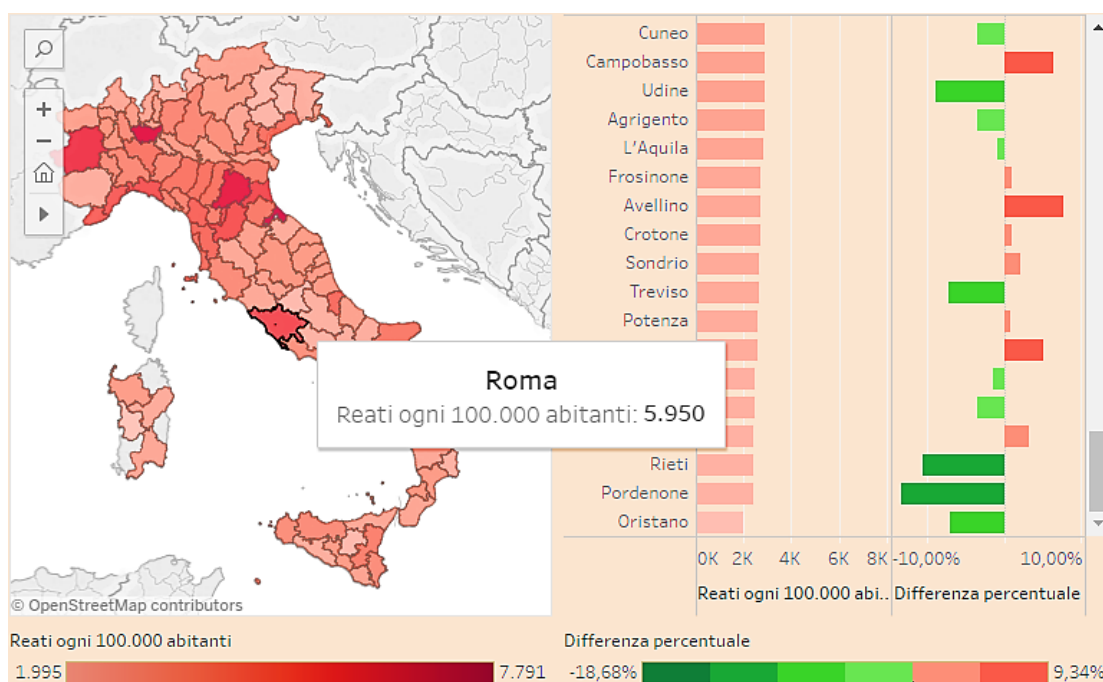
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.6 - Reati ogni 100.000 abitanti Caserta



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

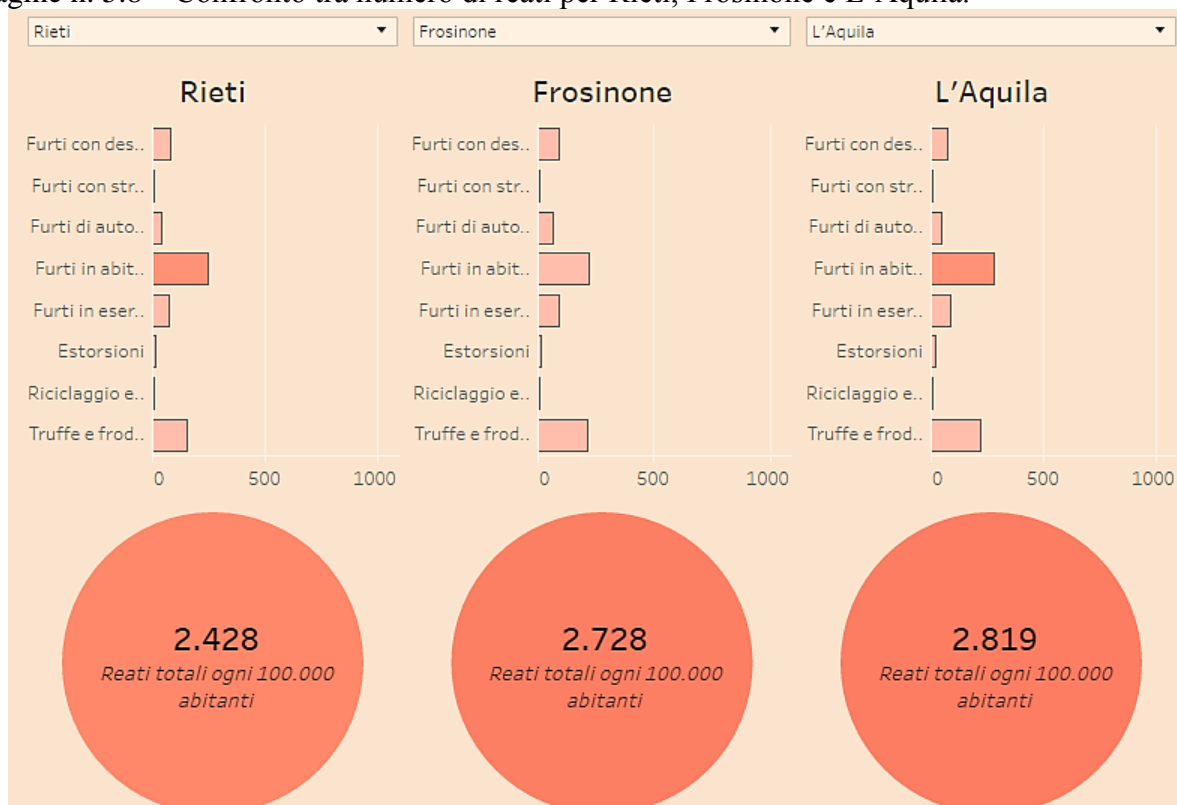
Immagine n. 5.7 - Reati ogni 100.000 abitanti Roma



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

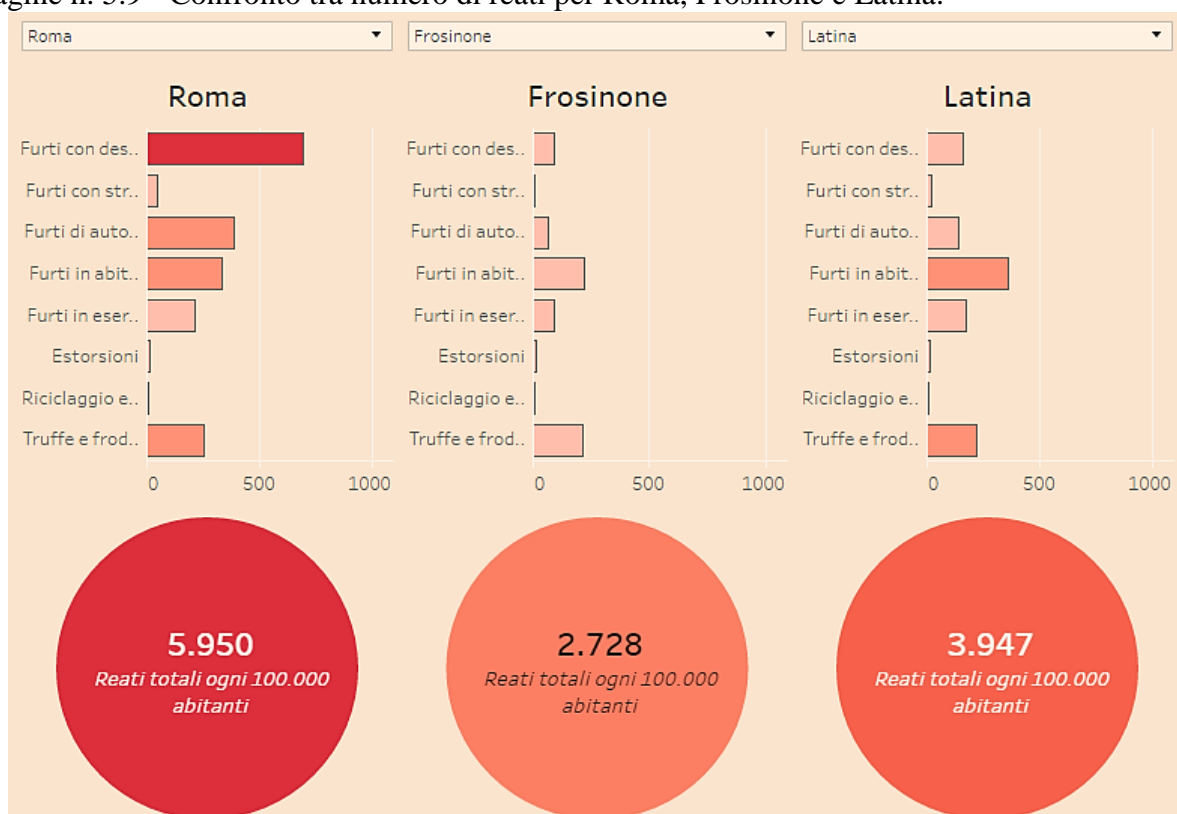
Come è facile notare mentre per le prime tre, Frosinone, L'Aquila e Rieti, i valori si equivalgono: 2.728 reati ogni 100mila abitanti per Frosinone, 2.819 per L'Aquila e 2.428 per Rieti. Per Viterbo si registra un leggero aumento 3.105 reati totali ogni 100mila abitanti. I valori sono caratterizzati 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.

Immagine n. 5.8 – Confronto tra numero di reati per Rieti, Frosinone e L'Aquila.



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

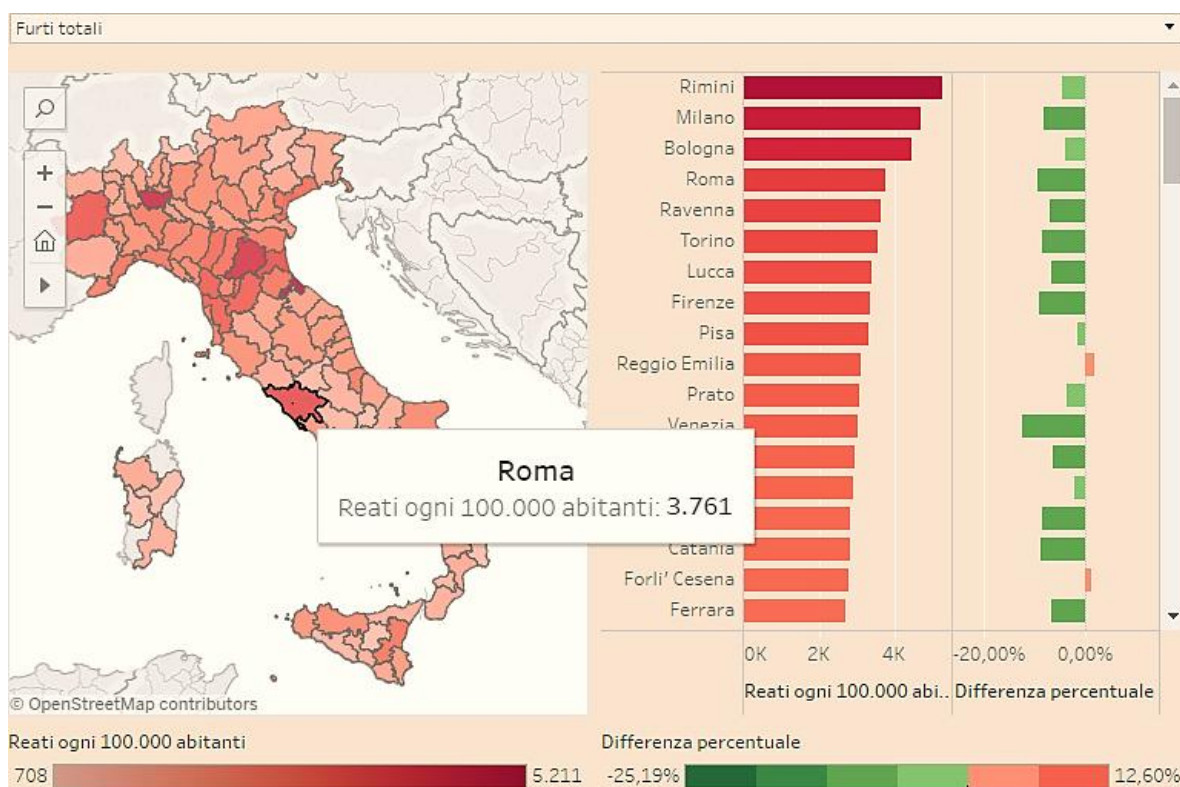
Immagine n. 5.9 - Confronto tra numero di reati per Roma, Frosinone e Latina.



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

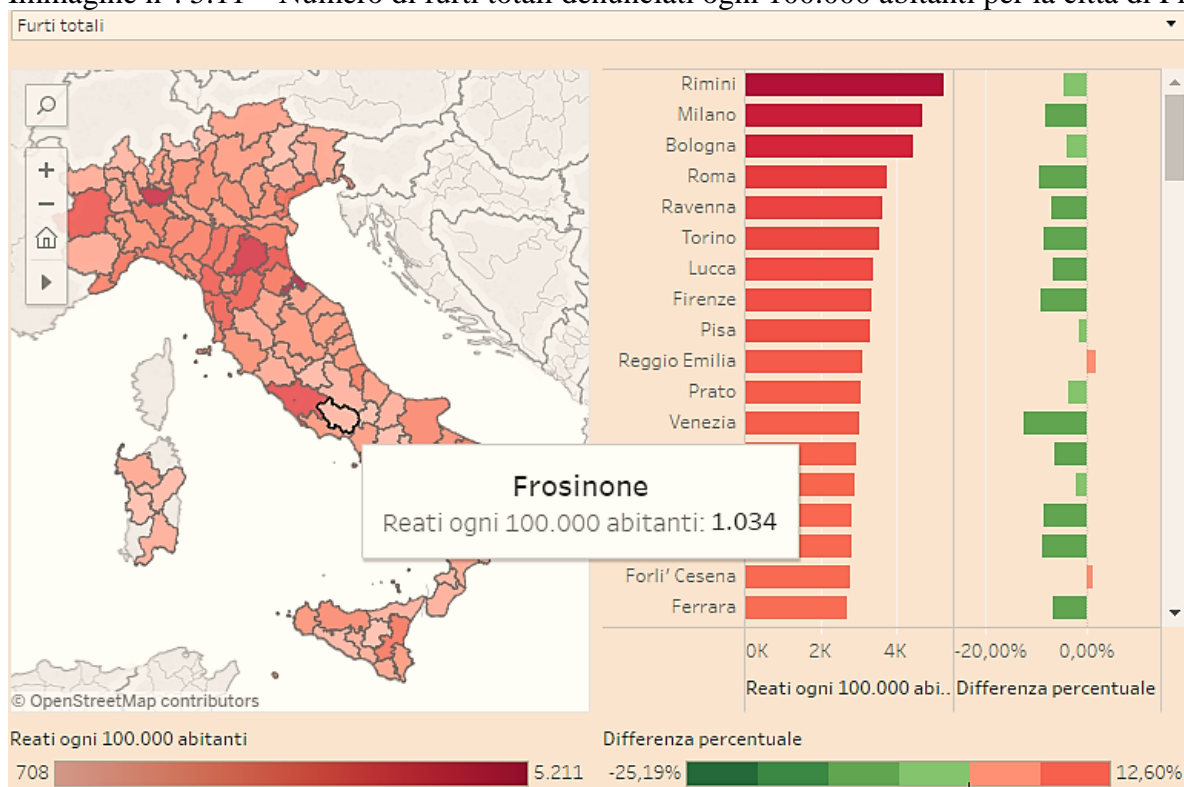
Ancora una volta, Frosinone si attesta tra le più sicure, paragonabile, per numeri rilevati, a Rieti e L'Aquila piuttosto che alle adiacenti Roma e Latina. Di seguito vengono riportati, anche, i numeri relativi ai furti totali denunciati nella capitale nonché nella provincia di Frosinone, oltre ai numeri relativi al riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita.

Immagine n. 5.10 – Numero di furti totali denunciati ogni 100.000 abitanti per la città di Roma.



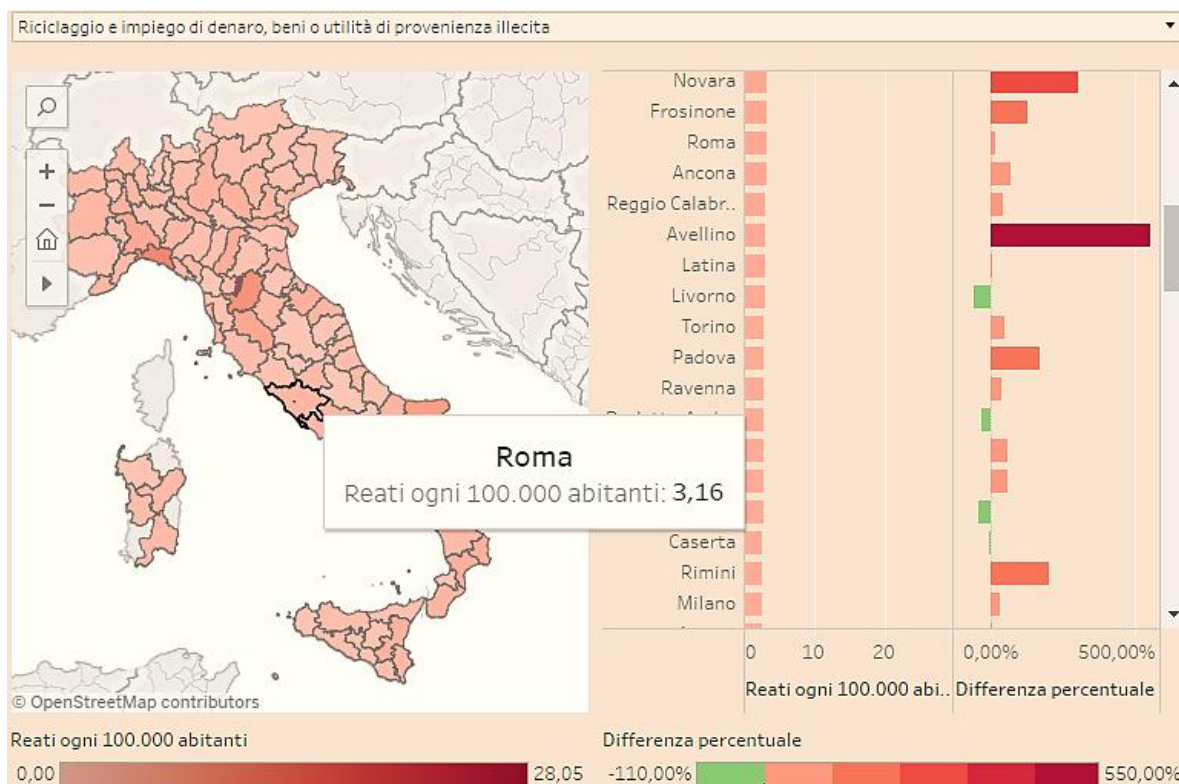
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n°. 5.11 – Numero di furti totali denunciati ogni 100.000 abitanti per la città di Frosinone.



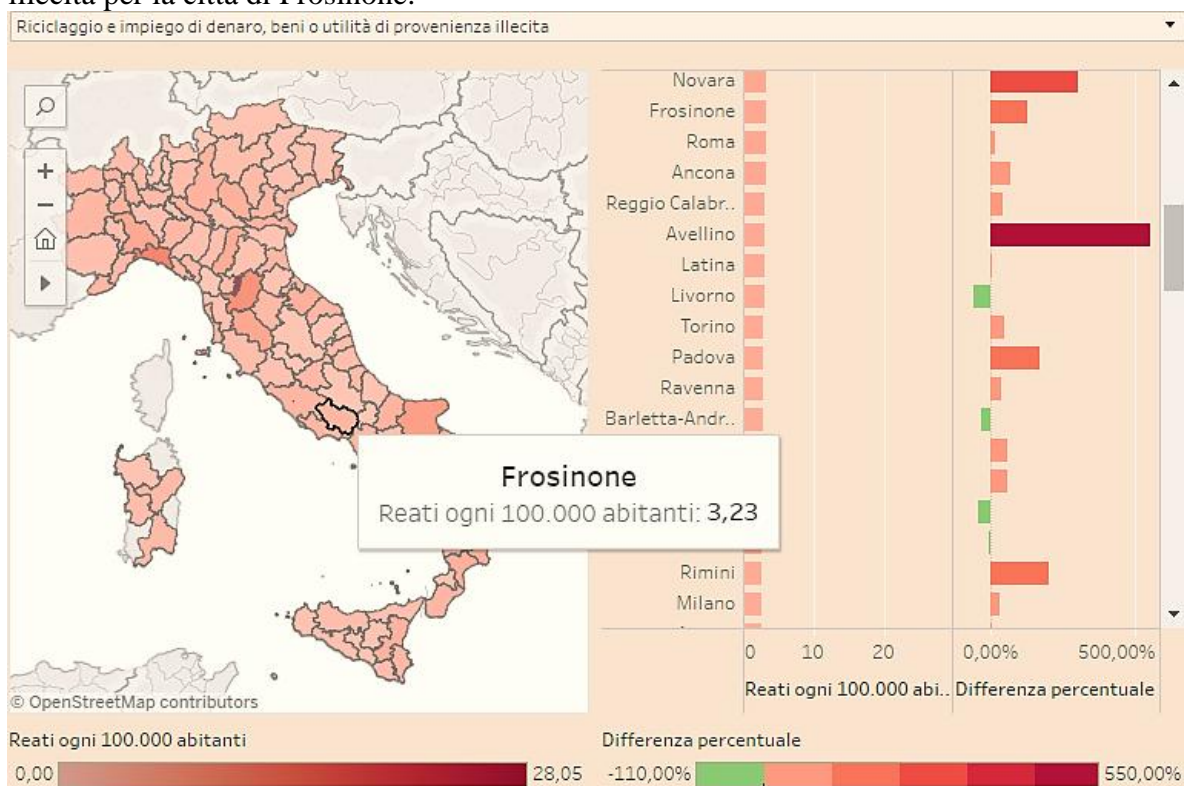
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Immagine n. 5.12 – Dati relativi al riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita per la città di Roma.



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

Immagine n. 5.13 – Dati relativi al riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita per la città di Frosinone.



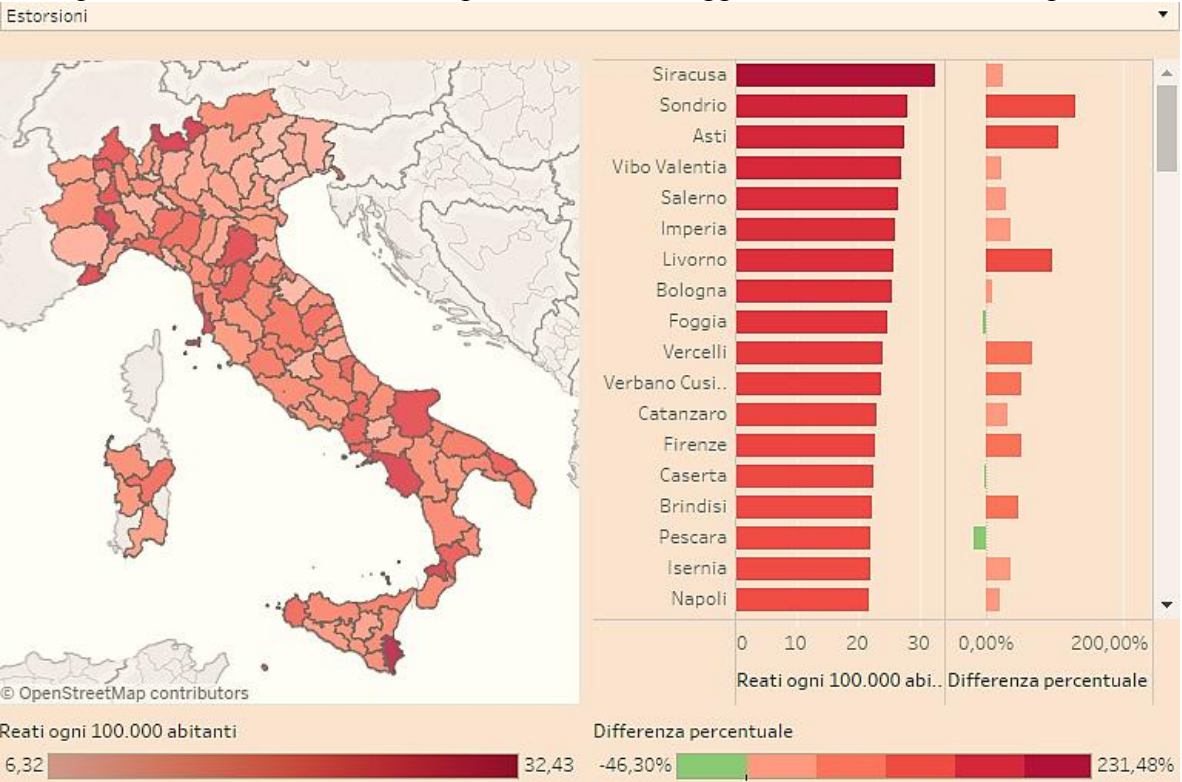
Fonte: Sole 24 Ore, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Mentre nel primo caso c'è una netta distinzione tra le due province, Roma con 3.761 furti totali e Frosinone con 1.034. Nel secondo caso, c'è un leggero aumento nei numeri registrati per quest'ultima in relazione al reato di riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita. Frosinone

con il valore di 3,23 ogni 100mila abitanti e con Roma 3,16. La città con il maggior valore in assoluto a livello nazionale, in questi termini, risulta essere la provincia toscana di Prato (28,8), seguita da Genova (12,64) e Firenze (10,7).

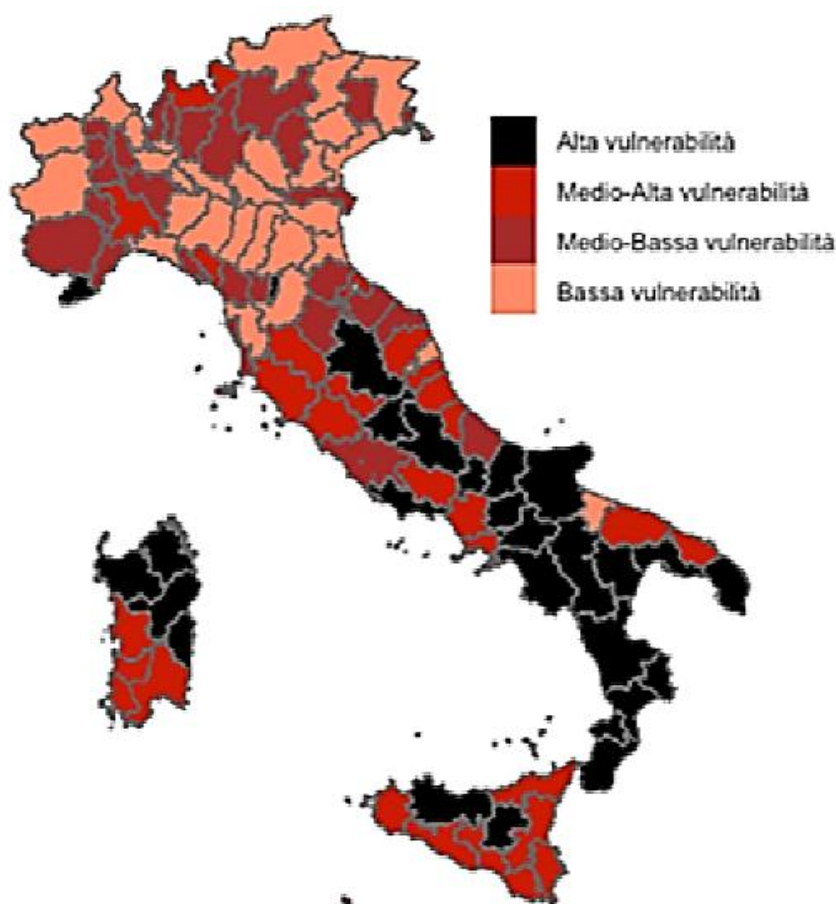
Infine, presentiamo la classifica relativa al numero di estorsioni nella nostra penisola (Immagine n. 5.14). E' evidente come la probabilità che venga commesso tale reato sia sparso a macchia d'olio in tutto il territorio nazionale, minando la sicurezza di alcune province del nord fino ad ora ritenute insospettabili. Basti pensare ai numeri relativi a Sondrio o Imperia che, rispetto a Frosinone con il 14,54 reati di estorsione ogni 100mila abitanti, presentano rispettivamente 28,07 e 26,02 reati di estorsione, conquistando così il secondo e quinto posto della classifica. Ciò è indice, anche, dell'alto grado di vulnerabilità che, se in passato caratterizzava principalmente le regioni del sud-Italia (Immagine n. 5.15 e Tabella n. 5.16), oggi minaccia anche le province più a nord.

Immagine n. 5.14 – Classifica delle province con il maggior numero di estorsioni per l'anno 2016.



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

Immagine n. 5.15 – Mappa della vulnerabilità delle province italiane per l'anno 2012.



Fonte: Elaborazione Tagliacarne

Tabella n. 5.13– Indicatori di vulnerabilità territoriale rispetto alla criminalità organizzata per l’anno 2012.

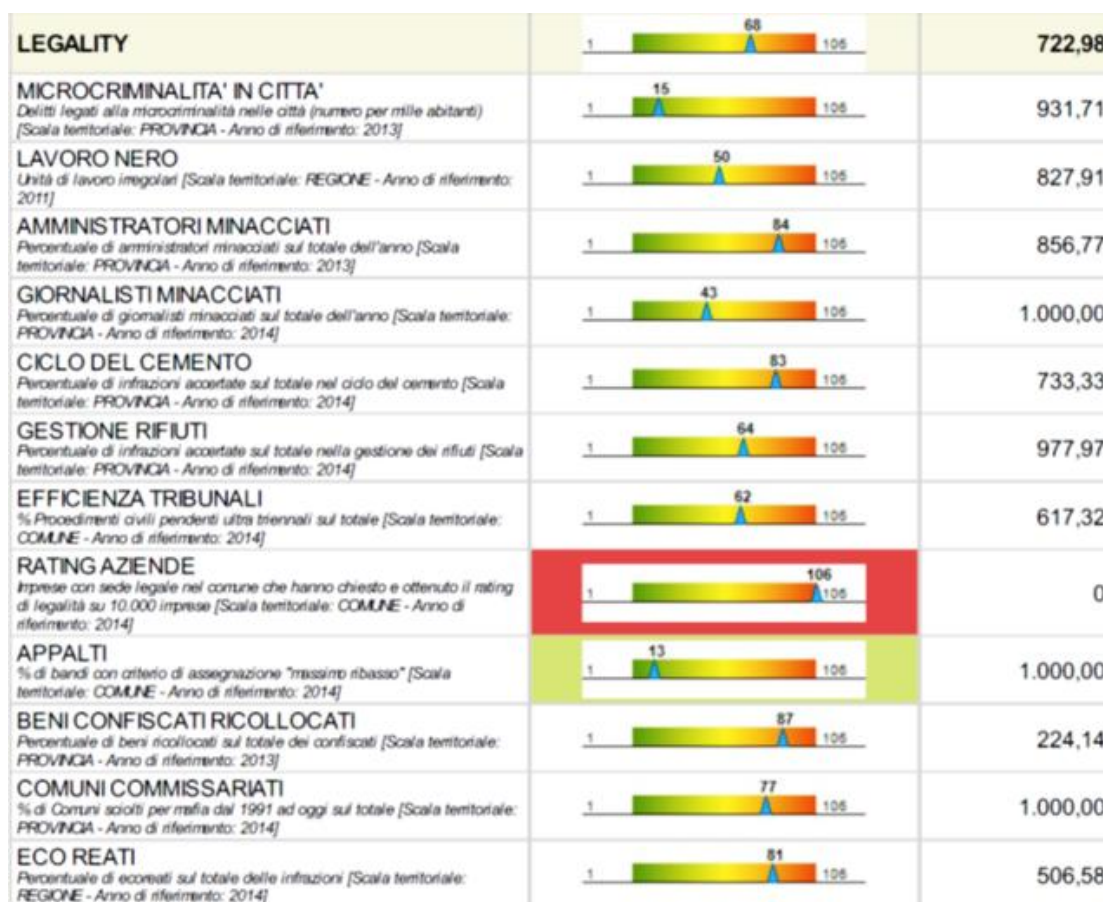
Indicatori di vulnerabilità territoriale rispetto alla criminalità organizzata di tipo economico delle province laziali (2012; in numero indice, Italia = 100)						
	Vulnerabilità infrastrutturale	Criminalità del territorio	Indice spia criminalità organizzata	Vulnerabilità delle imprese	Vulnerabilità delle famiglie	Indice di sintesi di vulnerabilità
Viterbo	174,8	87,6	25,3	99,3	133,1	119,3
Rieti	235,9	140,8	75,1	89,4	137,8	142,2
Roma	44,6	84,6	138,1	142,5	89,8	83,3
Latina	124,6	219,7	134,2	96,9	142,0	139,3
Frosinone	128,6	97,8	90,7	98,3	128,8	112,3
ITALIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Istituto G. Tagliacarne

In generale, sul territorio nazionale frequenza, volumi e trend dei diversi generi delittuosi si distribuiscono in maniera differenziata, facendo emergere una “specializzazione” geografica e social-economica delle attività criminose lungo la penisola o comunque evidenziando livelli di vulnerabilità diversi. Nel nostro caso, nella realtà laziale esaminata è possibile rilevare la presenza di una criminalità camorristica pronunciata. Tuttavia, come osservato in precedenza, su 106 città prese in considerazione secondo la speciale classifica del Sole 24 Ore, la città di Frosinone è una delle città più sicure d’Italia. Rapportando il numero dei reati denunciati con la popolazione residente, su 106 città, infatti, Frosinone si è piazzata al 97esimo posto, con un numero di delitti ogni 100mila abitanti

pari a 2.791, come già menzionato. Una cifra di molto al di sotto della media nazionale, attestatasi per il 2013 sui 4699 reati ogni 100mila abitanti. La provincia, infatti, ha fatto registrare un meno 2,08% di reati, in controtendenza (assieme a Latina che ha visto diminuire il numero del 2,21%) rispetto ad altre province laziali: Viterbo ha chiuso la classifica con un molto poco invidiabile 2,81%. Peggio hanno fatto Rieti con un +3,37% e Roma, +3,74%. Le città più pericolose d'Italia, sono risultate essere, invece, Milano, Rimini e Bologna (L'inchiesta, 17 settembre 2014). Ciò trova conferma nello schema sottostante, secondo il rapporto *ICityRate2015* pubblicato da FPA s.r.l., in quanto a *legality* la provincia occupa una posizione intermedia: 68° su 106 aree oggetto dell'analisi. Focalizzando l'attenzione su alcuni dati significativi per la nostra causa, è interessante notare come la provincia si trovi in 84° posizione su 106 per Percentuale di amministratori minacciati sul totale dell'anno, 43° su 106 in relazione alla Percentuale di giornalisti minacciati sul totale dell'anno e 77° su 106 per numero di comuni sciolti per mafia dal 1991 ad oggi. Maggiormente virtuosa si dimostra, inoltre, riguardo gli indici attinenti il livello di criminalità in città, la provincia si trova infatti in 15° posizione su 106 aree prese in esame. In tema di appalti, confortante è il dato relativo alla percentuale di bandi con criterio di assegnazione “massimo ribasso” per cui la provincia occupa la 13° posizione su 106.

Immagine n. 5.16 – Indici de livello di legalità nella provincia di Frosinone.

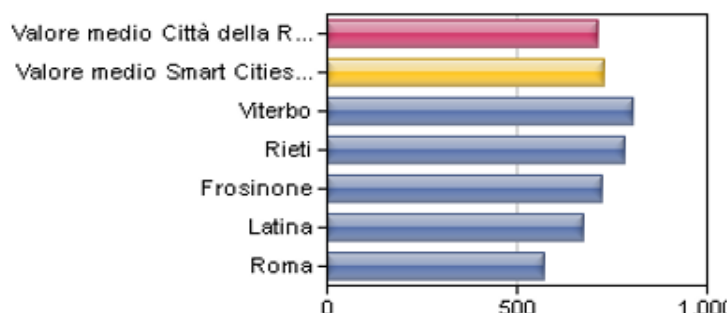
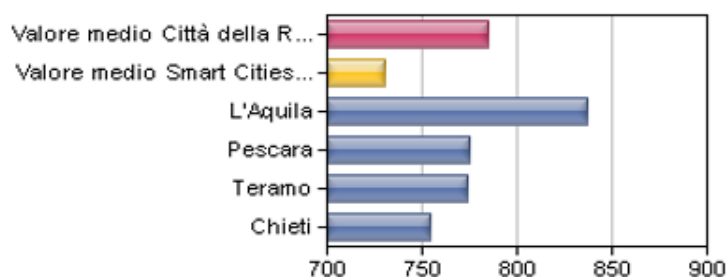


Fonte: FPA s.r.l., Rapporto *ICityRate2015*.

Infine, in un'ottica generalizzata, è possibile notare come sempre in termini di *legality* la percentuale ad essa riferita sia largamente più estesa per la provincia di Frosinone rispetto alle attigue Latina e Roma.

Immagine n. 5.17 – Valori percentuali di legalità nella province laziali.

LEGALITY



Fonte: FPA s.r.l., Rapporto ICityRate2015.

Tali dati permettono di osservare quali territori siano più vulnerabili ed appetibili per la criminalità organizzata ed esaminare quali siano le principali direttrici a livello nazionale e regionale della criminalità organizzata in un'ottica di confronto dinamico, territoriale e spaziale. La presente ASL si impegna ad individuare le principali criticità del territorio provinciale che impediscono uno sviluppo economico ed assistenziale dello stesso in termini di competitività e attrattività.

5. 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.

6. 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.

7.1 Definizione della corruzione nella legge 190/2012

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Direzione Generale:

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

b. Il responsabile della prevenzione della corruzione:

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

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

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

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

1. Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
2. Partecipano al processo di gestione del rischio;
3. Propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
4. Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
5. Adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001);
6. Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

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

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

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

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

g. Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

1. Partecipano al processo di gestione del rischio (Allegato 1, par. B.1.2.);
2. Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

3. Segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54^{bis} del d.lgs. n. 165 del 2001); segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento);

h. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

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

7.3 Campo di applicazione dell'analisi del rischio e dell'intervento di prevenzione

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

I procedimenti corrispondenti alle aree di rischio indicate sono:

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

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

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

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

7.4 Individuazione degli attori interni che hanno partecipato all'assessment del rischio e alla predisposizione del Piano

Il Piano Nazionale Anticorruzione predisposto da Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato in data 24 ottobre 2013 Delibera 72/2013 dell'ANAC individua e definisce l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione ai fini di una corretta gestione del rischio corruttivo facendo esplicito riferimento, nell'allegato 6 del PNA, ai "Principi e linee guida UNI ISO 31000-2010". L'intero processo di gestione del rischio viene declinato nelle sue fasi specifiche evidenziando la necessità di coinvolgere i dirigenti per le aree di rispettiva competenza al fine di individuare i processi all'interno dei quali deve essere sviluppata la valutazione del rischio; il PNA, inoltre, sottolinea l'opportunità di creare una *task force* multidisciplinare in grado di coordinare le attività di analisi e sistematizzarne i risultati.

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

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

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

7.5 Individuazione degli attori esterni che hanno partecipato alla predisposizione del Piano

La tempistica di realizzazione del PTPC, le difficoltà organizzative legate all'individuazione degli attori interni e successivamente alla concretizzazione della mappatura dei processi, non ha consentito di raggiungere in modo efficace gli *stakeholders* presenti sul territorio. Anche in questo caso il limite derivato dall'obbligo di procedere alla predisposizione del PTPC con personale comunque non esclusivamente dedicato ha determinato alcune carenze. In occasione delle precedenti stesure, le Associazioni di cittadini sono state invitate, tramite comunicato presente sul sito aziendale, a presentare proposte di collaborazione che saranno parte integrante della programmazione del Responsabile della Prevenzione della corruzione della ASL Frosinone.

7. LA MAPPATURA DEI PROCESSI

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

Alle aree di rischio indicate dall'art. 1 comma 16 della L. 190/12; i processi valutati sono relativi alle stesse aree come da allegato 2 del PNA. Le aree a rischio considerate specifiche dell'attività sanitaria sono state declinate in processi ulteriori. L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", ha, inoltre, introdotto indicazioni specifiche da applicarsi in ambito sanitario ai fini di una corretta e più accurata prevenzione della corruzione. Nel corso del 2016 sono state aggiornate le mappature dei processi relativi a:

7.1 Individuazione di processi relativi all'attività specifica dell'amministrazione

Si è proceduto ad integrare la mappatura individuando ulteriori e specifici processi dell'attività dell'amministrazione e ad aggiornare la stessa come indicato nel PNA, in particolare in riferimento all'area "Acquisizione e progressione del personale" e nelle aree "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario" e "Affidamento di lavori, servizi e forniture". In aggiunta è stata eseguita *ex novo* la mappatura della UOC Ospedaliera Ginecologia, in precedenza mancante.

7.2 Metodologia di raccolta dati

Nel corso del 2016 si è proceduto all'aggiornamento delle schede di valutazione contenenti i processi ritenuti maggiormente a rischio. L'analisi di questi ultimi è stata svolta tenendo in stretta considerazione i processi analizzati nella precedente versione del Piano ed arricchendolo con un'ulteriore analisi dettata dalle specifiche suggerite dalla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 emanata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale analisi ha interessato i Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali in cui insistono i processi individuati attraverso una modalità di formazione-intervento. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso un'intervista condotta dal Referente incaricato utilizzando il questionario contenuto nell'allegato 5 del PNA. E' stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare le attività connesse ai processi e le unità operative interessate e la relativa valutazione dell'indice di rischio del processo; l'indice di rischio è calcolato secondo la stima della probabilità e dell'impatto con coefficiente finale dato dalla moltiplicazione dei due dati parziali. Ogni tabella per la valutazione dei processi è a firma del Referente e del Responsabile dell'Unità Operativa/Dipartimento/Struttura. I suddetti indici di rischio sono stati riportati in una tabella suddivisa in tre aree di rischio: alta-media-bassa.

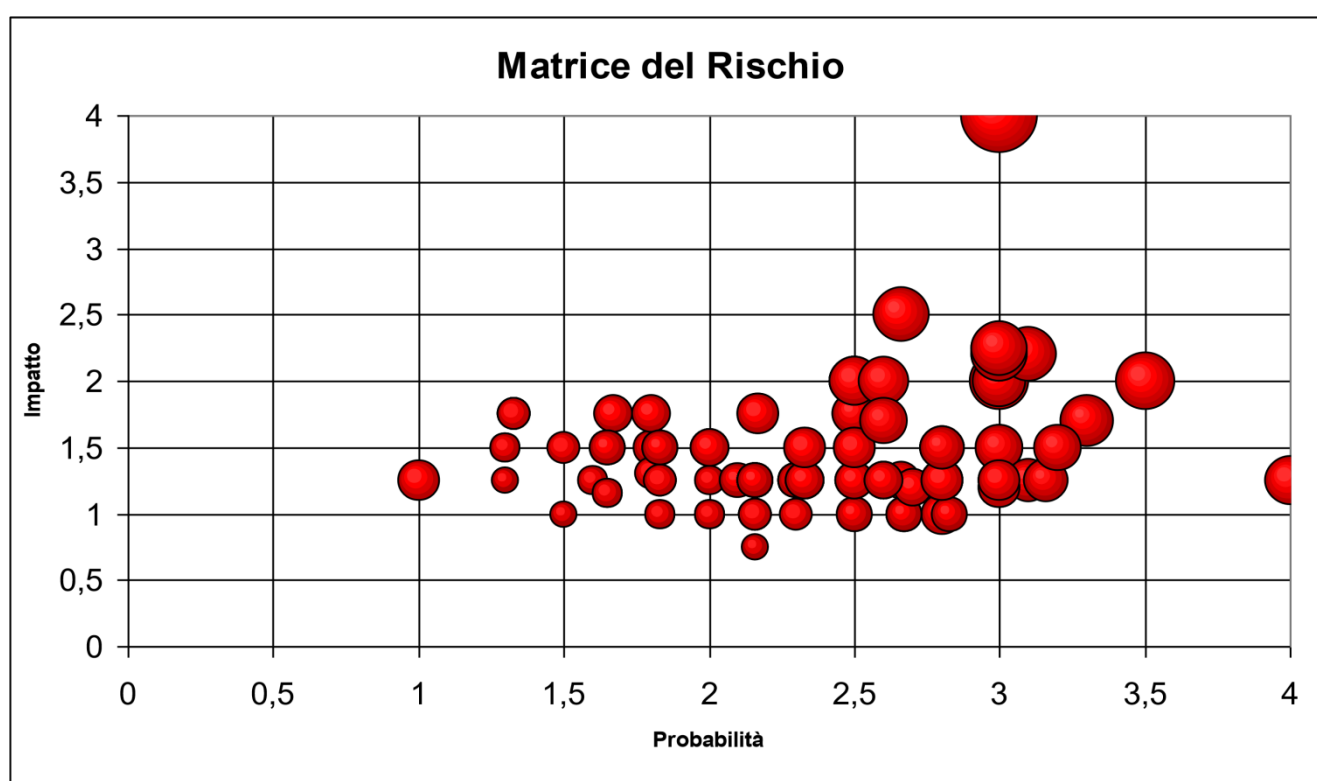
Per la valutazione del rischio specifico è stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare attraverso quali modalità possono più verosimilmente verificarsi episodi corruttivi, l'eventuale esistenza di regolamenti o procedure interne già attive ed efficaci nel prevenire tali episodi, la valutazione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

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

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

7.3 Matrice dei processi

La Matrice dei processi identificati ed analizzati è stata costruita utilizzando i valori massimi registrati e relativi alla frequenza dell'impatto (asse y) e della probabilità (asse x). La distribuzione evidenzia una maggiore frequenza di processi con elevata probabilità che si verifichi un evento corruttivo rispetto all'impatto che risulta avere valori assoluti inferiori: tale dato può derivare da una maggiore presenza di processi secondari analizzati rispetto ai processi primari e specifici dell'Azienda Sanitaria. Si nota una sostanziale omogeneità nella valutazione dei processi, probabilmente conseguente alla fase sperimentale del lavoro ed alla prevalenza dell'elemento soggettivo nell'attribuzione del valore numerico. La successiva fase di ponderazione del rischio in relazione ai processi analizzati, ha consentito di individuare le priorità e le urgenze del trattamento attraverso l'applicazione delle misure obbligatorie, previste dalla normativa ed indicate nel PNA.



*7.4 Tabelle riassuntive della mappatura dei processi nell'Azienda Sanitaria Locale
Frosinone*

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

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

AREA: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL
DESTINATARIO

PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

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

AREA: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Provveditorato Econmato	1 Struttura Complessa	10 Processi ^{1*}
Patrimonio Tecnico Immobiliare	1 Struttura Complessa	10 Processi*
Distretti	2 Strutture Complesse	11 processi
Dipartimento Misto dei Servizi	2 Strutture Complesse	5 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 processo

AREA: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	Numero Strutture Comp./Semp. Interessate al Processo	N. Processi Analizzati
Risorse Umane	1 Struttura Complessa	9 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 Processo
Dipartimento Misto dei Servizi	1 Struttura Complessa	1 Processi

Le risultanze ottenute rappresentano un aggiornamento rispetto a quelle ottenute nel corso del 2014/15 in modo che possano continuare a costituire il necessario riferimento per le attività di prevenzione della corruzione. Come previsto il presente elaborato contribuisce all'aggiornamento periodico della valutazione del rischio.

7.5 La ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio è stata effettuata attraverso il confronto dei dati ottenuti dall'analisi ottenendo una classificazione del livello di rischio.

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

La necessaria classificazione delle priorità di trattamento ha identificato tre aree di intervento: basso-medio-alto in corrispondenza dei range: 1,50-2,50; 2,50-3,50; > 3,50. Tutti i processi e le

¹ *Tale numero di processi è relativo all'aggiornamento operato nel corso del 2016.

relative partiture aziendali che hanno registrato un punteggio superiore a 3,50 sono soggetti ad applicazione delle misure obbligatorie previste dal PNA.

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

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

-Rotazione del personale (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 10);

-Disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 11);

-Adempimenti relativi al D.Lgs n. 39 del 08\04\2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico" (STATO DI ATTUAZIONE: è già operativa una procedura standardizzata e concordata con gli uffici interessati finalizzata a stabilizzare la verifica sulla inconfiribilità e incompatibilità, ai sensi del suddetto d.lgs. 39, dei Dirigenti interessati;

-Codice di Comportamento (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 12);

-Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 12);

-Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 13);

-Adempimenti relativi al D.Lgs n. 33 del 14\03\2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni" (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 14);

-Disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 15);

-Incompatibilità per specifiche posizioni dirigenziali (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 16);

-Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage; revolving doors*); (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 17);

-Disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (STATO

DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 18);

-Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione (STATO DI ATTUAZIONE: vedasi oltre al capitolo 19).

9. ROTAZIONE DEL PERSONALE

La Legge 190/2012 prevede, all'art. 1 comma 10 lettera b, che il Responsabile della Prevenzione della corruzione “*verifichi d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione*”: trattasi di misura che nel campo dell'assistenza sanitaria va attuata con particolare ponderazione. Numerose sono le motivazioni alla base di tale riflessione. Se da una parte è condivisibile quanto affermato nella Delibera n. 831/2016 del 3 Agosto 2016 a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione: “il ricorso alla rotazione può concorrere a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio. La rotazione va vista, quindi, prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale”, dall'altra, in Sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ad esempio, il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche. Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata- può provocare danni consistenti.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura si procederà ad individuare preliminarmente le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili. Di particolare rilievo, inoltre, è la rotazione degli ispettori del Dipartimento di Prevenzione, già operata con successo presso questa ASL.

Ove non sia possibile procedere con l'applicazione di tale misura, quindi nei casi di competenze infungibili, verrà attivata una soluzione alternativa rappresentata dalla cosiddetta “segregazione di funzioni”. Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti). L'applicazione di tale principio risulta particolarmente efficace per incoraggiare il controllo reciproco. Scarsamente attuabile appare, invece, la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, a causa della scarsità di personale disponibile che lascerebbe parzialmente scoperte le relative aree di competenza. Si provvederà, in ogni caso, a definire sistemi di monitoraggio strutturati ed espliciti per evitare il verificarsi del rischio di condizionamenti e/o comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il collegamento con il sistema di valutazione della performance, attraverso l'indicazione di obiettivi volti anche allo sviluppo di competenze trasversali.

Tuttavia, bisogna tenere presente che nel Servizio Sanitario Nazionale i Dirigenti sono assunti ed inquadrati per disciplina specifica per cui non sono intercambiabili (fungibili), ad esempio, Dirigenti Cardiologi con Dirigenti Ginecologi.

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

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

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

- La rotazione deve avvenire solo al termine dell'incarico; la rotazione non si applica per le figure infungibili (sono dichiarati infungibili i profili professionali nei quali è previsto il possesso di specializzazione e/o che, su verifica specifica, non trovano professionalità idonee in A.S.L.);
- Il Responsabile della Prevenzione della corruzione pertanto individua le aree i cui dipendenti non possono essere soggetti a rotazione in relazione alla specificità delle competenze e alla tutela dell'efficacia dell'azione amministrativa/assistenziale e propone alla Direzione Generale l'adozione di misure ulteriori (AUDIT) già previste nel precedente PTPC e deliberate in data 11/10/2013 n. 956DG.

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

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

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

e) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal direttore generale.

f) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

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

A titolo esemplificativo, tra le modalità organizzative si individuano:

- La rotazione del personale tra servizi e uffici diversi nel medesimo ambito distrettuale o fra ambiti territoriali diversi; l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie di tecnici della prevenzione o altri operatori, con rotazione degli abbinamenti delle coppie e dei territori; l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei procedimenti agli operatori, con rotazione delle tipologie di pratica;
- Composizione delle commissioni con criteri di rotazione casuale;
- Altre misure applicabili potranno essere, sempre a titolo esemplificativo:
- L'applicazione di doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo o della proposta conclusiva dell'istruttoria, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale; la separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni operative; la sottoscrizione anche da parte dell'utente destinatario dei verbali relativi ai sopralluoghi; separazione delle funzioni ispettive dalle funzioni autorizzative; audit incrociati sulle attività svolte; va comunque sottolineato il fatto che nel corso del 2015 sono state operate 3 rotazioni di dirigenti del ruolo amministrativo (su un totale di sette) trattandosi di incarichi fungibili.

Riguardo alle Commissioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile la problematica si è semplificata ex se in quanto la competenza è nel frattempo passata all'INPS per cui viene meno la necessità della rotazione. Riguardo alla Commissione Medica Provinciale per le patenti di guida va specificato che è imminente la costituzione di una seconda Commissione che andrà a diversificare le competenze con un criterio geografico.

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

La norma in particolare prevede:

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

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

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

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

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

Pertanto si procederà come segue:

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

-La specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso siano titolari di posizioni organizzative); in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento; la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

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

-In termini operativi la verifica da parte dell'Azienda sulla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti, cui l'amministrazione intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze: all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso; all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013; all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentino le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001; all'entrata in vigore dei citati art. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

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

11. CONFLITTO DI INTERESSE E CODICE DI COMPORTAMENTO

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

La copia di tutti i provvedimenti dirigenziali nei confronti dei collaboratori che si trovino in situazioni di conflitto di interessi deve essere trasmessa sia al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che alla UOC Amministrazione e Gestione del Personale. Quest'ultima ne curerà la tenuta e l'archiviazione.

In seguito all'emanazione della "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" (20 settembre 2016) da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, verrà predisposta una procedura atta ad integrare sia il Codice di Comportamento che il Codice Etico per garantire un'armonizzazione tra i due in un unico documento comprensivo di tutte le norme etiche e di comportamento in genere contenute nei due distinti codici. Quest'ultimo servirà a coordinare le ipotesi di violazione di disposizioni in esso contenute con le previsioni di legge e contrattuali in materia di sanzioni disciplinari nonché spingerà all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché a quelli di centralità della persona, umanizzazione delle cure, , accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

I destinatari del Codice sono tenuti ad evitare situazioni di Conflitto di Interessi in tutte le sue forme e/o modalità. In particolare sono tenuti ad evitare conflitti di interesse tra le attività di carattere personale e/o familiare e quelle svolte a carico della suddetta Azienda.

Qualsiasi eventuale conflitto di interessi deve essere rivelato per iscritto e gestito in accordo con il proprio Responsabile o con gli uffici preposti secondo quanto riportato nel codice.

Fin d'ora si recepisce la definizione più accreditata di conflitto di interesse reperibile in letteratura:

“Il conflitto di interessi è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l'interesse primario di un'altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità”.

A tal proposito sarà organizzato nel corso del 2017 un apposito corso con destinatari il RPC, i referenti anticorruzione ed i dirigenti delle partiture a maggior rischio.

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

Questa ASL ha adottato la Deliberazione n. 120 del 23/02/2011 e la Disposizione n° 8639 del 14/05/2014 che delineano, tra l'altro, la disciplina delle autorizzazioni relative agli incarichi extraistituzionali del personale dipendente in base alle quali il dipendente deve autocertificare di non avere conflitto d'interessi tra i compiti extraistituzionali affidati e la propria situazione personale e di servizio. I responsabili di servizio sono, comunque, tenuti a verificare e ad attestare, per quanto di propria competenza, l'insussistenza del conflitto di interessi e l'assenza di eventuali altre situazioni d'incompatibilità.

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

Su proposta del Responsabile per la Trasparenza la Direzione Generale dell'ASL di Frosinone ha adottato il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità Delibera n. 767 del 13 agosto 2013. Tale Piano Triennale è in corso di revisione ed implementazione ed è pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda alla voce Amministrazione trasparente. Gli adempimenti ivi previsti che si rivelano sinergici col presente piano sono in particolare quelli riguardanti i contratti, i lavori pubblici, i pagamenti e la gestione del personale.

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

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

- a) Le particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- b) Le situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- c) Le ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

In tale ottica la ASL Frosinone verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il Direttore Generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal predetto D.Lgs. L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000.

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

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

Come forma di prevenzione si osserverà la seguente procedura:

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

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

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

15. INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE POSIZIONI DIRIGENZIALI

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

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

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

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

In termini operativi si procederà come segue:

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

b) I soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e durante l'espletamento dello stesso, annualmente. Copia di tale dichiarazione va trasmessa al Responsabile della prevenzione. La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la normativa ha considerato incompatibili tra di loro.

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

Per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, introducendo un nuovo comma all'art.53 del D.Lgs N° 165/2001, la Legge. N° 190 ha previsto una limitazione

della libertà negoziale del dipendente, al fine di eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. A tal fine la ASL di Frosinone procederà come segue:

- Nei contratti di assunzione del personale deve essere riportata la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.
- Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, deve essere riportata la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; inoltre, deve essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- In relazione a quanto sopra, verrà inserito un modulo apposito (come da Allegato) in cui il soggetto interessato dichiara di non avere come collaboratore (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) personale che nel triennio precedente abbia svolto attività lavorative presso la scrivente Azienda con poteri autoritativi o negoziali. Il sottoscrittore dovrà dimostrare di aver preso visione firmando e consegnando tale documento a mezzo di autodichiarazione. I documenti di cui sopra vanno resi noti anche al personale attualmente in servizio.

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

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

La disposizione pone tre norme:

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

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

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

19.1 Obiettivi

L'azione formativa, come misura di prevenzione della corruzione, deve essere finalizzata a diffondere i valori connessi all'etica e alla legalità favorendone la maggiore condivisione possibile. Attraverso la formazione si mira a raggiungere una piena consapevolezza della necessità di costruire un contesto sfavorevole al fenomeno corruttivo e, più in generale, ai comportamenti illeciti: i contenuti del piano formativo dovranno dimostrare in maniera concreta la ricaduta positiva di una efficace prevenzione dell'evento illecito in termini di immagine, di qualità del servizio all'utenza e in termini economici.

19.2 Formazione di livello generale

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

Questa fase formativa è stata attivata nel secondo semestre 2015.

19.3 Formazione di livello specifico

Destinatari

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

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

Dirigenti e funzionari responsabili e addetti alle aree di rischio (acquisizione delle competenze necessarie per la gestione del rischio di corruzione: progettazione, attuazione, gestione e valutazione; sviluppo delle competenze professionali necessarie per l'attuazione delle strategie per l'anticorruzione) – già effettuata nel primo semestre 2015

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

19. PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

L'Azienda USL di Frosinone, come stazione appaltante, predisporrà ed utilizzerà protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, sarà inserita negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Il modulo relativo al Patto di Integrità da osservare presso la nostra azienda è disponibile in Allegato al presente Piano.

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

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

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

Seguendo il modello di organizzazione, gestione e controllo introdotto dalla Legge 231/2001 e adottato dalle amministrazioni pubbliche, si definisce il termine entro il quale le articolazioni aziendali, ad esclusione di quelle che lo hanno già fatto, dovranno dotarsi di procedure organizzative e protocolli operativi da disseminare nei quattro Distretti sanitari della ASL

Frosinone: l'uniformità degli stessi in tutti i servizi aziendali è da considerarsi la prima misura di prevenzione dell'evento corruttivo.

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

Analogamente si procederà per il personale del comparto.

21. ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE PER SINGOLE AREE DI RISCHIO

22.1 Contratti pubblici

Attualmente vengono attivati con procedura aperta sul MEPA per gli importi sotto soglia e con bando europeo per importi sopra soglia. Il responsabile del procedimento non fa parte della

relativa commissione di gara con importo sopra soglia. I componenti delle predette commissioni sono sottoposti a rotazione e rilasciano una dichiarazione sull'assenza di incompatibilità. Le gare di importo superiore a 20.000 euro vengono trasmesse alla Regione Lazio per l'approvazione preventiva. Le possibili criticità derivano soprattutto dalla complessità del Servizio Sanitario che comporta l'acquisizione di beni e servizi in rapidissima evoluzione tecnologica su indicazioni provenienti da soggetti iperspecializzati (clinici, epidemiologi, farmacisti, ecc.) che saranno molto spesso gli utilizzatori.

Nasce pertanto la necessità di evitare che tali fattori predispongano al rischio di corruzione, per cui è necessario affrontare l'intero ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza.

Di particolare rilievo assume l'acquisizione dei c.d. beni infungibili che può determinare la necessità di ricorrere o meno a procedure di acquisizione in deroga. In tale ambito appare determinante la valutazione di merito riguardo alla fungibilità/infungibilità. Per tale motivo è già operativa nell'ASL Frosinone una apposita Commissione deputata a tale scopo composta da Direttore Sanitario, Dirigente Farmacista, due Dirigenti afferenti alla Specialità afferente al contratto di che trattasi (uno proponente, l'altro, appartenente ad altra Struttura, valutatore). Tale procedura mira alla razionalizzazione degli acquisti e a diminuire drasticamente i rischi di distorsione degli approvvigionamenti.

Sarà quindi possibile procedere al monitoraggio di tale rischio tramite debiti informativi specifici riguardanti:

- Numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti (quantità; valore) numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- Numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Riguardo all'affidamento di lavori è stato indetto un avviso pubblico (Deliberazione n 888 del 24/10/2011) per la formazione dell'elenco degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ex art. 122 comma 7 e 125 comma 8 del D.L.gs 163/2006 per l'esecuzione dei lavori pubblici di importo inferiore a 1.000.000 di euro. Il suddetto elenco viene aggiornato con cadenza annuale. L'ultimo aggiornamento risale al 31/08/2015. L'individuazione degli operatori economici avviene nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità, trasparenza, concorrenza e rotazione.

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.

22.2 Incarichi e nomine

La richiesta di avvio di una procedura concorsuale avviene in coerenza con l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e viene sottoposta preventivamente all'approvazione regionale.

La selezione dei membri della commissione giudicatrice è effettuata con criteri previsti *ope legis* ed è previsto il rilascio della dichiarazione di assenza di incompatibilità/conflitto di interessi.

Nei casi di nomine interne (ad es. art. 18) non è prevista l'approvazione regionale ma vengono comunque applicati i criteri valutativi di legge, riportati nei relativi bandi.

Nei limiti delle discipline di appartenenza e delle norme concorsuali i membri delle commissioni dovranno seguire i criteri della rotazione.

Il Direttore della UOC Amministrazione e Gestione del Personale comunicherà semestralmente al RPC il numero di commissioni a cui ha partecipato ciascun dirigente.

In seguito alla Delibera n. 831/2016 del 3 Agosto 2016 a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, nella quale è stata introdotta l'applicazione della stessa procedura adottata per le Strutture Complesse anche per le Strutture Semplici (Sezione *Nomine*, paragrafo 1.2), la presente Azienda potrà aggiornare l'Atto Aziendale prevedendo la costituzione di una Commissione valutatrice composta da 3 membri di cui almeno uno esterno al Dipartimento interessato.

Riguardo alla discrezionalità dei Direttori di Dipartimento si rileva che è stata sensibilmente ridotta grazie alla istituzione di una misura preventiva ulteriore derivante dall'approvazione dell'apposito regolamento aziendale che prevede una riunione periodica, almeno mensile, dei singoli Comitati di Dipartimento per l'esame delle attività previste dall'Atto aziendale.

22.3 Incarichi a soggetti esterni

Tali incarichi riguardano essenzialmente professionisti per affidamento di servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, compresi i collaudi per importi inferiori a 100.000 euro e avvocati per la trattazione di vertenze di interesse aziendale. In entrambi i casi è stata predisposto un elenco di professionisti da incaricare di volta in volta (Deliberazione n 1100 dell'08/08/2014 per gli avvocati e Deliberazione n 927 del 28/08/2015 per ingegneri/architetti). Con cadenza semestrale i Dirigenti delle Partiture interessate (Patrimonio Tecnico Immobiliare e Affari Legali) comunicheranno al RPC il numero di incarichi conferiti a ciascun professionista.

22.4 Area gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Uno strumento fondamentale di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo contabile in sanità è rappresentato dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" che è in corso di attuazione nella ASL Frosinone in applicazione del DCA n 59 del 12/02/2015.

Anche la tempestività dei pagamenti è stata particolarmente curata con alcuni significativi miglioramenti anche in termini di trasparenza tant'è che sul sito web istituzionale viene pubblicato l'indice di tempestività. Poiché proprio la trasparenza in questo campo assume particolare rilievo per la prevenzione della corruzione nel corso del 2016 sul sito web andrà costantemente aggiornato tale indice nonché il percorso PAC con descrizione dell'avanzamento fase per fase.

Il Direttore della UOC Amministrazione Finanze e Contabilità analitica relazionerà semestralmente il RPC su tale adempimento.

22.5 Area farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie

Una possibile criticità può essere individuata nell'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. A tal proposito sono attive 4 Commissioni di appropriatezza prescrittiva distrettuali che hanno appunto il compito di verificare tra l'altro, abusi come quello sopra descritto. Per tale attività le Commissioni si avvarranno degli indicatori regionali previsti dal DCA n 480/2015 e del Datawarehouse messo a punto da LAIT.

Per consentire il monitoraggio le suddette Commissioni invieranno al RPC con cadenza semestrale un report indicante: 1) il n° casi esaminati/n° totale medici operanti nei singoli Distretti. 2) il numero di istruttorie attivate per inappropriatezza o anomalie prescrittive/n° casi esaminati.

22.6 Area attività libero-professionale e liste di attesa

Come già segnalato dal PNA 2015 “Fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.”

Le misure di prevenzione adottate nella ASL Frosinone consistono nella prenotazione tramite CUP delle prestazioni specialistiche in ALPI. E' altresì in corso di attivazione il servizio RECUP anche per l'attività intramoenia allargata (entro il 15/02/2016 tutti i medici in tale situazione dovranno aderire al sistema). Verrà monitorato il numero di medici aderenti rispetto a coloro che sono stati autorizzati con informativa semestrale da parte del Responsabile ALPI al RPC.

22.7 Rapporti contrattuali con privati accreditati

Le possibili criticità già ampiamente analizzate nel PNA vengono affrontate nel seguente modo: formazione di 3 apposite sottocommissioni deputate alla verifica dei requisiti per l'autorizzazione/accreditamento formate da specialisti del Dipartimento di Prevenzione e dirigenti di area clinica (ciascuno per le proprie competenze). La suddivisione degli ambiti di intervento è stata effettuata su base territoriale che, nel corso del 2017, sarà assoggettata a rotazione.

Riguardo ai contratti e all'appropriatezza delle cure esiste una struttura ad hoc denominata Qualità e Accreditamento in staff alla Direzione Generale. Sia i presidenti delle sottocommissioni di verifica che il Responsabile della S.S. Qualità e Accreditamento comunicheranno al RPC con cadenza semestrale le risultanze dei controlli.

22.8 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La gestione delle camere mortuarie, può condurre a distorsioni favorevoli al fenomeno corruttivo. Basti pensare alla comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri e così via. Una prima misura di prevenzione consisterà nel 2017 nel monitoraggio, da parte delle Direzioni Sanitarie, delle Ditte di pompe funebri relativamente alla eventuale abnormità di quote di mercato da parte di qualcuna di esse. Le risultanze di tale monitoraggio andranno comunicate semestralmente al RPC.

22. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

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

- Verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti ponendo attenzione a eventuali procedimenti per i quali si registra un ritardo ed ai motivi dello stesso; verificano la diffusione ed il rispetto delle regole contenute nel Codice di Comportamento e delle norme disciplinari; segnalano eventuali situazioni di potenziale rischio corruttivo al fine di implementare il catalogo dei rischi specifici.
- Verificano i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione

Il monitoraggio e valutazione effettuati dai Responsabili delle Partiture aziendali formano oggetto della relazione sullo stato di applicazione del PTPC da inviare al Responsabile della Prevenzione della corruzione entro il 30 novembre 2016.

Inoltre gli adempimenti previsti nel presente Piano saranno inseriti tra gli obiettivi dei dirigenti interessati e faranno parte del relativo processo valutativo realizzando così un coordinamento con la valutazione della performance.

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

Allegati al presente documento:

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

23. CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione	Proposta per l'adozione/ aggiornamento del Piano triennale della prevenzione della corruzione	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttore Generale	Adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale e trasmissione del Piano al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali	entro 30 gg. dalla sua adozione
Direttori di U.O.C.	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sulle procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive	entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica	entro il 30 novembre di ogni anno

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale	Secondo scadenza fissata dall'ANAC
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Direttori di U.O.C. ed il Direttore Generale	Rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti nei settori esposti alla corruzione, previa definizione e regolamentazione delle procedure di rotazione	A partire dalla messa in opera del nuovo atto di autonomia aziendale
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Direttori di U.O.C.	Regolamentazione misure ulteriori	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Completamento/revisione regolamentazione misure obbligatorie	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttori U.O.C.	Predisposizione procedure organizzative e protocolli operativi coerenti con il PTPC	Entro il 31/12/2017
Direttore UOC Provveditorato	Numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti (quantità; valore)	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore UOC Provveditorato	Numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Direttore UOC Provveditorato	Numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Presidente Commissione per l'acquisto di beni infungibili	Numero di autorizzazioni per beni infungibili/numero richieste	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore UOC Amministrazione e Gestione del Personale	Numero di commissioni a cui ha partecipato ciascun dirigente.	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore UOC Affari Generali, contratti e supporto all'attività legale	Numero di incarichi conferiti a ciascun professionista	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Responsabile UOC Patrimonio Tecnico Immobiliare	Numero di incarichi conferiti a ciascun professionista	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore della UOC Amministrazione Finanze e Contabilità analitica	Aggiornamento dell'avanzamento fase per fase del PAC	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore della UOC Amministrazione Finanze e Contabilità analitica	Aggiornamento dell'indice di tempestività dei pagamenti	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Presidenti delle Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva	Il n° casi esaminati/n° totale medici operanti nei singoli Distretti	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Presidenti delle Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva	Numero di istruttorie attivate per inappropriatezza o anomalie prescrittive/n° casi esaminati.	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Responsabile ALPI	Numero di medici aderenti al RECUP rispetto a coloro che sono stati autorizzati all'intramoenia allargata	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Sottocommissioni deputate alla verifica dei requisiti per l'autorizzazione/accreditamento	Numero irregolarità emerse/numero controlli effettuati	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Responsabile UOSD Qualità e Accredimento	Numero irregolarità emerse/numero controlli effettuati	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttori sanitari di ospedale	Numero di servizi effettuati da ciascuna impresa funebre	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Direttore UOC Amministrazione e Gestione del Personale	N° dichiarazioni di assenza di incompatibilità/ n° di incarichi previsti dagli Art. 10-14-15 del presente Piano	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17
Ufficio Procedimenti Disciplinari	N° procedimenti per fatti corruttivi/n° totale procedimenti	Relazione Semestrale al RPC 31/05/17; 30/11/17

Frosinone, 28/01/2017