

Monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni

RELAZIONE OIV ANNO 2018

Ai sensi dell'art.14, comma 4, lettera a), D.Lgs. n. 150/09 l'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Sulla base delle suddette previsioni normative l'OIV della ASL di Viterbo ha redatto la presente relazione.

SISTEMA DI VALUTAZIONE E PERFORMANCE

1. Definizioni e Finalità

Il presente documento vuole rappresentare lo stato di attuazione del ciclo di gestione della performance compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati.

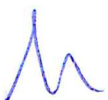
La performance generale attesa è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti, sia delle competenze professionali, tecniche e gestionali e della capacità di assumere responsabilità per risultati delle strutture (performance organizzativa); ciò si abbina con la performance individuale misurabile tramite la valorizzazione del merito all'interno dell'équipe di appartenenza. Il sistema consente l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa.

Il ciclo di gestione della performance si svolge con cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance; esso deve tradurre operativamente quanto previsto dalla legislazione regionale vigente con particolare riferimento alle norme in materia di programmazione finanziaria e di bilancio; si concretizza tecnicamente attraverso un sistema di coinvolgimento delle direzioni di struttura che caratterizza il classico processo budgetario.

La Relazione sulla Performance approfondisce gli elementi che incidono sulla perseguibilità dei risultati attraverso l'analisi condotta nel dettaglio degli indicatori di performance con particolare attenzione ai due prevalenti ambiti di performance, rappresentati dalla performance organizzativa ed individuale.

La **performance organizzativa** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda.



1 



La **performance individuale** è il contributo che ogni singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder.

La performance organizzativa e la performance individuale sono parte integrante del ciclo della performance, così come delineato nel Piano Triennale delle Performance approvato con deliberazione del Direttore Generale n.122 del 30/01/2018.

2. La Relazione sulla Performance

L'art 10 comma 1 lettera b) del D.Lgs 150/2009, individua nella Relazione sulla performance (RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La Relazione sulla performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto:

- è un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'OIV;
- è redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura (*performance organizzativa*);
- i criteri e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascun dipendente (*performance individuale*).

Nella stessa Relazione si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto) in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Le verifiche finali e la rendicontazione della performance sono basati su questi 3 elementi.

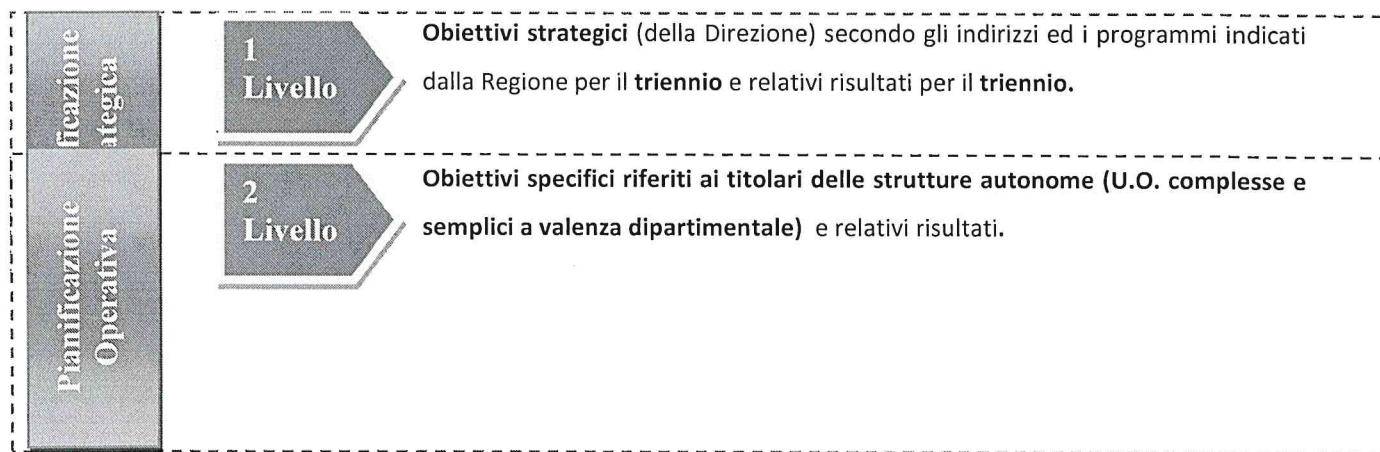
Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, la Relazione è redatta con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

Le caratteristiche dei risultati che traggono origine dalla pianificazione aziendale delle performance sono:

- a. la rilevanza e la pertinenza degli obiettivi adottati rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. la specificità e la misurabilità in termini concreti e chiari;
- c. la capacità di determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. l'individuazione di un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. i valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabilità con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

3. La Performance Organizzativa

L'anno 2018 ha visto la definizione delle logiche di programmazione sviluppate secondo le seguenti linee, ovvero sulla base della definizione di obiettivi, di indicatori di output/outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli ovvero:



Nella modalità di definizione degli obiettivi si è proceduto per livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione, in particolare con DCA n. U0052 del 22/2/2017 di approvazione

3

dei Programmi Operativi 2016-2018, con DCA n. 214 del 6/6/2017 e con gli obiettivi di Contratto assegnati ai Direttori Generali;

- 2° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (UO complesse e semplici con budget autonomo), dove vengono individuati obiettivi operativi “specifici”.

A livello delle strutture complesse o semplici dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è stato prioritario individuare un congruo numero di obiettivi, in larga parte sfidanti, tali cioè da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento.

Ogni obiettivo è *pesato percentualmente* così come i relativi indicatori.

3.1 Gli strumenti di programmazione Economico Finanziaria

L'anno 2018 è ancora caratterizzato dal vincolo economico del piano di rientro a cui la Regione Lazio è sottoposta. La programmazione per obiettivi è stata sviluppata in maniera coerente con il Documento Programmatico Regionale per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali per l'anno 2018. Tutti i centri ordinatori di spesa hanno negoziato il proprio budget di spesa con la Direzione Generale e tutti i CdR sono stati invitati a presentare la propria proposta di budget economico sulla base dei valori consuntivo 2017 e previsionale 2018.

3.1.1 La Pianificazione Annuale

Il processo di budget 2018 è stato illustrato nel corso della Conferenza dei Servizi che si è tenuta il 19 dicembre 2018. Gli obiettivi sono coerenti con gli indirizzi strategici individuati nel Piano Strategico Aziendale 2018-2020, presentato nel corso della Conferenza dei Servizi ed approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 893 del 28/5/2018. Con deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 30/01/2018 è stato approvato il Piano Triennale delle Performance 2018-2020. Gli ambiti individuati nell'albero delle performance, che di seguito si riportano:

- A *politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute*
- B *politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura*
- C *politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability*
- D *politiche per l'appropriata gestione delle risorse*
- E *politiche di efficientamento dei sistemi*





*ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017*

sono stati esposti per i singoli centri di negoziazione in modo da descrivere le peculiarità tipiche di ogni centro nei confronti di un ambito specifico. Una prima proposta di scheda di budget, articolata secondo gli ambiti sopra descritti è stata consegnata ai responsabili di CdR nel corso della Conferenza dei Servizi del 19/12/2018 invitandoli a presentare alla UOS Controllo di Gestione eventuali osservazioni, integrazioni e controproposte. Nel 2018 la negoziazione di budget si è articolata in due livelli: 1° livello (tra la Direzione Strategica ed i Direttori di Dipartimento) e 2° livello (tra Dipartimento e Unità Operative Complesse e/o Semplici Dipartimentali). Il Comitato di Budget, negli incontri del 10 e del 16 gennaio 2018 ha valutato le controsservazioni ed approvato le schede di budget 2018; le schede, validate con osservazioni dall'Organismo Indipendente di Valutazione con comunicazione del 18/01/2018, con la raccomandazione di ridurre il numero degli indicatori in esse contenuti, sono poi state poi oggetto di negoziazione, a partire da quelle relative ai Dipartimenti.

Le schede di budget 2018 sono poi state approvate con deliberazione del D.G. n 823 del 21 marzo 2018.

Nei mesi di settembre ed ottobre 2018 si è proceduto agli incontri tra la Direzione Strategica ed i Responsabili delle Unità Operative Complesse e/o Dipartimentali per il monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget relativo al periodo 1 gennaio/31 luglio 2018, per verificare l'andamento del budget assegnato, evidenziando le maggiori criticità rilevate e definendo ipotesi organizzative utili al miglioramento delle performance.

Gli incontri sono stati preceduti da una comunicazione trasmessa a tutti i Responsabili di Unità Operativa Complessa e/o Dipartimentale, allegando i dati riepilogativi delle attività e dei consumi e rappresentando lo stato dell'arte rilevato alla data del 31 luglio 2018.

Mensilmente sono stati trasmessi a tutte le Unità Operative Complesse e/o Semplici a valenza Dipartimentale i "cruscotti" contenenti i dati di attività.

3.1.2 Le Performance Organizzative per Centri di Responsabilità

Nell'allegato A sono riportate le sintesi dei risultati dei budget operativi dei diversi Centri di Responsabilità aziendali. Per ciascun CdR è riportato il valore puntuale di performance effettivamente conseguito.

3.2 Sintesi delle Performance di Unità Operativa

Sulla base delle risultanze del processo di istruttoria condotto dalla UOS Controllo di Gestione, della valutazione di I° istanza condotta dal Comitato di Budget aziendale e conclusa in data 25 luglio 2019 e della validazione dell'intero processo effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, si è arrivati a definire le performances organizzative dei singoli Centri di Responsabilità.

Tali performances organizzative hanno dovuto tener conto delle criticità emerse nella fase istruttoria nella misurazione di alcuni indicatori, sottoposte dagli Uffici del Controllo di gestione all'esame del Comitato di Budget negli incontri del 18 giugno, 5, 17 e 25 luglio 2019. Il Comitato di Budget ha indicato le soluzioni alle criticità riscontrate come rappresentato nella Relazione della Performance 2018 disponibile sul sito aziendale.

Relativamente agli indicatori che non è stato possibile misurare per l'impossibilità a rilevare il dato da parte dei Sistemi Informativi, il Comitato di Budget ha indicato la necessità di annullare l'obiettivo e di spalmare il relativo peso sugli altri indicatori della scheda di budget.

Relativamente all'indicatore "rispetto del budget negoziato", atteso che non è previsto alcun range di riferimento, il Comitato di Budget ha valutato una "soglia di tolleranza", al di sotto della quale lo scostamento non contribuisce a penalizzare la struttura (5.000 euro); inoltre il Comitato di Budget ha valutato le performance delle singole UUOO interessate allo scostamento dal valore atteso, attribuendo una percentuale di raggiungimento commisurata ai volumi di attività.

Nell'allegato A sono riportate le sintesi dei risultati dei budget operativi dei diversi Centri di responsabilità aziendali secondo i criteri sopra esposti.

Il processo di verifica dei risultati è parte integrante del Ciclo di gestione della Performance così come rappresentato nel Piano Triennale della Performance; è stato condotto in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e valutazione adottato dall'Azienda, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante.

4.Valutazione obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza

Così come previsto dall'art. 1, comma 8 bis, L. 190/2012, ad ogni di Centro di Responsabilità è stato assegnato un obiettivo connesso al Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. In particolare, si fa presente che all'obiettivo "adesione agli obiettivi e alle azioni previsti nel piano triennale della Prevenzione alla Corruzione e della Trasparenza (Delibera DG 124/2018)" è stato attribuito un peso pari al 5% della scheda di budget 2018. Il responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha valutato le Unità Operative, registrando complessivamente un risultato positivo, seppure con talune situazioni di criticità.

Di seguito si riporta il valore conseguito dai singoli centri di responsabilità:

UO	CENTRO DI RESPONSABILITA'	PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO
1	AFFARI GENERALI E RELAZIONI ESTERNE	48%
2	INGEGNERIA CLINICA, IMPIANTISTICA ED EDILE	89%





**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017

3	PIAN.NE E Progr.NE CONTROLLO DI GESTIONE BILANCIO E SISTEMI INFORMATIVI	98%
4	PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELL'OFFERTA ACCREDITATI	73%
5	E-PROCUREMENT	98%
6	FARMACIA AZIENDALE	98%
7	POL.CHE DI VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATICI	73%
8	POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	89%
9	DIREZIONE SANITARIA POLO OSPEDALIERO	68%
11	FORMAZIONE UNIVERSITARIA RICERCA ED ECM	79%
12	GOVERNO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	79%
14	ARTROSCOPIA GINOCCHIO	38%
16	CHIRURGIA GENERALE E MININVASIVA E WEEK SURGERY TARQUINIA	98%
17	CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY DI CIVITA CASTELLANA	98%
18	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	0%
19	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	98%
20	CHIRURGIA SENOLOGICA E CENTRO INTEGRATO DI SENOLOGIA	98%
21	CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA	0%
22	DAY E WEEK SURGERY POLO	38%
23	ENDOSCOPIA DIGESTIVA TARQUINIA	98%
24	NEUROCHIRURGIA	98%
25	OFTALMOLOGIA E RETE TERRITORIALE	98%
26	ORTOPEDIA CIVITA CASTELLANA	98%
27	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E CENTRO MICROCHIRURGIA DELLA MANO	38%
28	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA TARQUINIA	98%
29	OTORINOLARINGOIATRIA	98%
30	UROLOGIA POLO	38%
31	ANESTESIOLOGIA	98%
32	ANESTESIOLOGIA CENTRO PER TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE DISTRETTUALE	98%
33	ANESTESIOLOGIA CIVITA CASTELLANA	98%
34	ANESTESIOLOGIA TARQUINIA	98%
35	CARDIOLOGIA	0%
36	CARDIOLOGIA PER LO STUDIO FUNZIONALE DELL'ELETTROFISIOLOGIA	98%
37	NEUROLOGIA e UTN	98%
38	OSTETRICIA E GINECOLOGIA POLO	98%
39	PRONTO SOCCORSO CIVITA CASTELLANA	98%

*ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017*

40	PRONTO SOCCORSO e E MEDICINA D'URGENZA POLO OSPEDALIERO	38%
41	PRONTO SOCCORSO TARQUINIA	38%
42	RIANIMAZIONE	98%
43	UTIC POLO	38%
44	ANAGRAFE ZOOTECNICA	79%
45	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE AMIANTO	98%
46	COORDINAMENTO E PROGRAMMI DI VACCINAZIONE	98%
47	COORDINAMENTO SCREENING	98%
48	SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	98%
49	SERVIZIO VETERINARIO A SANITÀ ANIMALE E C IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	98%
50	SERVIZIO VETERINARIO B ISPEZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	98%
51	SIAN IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	98%
52	SPRESAL	98%
53	VACCINAZIONI PEDIATRICHE	98%
54	SALUTE MENTALE DISTRETTO A	98%
55	SALUTE MENTALE DISTRETTO B	98%
56	SALUTE MENTALE DISTRETTO C	98%
57	SPDC	86%
58	TSRMEE	98%
59	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	98%
60	CITOGENETICA E CITOLOGIA VAGINALE	98%
61	DIAGNOSTICA CLINICA DI URGENZA CIVITA CASTELLANA E BIOLOGIA MOLECOLARE VIT	98%
62	DIAGNOSTICA CLINICA DI URGENZA TARQUINIA	38%
63	DIAGNOSTICA CLINICA POLO	98%
64	DIAGNOSTICA E SCREENING SENOLOGICO	98%
65	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	98%
66	EMATOLOGIA	98%
67	FISICA SANITARIA	98%
68	MEDICINA NUCLEARE	98%
70	RADIOTERAPIA	38%
71	SIMNT	60%
72	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CIVITA CASTELLANA	98%
73	CENTRO DIABETOLOGICO UOSD ADULTI UOS PEDIATRICA	79%
74	CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE BPCO	19%

76	DERMATOLOGIA	79%
77	DIPENDENZE	98%
79	DISTRETTO A - GOVERNO DELLA DOMANDA E DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE	68%
80	DISTRETTO B - GOVERNO DELLA DOMANDA E DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE	98%
81	DISTRETTO C - GOVERNO DELLA DOMANDA E DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE	68%
82	CURE PRIMARIE	73%
83	MEDICINA LEGALE	73%
86	ANGIOLOGIA	98%
87	CENTRO AIDS	98%
88	GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE	68%
89	MALATTIE INFETTIVE	98%
90	MEDICINA GENERALE CIVITA CASTELLANA	98%
91	MEDICINA GENERALE E COORDINAMENTO CLINICO ACQUAPENDENTE	98%
92	MEDICINA GENERALE POLO	98%
93	MEDICINA GENERALE TARQUINIA	98%
94	MEDICINA PROTETTA	98%
95	NEFROLOGIA E DIALISI	98%
96	PEDIATRIA	68%
97	RIABILITAZIONE	98%
98	SERVIZIO CARDIOLOGIA CIVITA CASTELLANA	98%

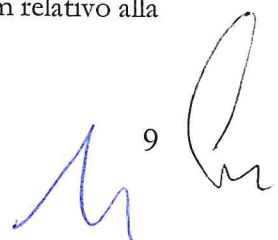
E' stato realizzato l'invio dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui al D.Lgs. n. 33/2013.

I criteri utilizzati per valutare la coerenza delle strutture al PPCT sono stati i seguenti:

- 1) partecipazione del direttore della UOC al corso di formazione obbligatoria realizzato nei mesi di marzo/aprile 2018;
- 2) sottoscrizione della dichiarazione pubblica di interessi;
- 3) trasmissione dati oggetto di pubblicazione obbligatoria;
- 4) monitoraggio intermedio e finale sul raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano Triennale

4.1. Orientamento all'utenza

Sono state valorizzate le azioni finalizzate all'orientamento all'utenza, vincolando i responsabili di CdR a migliorare le specifiche performance sia inserendo un apposito indicatore nella scheda di budget sia introducendo nella scheda di valutazione della dirigenza uno specifico item relativo alla valutazione della capacità di orientamento all'utenza.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017

Di seguito si riportano i risultati articolati per singolo CdR:

UOC/UOS	UO NOME	valore
UOC	Affari Generali e Relazioni Esterne	5
UOC	Ingegneria Clinica	5
UOC	Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio	5
UOC	Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati	4
UOC	E-Procurement	5
UOC	Farmacia Aziendale	4
UOC	Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare Impiantistico e Sviluppo dei sistemi informatici e della sicurezza	5
UOC	Politiche e Gestione delle Risorse Umane	4
UOC	Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero	4
UOSD	Formazione Universitaria Ricerca ed ECM	5
UOC	Governo delle Professioni sanitarie	5
UOSD	Artroscopia Ginocchio	5
UOSD	Chirurgia generale dell'Obesità	5
UOC	Chirurgia Generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	4
UOC	Chirurgia Generale e Week Surgery Civita Castellana	5
UOC	Chirurgia generale Oncologica	5
UOSD	Chirurgia Maxillo Facciale	4
UOC	Chirurgia Senologica e Centro Integrato di Senologia	5
UOC	Chirurgia Vascolare e d'Urgenza	5
UOSD	Day e Week Surgery Polo	5
UOSD	Endoscopia Digestiva Tarquinia	5
UOC	Neurochirurgia	5
UOSD	Oftalmologia e Rete Territoriale	5
UOSD	Ortopedia Civita Castellana	5
UOC	Ortopedia e Traumatologia e Centro Microchirurgia della mano	5
UOC	Ortopedia e Traumatologia Tarquinia	5
UOC	Otorinolaringoiatria	5
UOC	Urologia Polo	5
UOC	Anestesiologia	4
UOSD	Anestesiologia Centro per la Terapia del dolore	4
UOC	Anestesiologia Civita Castellana	3
UOC	Anestesiologia Tarquinia	4
UOC	Cardiologia	4
UOC	Cardiologia per lo studio funzionale dell'elettrofisiologia	3
UOC	Neurologia e UTN	4
UOC	Ostetricia e Ginecologia Polo	4
UOC	Pronto Soccorso Civita Castellana	3

*ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017*

UOC	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	3
UOC	Pronto Soccorso Tarquinia	3
UOC	Rianimazione	5
UOSD	Utic Polo	3
UOSD	Anagrafe Zootecnica	4
UOC	Centro Riferimento Regionale Amianto	5
UOSD	Coord.to Att.tà Vaccinali	4
UOSD	Coordinamento Screening	4
UOC	Servizio Igiene e sanità pubblica	4
UOC	Servizio Veterinario A Sanità Animale e C Igiene degli	4
UOC	Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale	5
UOSD	SIAN Igiene alimenti e Nutrizione	5
UOC	SPRESAL	5
UOSD	VACCINAZIONI PEDIATRICHE	4
UOC	Salute Mentale Distretto A	5
UOC	Salute Mentale Distretto B	5
UOC	Salute Mentale Distretto C	5
UOC	SPDC	3
UOC	TSRMEE	5
UOC	Anatomia e Istologia Patologica	5
UOSD	Citogenetica e Citologia Vaginale	5
UOSD	Diagnostica clinica di urgenza Civita Castellana e Biologia molecolare Hub	5
UOSD	Diagnostica clinica di urgenza Tarquinia	5
UOC	Diagnostica clinica Polo	5
UOSD	Diagnostica e Screening senologico	5
UOC	Diagnostica per Immagini	5
UOC	Diagnostica per Immagini Civita Castellana	5
UOC	Ematologia	5
UOSD	Fisica Sanitaria	5
UOC	Medicina Nucleare	5
UOC	Oncologia e Rete oncologica	5
UOC	Radioterapia	5
UOC	SIMNT	4
UOSD	Centro Diabetologico Adulti UOS Pediatrica	5
UOSD	Centro per il Trattamento delle BPCO	5
UOSD	Dermatologia	5
UOSD	Urologia	5
UOC	Dipendenze	5
UOSD	Disabile Adulto	5

11

**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017

UOC	Psicologia	5
UOC	Medicina Legale	5
UOC	Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto A	4
UOC	Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto B	5
UOC	Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto C	4
UOC	Governo dell'offerta e cure primarie	5
UOSD	Angiologia	5
UOC	Centro Aids	5
UOC	Gastroenterologia Endoscopia Digestiva Aziendale	5
UOC	Malattie Infettive	5
UOSD	Medicina Generale Civita Castellana	4
UOC	Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente	5
UOC	Medicina generale polo	5
UOSD	Medicina Generale Tarquinia	5
UOC	Medicina Protetta	5
UOC	Nefrologia e Dialisi	5
UOC	Pediatria	5
UOSD	Riabilitazione	5
UOSD	Servizio Cardiologia Civita Castellana	5

Atteso che la scala di valutazione è compresa tra 1 e 5 (dove 1 rappresenta un risultato inadeguato e 5 è pari all'eccellenza), si evidenzia un'ottima performance dei responsabili dei CdR.

In valore percentuale, non si riscontrano risultati inadeguati (1) o da migliorare (2), mentre si osserva che il 7,4% del totale si attesta su una valutazione adeguata (3), il 23,1% è più che adeguato (4) e il 69,5% rappresenta l'eccellenza.

5. La Performance Individuale

Nel 2018 le performance individuali sono state valutate sulla base di un punteggio attribuito dal responsabile della Unità Operativa ai singoli operatori in virtù del contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi di budget.

La metodologia applicata prevede, ad inizio del processo di budget, la contestualizzazione degli obiettivi e la condivisione degli items sui quali valutare l'apporto individuale. La scheda di valutazione è articolata in tre aree di valutazione: area del risultato, che attiene al contributo individuale offerto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di budget, area della qualità della prestazione lavorativa, che attiene ai comportamenti ed alla disponibilità individuale ed area delle capacità manageriali e relazionali individualmente dimostrate.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017

A partire dal 2018 è stata introdotta una modifica alla scheda di valutazione del personale della dirigenza (del.ne 1346 del 26/7/2018).

Per l'anno 2018 l'intero processo si è svolto nel rispetto dei passaggi delineati di seguito per ciascun centro di responsabilità.

ATTIVITA'		OBIETTIVO
Fase A	RIUNIONE CON L'EQUIPE	Illustrazione degli obiettivi negoziati tra la Direzione e le singole unità operative.
Fase B	PRESENTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	Presentazione della metodologia, dei criteri e degli items sui quali misurare l'apporto dei singoli operatori, del comparto e della dirigenza, illustrando la modulistica. La misurazione prevede un max di 100 punti, da suddividere tre aree e, a sua volta in diversi item (a seconda se trattasi di scheda del comparto o della dirigenza); prevede 5 livelli di valutazione compresi tra 1 e 5 (1 e 2 inferiore all'attesa; 3: in linea con l'attesa; 4 e 5: superiore all'attesa). Compilazione dei verbali di contestualizzazione del processo.
Fase C	COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI VALORIZZAZIONE INDIVIDUALE DA PARTE DEL RESPONSABILE DEL CDR	Il responsabile del CdR, sentito il coordinatore della UOC, laddove presente, esprime la propria valutazione in merito al contributo apportato dall'operatore.
Fase D	SOTTOSCRIZIONE DELLA SCHEDA DA PARTE DEL DIPENDENTE	Il responsabile di CdR, procede all'acquisizione della sottoscrizione della scheda da parte del dipendente valutato.

Di seguito si riporta la distribuzione dei dipendenti nelle diverse fasce di valutazione nell'anno 2018:

tot schede	n° schede non pervenute	n° dip impossibile valutazione	I fascia 0 - 59	II fascia 60 - 69	III fascia 70 - 79	IV fascia 80 - 89	V fascia 90 - 100	totale
2950	84	68	4	63	92	350	2289	2950
	% schede non pervenute	% dip. Impossibile valutazione	% I fascia	% II fascia 60 - 69	% III fascia 70 - 79	% IV fascia 80 - 89	% V fascia 90 - 100	% totale
	2.85	2.31	0.14	2.14	3.12	11.86	77.59	100.01

Codice TIPI DIPENDENTE	Codice RUOLO	n° DIPENDENTI	n° non valutate	0 59	60 69	70 79	80 89	90 100	Totale
CM	AM	333	18	13	12	2	33	255	333
	SA	1588	22	33	11	46	159	1317	1588
	TE	367	14	6	5	7	29	306	367
DM	SA	551	26	17	34	37	114	323	551
DN	AM	13	1	3	0	0	0	9	13
	PR	6	1	0	0	0	1	4	6
	SA	86	2	0	1	0	14	69	86
	TE	6	0	0	0	0	0	6	6

13

Totali	2950	84	72	63	92	350	2289	2950
--------	------	----	----	----	----	-----	------	------

Legenda

CM: comparto; AM: amministrativo; SA: sanitario; TE: tecnico;

DM: dirigenza medica;

DN: altra dirigenza; PR: dirigenza professionale;

TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

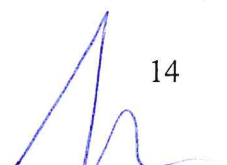
Contesto di riferimento

In data 18 gennaio 2019 la Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della corruzione, Dr.ssa Boninsegna ha prodotto la prevista *Relazione sullo Stato di attuazione del Programma triennale per la trasparenza e la Prevenzione della corruzione relativa all'anno 2018 ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. n. 33/2013* e dall'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 che ha lo scopo di fornire informazioni sullo stato di attuazione delle attività previste dal P.T.P.C.T. 2018 – 2020 per ottemperare a quanto stabilito dalla normativa vigente in materia.

P.T.P.C.T. 2018-2020

Il P.T.P.C.T. 2018-2020 è stato adottato con delibera del D.G. n. 124 del 30 gennaio 2018 e pubblicato sulla pagina web della ASL, sezione Amministrazione trasparente. Il documento, ha avuto lo scopo di definire le iniziative, le azioni, le modalità, gli strumenti ed i relativi responsabili con cui garantire l'applicazione del principio di trasparenza nel triennio 2018-2020, riguardanti la propria organizzazione e le proprie attività, nel rispetto a quanto stabilito dal D. Lgs. n. 33 del 2013, dal D.lgs n.97 del 2016 e dalle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione (A.N.A.C.)”.

Coerentemente a quanto previsto dall'art. 1 della L.190/2012, come modificato dall'art. 41, c.1, lett. G del d.lgs 97/2016 , la ASL di Viterbo ha individuato i seguenti obiettivi strategici per la promozione e la concretizzazione dei valori dell'integrità, della legalità e della trasparenza:



Obiettivi in materia di prevenzione della corruzione

Obiettivi in materia di trasparenza

PTPCT 2018 - 2020

Implementazione delle azioni di sensibilizzazione verso tutto il personale sui temi dell'anticorruzione, dell'etica e della legalità

Informatizzazione e semplificazione dei sistemi interni per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sulla Sezione "Amministrazione Trasparente"

Formazione del personale preposto agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Promozione della cultura della trasparenza verso l'interno dell'ASL e verso i cittadini e stakeholders

Promozione di maggiori livelli di trasparenza

Gli obiettivi in questione sono poi stati declinati in azioni operative, come a seguire rappresentato:

Obiettivi in materia di prevenzione della corruzione

Obiettivi in materia di trasparenza

PTPCT 2018 - 2020

1. AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO ALLE LINEE GUIDA A.N.A.C. IN MATERIA DI CODICE DI COMPORTAMENTO NEGLI ENTI DEL SSN (DETERMINAZIONE ANAC N. 358/2017)

1. INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE DI DATI, DOCUMENTI E INFORMAZIONI SULLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" DEL SITO WEB ISTITUZIONALE

2. IMPLEMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA INTERNA VOLTA A FAVORIRE LE SEGNALAZIONI DI ILLECITO DA PARTE DI DIPENDENTI, COLLABORATORI E FORNITORI DELL'ASL, ANCHE ALLA LUCE DELLE RECENTI NOVITA' NORMATIVE (WHISTLEBLOWING EX ART. 54-BIS, D.LGS. 165/2001)

2. DEFINIZIONE DI UN REGOLAMENTO UNICO IN MATERIA DI ACCESSO (ACCESSO DOCUMENTALE + ACCESSO CIVICO SEMPLICE + ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO) COME DA DET. ANAC 1309/2016

3. FORMAZIONE OBBLIGATORIA DI LIVELLO GENERALE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITA' ESTESA A TUTTO IL PERSONALE MEDIANTE FAD (E-LEARNING)

3. INDIVIDUAZIONE DI "DATI ULTERIORI" RISPETTO A QUELLI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS. 33/2013

4. FORMAZIONE DI LIVELLO SPECIFICO VERSO IL RPCT E I REFERENTI

4. FORMAZIONE MIRATA VERSO IL RPCT E I REFERENTI ADDETTI ALLA CURA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Gli obiettivi del PTPCT sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa della ASL e con il Piano della Performance, definita in via generale annualmente.



Al fine di massimizzare la piena condivisione delle strategie assunte dall'Azienda con la società civile, gli obiettivi **sono stati presentati agli stakeholder in occasione della Conferenza di Servizi tenutasi a dicembre 2017**, e hanno costituito uno dei principali punti di riferimento per la redazione del PTPCT.

Gli obiettivi individuati sono stati perseguiti attraverso le iniziative di seguito sintetizzate:

- 1) nomina del RPCT;
- 2) adozione dei PTPC e PTTI e relativi aggiornamenti, ora PTPCT;
- 3) nomina dei Referenti in materia di anticorruzione e trasparenza;
- 4) formazione obbligatoria, di livello specifico, del personale selezionato dal RPCT e training formativi dedicati per il RPCT;
- 5) monitoraggio del PTPC e delle relative misure di prevenzione;
- 6) Codice di comportamento aziendale;



- 7) Regolamento incarichi extraistituzionali;
- 8) misure per limitare la discrezionalità amministrativa relativamente ai vari processi/procedimenti aziendali, attraverso l'indirizzo del precedente RPC di adottare procedure interne efficaci a tal fine, e maggiormente stringenti rispetto ai parametri normativi;
- 9) misure volte a monitorare le situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi, attraverso il richiamo al disposto normativo (cfr., tra vari, art. 6-bis, della L. n. 241/90 e art. 6 del Codice di comportamento aziendale) e all'utilizzo della modulistica Agenas in tema di "Dichiarazione pubblica di interessi";
- 10) misure per selezionare adeguatamente personale destinato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- 11) adozione di un Patto d'Integrità / Protocollo di legalità a corredo della documentazione dei processi di affidamento;
- 12) richiamo al rispetto e al monitoraggio, ad opera dei dirigenti, dei termini procedurali previsti dalla L. n. 241/90 ovvero della diversa normativa applicabile;
- 13) vigilanza e monitoraggio in merito alle cause di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013, come declinate in ambito sanitario (Delibera A.N.AC. 149 del 22 dicembre 2014);
- 14) vigilanza e monitoraggio dei divieti in tema di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35-bis, D.Lgs. 165/2001);
- 15) vigilanza e monitoraggio dei divieti pantouflage/revolving doors ex art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001);
- 16) avvio del processo di ricognizione dei rapporti con i soggetti beneficiari di erogazioni o vantaggi economici da parte dell'ASL, al fine di verificarne lo stato e la presenza di rischi corruttivi;
- 17) proceduralizzazione delle segnalazioni whistleblowing (art. 54-bis, D.Lgs. 165/2001) e delle misure da assicurare all'autore della segnalazione, lato tutela della riservatezza dell'identità e tutela da misure ritorsive e/o discriminatorie;
- 18) azioni relative ai rapporti con il cittadino e gli *stakeholders*, anche attraverso l'utilizzo del sito istituzionale;
- 19) implementazione della Sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente";
- 20) misure specifiche per Aree aziendali, in particolare attuazione delle misure previste, per il comparto "Sanità", dalla Determinazione A.N.AC. n. 12 del 28 ottobre 2015 (PNA 2015) e dalla Delibera A.N.AC. n. 831 del 2 agosto 2016 (PNA 2016).



1. GESTIONE DEI RISCHI E RISULTANZE DELL'ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Il PTPCT 2018 – 2020, oltre ad un corpo descrittivo, contiene due documenti allegati e specificatamente:

- **Allegato 1 - “Gestione del rischio”:** nell’ambito di tale allegato sono riportati, per la totalità delle strutture della ASL, i rispettivi processi e correlate attività, i rischi facenti capo ai processi mappati, il rispettivo rating di rischiosità, espresso in termini di rischio “ALTO”, “MEDIO” e “BASSO” (sul significato da attribuire a tali rating, si veda il PTPCT 2015-2017) ed infine le misure di prevenzione trasversali a contrasto dei rischi medesimi;
- **Allegato 2 - “Misure specifiche per determinate aree di rischio”:** nell’ambito di tale allegato sono riportate le misure di prevenzione specifiche (in atto/da attuare), previste per determinate aree della Asl, come mutate dalla prassi di A.N.AC. (in particolare, cfr. Det. 12/2015 e Delibera n. 831/2016).

In entrambi gli allegati sono indicati i soggetti cui è possibile riferire le responsabilità delle attività facenti capo all’Area/UU.OO. considerate ovvero i soggetti cui occorre fare riferimento per l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione della singola Area/UU.OO.

1.1. Integrazione delle misure anticorruzione e gli ulteriori sistemi di controllo interno

Nel corso dell’annualità 2018 sono state implementate le azioni utili a rendere quanto più sinergico il rapporto tra RPCT, Internal Auditing e Commissione Ispettiva aziendale. In particolare, sono stati eseguiti, in attuazione di uno specifico Programma Annuale di Audit, controlli su determinati processi aziendali, oggetto di campionamento, a cura condivisa del RPCT e dell’Internal Auditing.

1.2. Controlli sulla gestione dei rischi di corruzione: completezza della mappatura dei processi, monitoraggio e stato di attuazione del PTPCT 2018 – 2020 e delle misure di prevenzione ivi previste

1.2.1. Mappatura dei processi: livello di completezza

L’attuale mappatura dei processi copre sostanzialmente la totalità delle Aree aziendali, anche di Area Medica. La mappatura è stata oggetto di monitoraggio, per i cui esiti si rinvia a quanto esposto nei successivi paragrafi.

1.2.2. Monitoraggio del PTPCT 2018 – 2020

Relativamente ai controlli sui rischi corruttivi delle singole UU.OO. e, dunque, all’attività di monitoraggio circa l’attuazione del vigente PTPCT e delle misure di prevenzione ivi previste rispetto a ciascuna Area/UU.OO., è stata avviata un’attività istruttoria che ha interessato tutte le Aree/UU.OO. censite nel Piano medesimo, e segnatamente:

- un **monitoraggio intermedio**, espletato nel mese di giugno e luglio 2018;

17

- un **monitoraggio finale** (a consuntivo), espletato nel mese di dicembre 2018.

Detta attività di monitoraggio, coerentemente con le indicazioni dell'A.N.AC. (cfr. Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 e Delibera A.N.AC. n. 831/2016) è stata così articolata:

- a) Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione programmate per ciascuna Area/UU.OO. in base a quanto previsto dall'Allegato 2 al PTPCT 2018-2020

Relativamente a tale segmento di monitoraggio, il RPCT, con specifiche note indirizzate ai responsabili delle varie strutture, ha chiesto di rendicontare in ordine all'attuazione delle misure all'uopo predisponendo apposite *check list* di monitoraggio, così strutturate:

AREA / UU.OO.	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO	ATTUALE VIGENZA O TERMINE DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	STATO DI ATTUAZIONE MISURA		
				Attuata	Non attuata (INDICARE LA MOTIVAZIONE DELLA MANCATA ATTUAZIONE)	In corso di attuazione (DESCRIVERE LO STATO ATTUALE DI AVANZAMENTO E LE TEMPISTICHE DI ULTIMAZIONE)

In tal senso, a ciascun responsabile è stato chiesto di indicare se è stata attuata o meno la misura di prevenzione programmata e, in caso negativo, le motivazioni della mancata attuazione ovvero le azioni assunte per riprogrammare l'attuazione della misura ed entro quale termine.

- b) Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione previste dall'A.N.AC. per il Settore Sanità nell'ambito della Determinazione n. 12/2015 e della Delibera n. 831/2016.

Come noto, l'A.N.AC. in occasione dei provvedimenti su richiamati, ha declinato una serie di misure di prevenzione propriamente riconducibili al settore sanitario.

Come sopra accennato, il vigente PTPCT 2018-2020 prevede, all'Allegato 2, una serie di misure specifiche rivolte a determinate Aree di rischio dell'Azienda.

Conseguentemente, al fine di acquisire piena contezza in ordine al relativo stato di attuazione, il RPCT, previa redazione e trasmissione di separate *check list*, ha chiesto alle strutture direttamente coinvolte dalle misure dell'A.N.AC. di rendicontare in ordine allo stato di attuazione, seguendo il seguente schema:



Aree di rischio generali e specifiche	Possibili eventi rischiosi	Misure di prevenzione indicata dalla Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 e Delibera A.N.AC. 831/2016	Stato di attuazione della misura			Riscontro circa lo stato di attuazione della misura di prevenzione [Indicare l'atto/il documentario strumento dal quale risulta che la misura è attuata]
			Non attuata	Attuata	In corso di adozione	

In tal senso, a ciascun responsabile è stato chiesto di indicare se è stata attuata o meno la misura di prevenzione come identificata dall'A.N.AC. e, in caso negativo, di fornire, anche in questo caso, le motivazioni circa la mancata attuazione.

c) Verifica dello stato della mappatura dei processi e della correlata valutazione dei rischi (solo in occasione del monitoraggio finale)

Da ultimo, il monitoraggio ha riguardato, sempre con riferimento a ciascuna struttura, lo stato della mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi attualmente rappresentata nell'Allegato 1 al PTPCT 2018 - 2020.

In tal senso, è stato chiesto a tutte le strutture, anche nell'ottica dell'aggiornamento del PTPCT, la verifica circa la valenza della mappatura dei processi aziendali, dei rischi individuati e del rispettivo *rating* di rischio di affidato ("ALTO", "MEDIO", "BASSO").

1.2.3. Stato di attuazione del PTPCT 2018 – 2020 e delle misure di prevenzione ivi previste

In linea generale, possono riassumersi le risultanze del monitoraggio nei seguenti termini:

- ✓ la maggioranza delle strutture riferisce di avere attuato tutte le misure indicate nel PTPCT 2018 – 2020, senza rappresentare particolari criticità; lo stesso vale per le misure individuate dall'A.N.AC.;
- ✓ una parte delle strutture rappresenta difficoltà nell'attuazione di alcune misure ovvero riferisce la non pertinenza delle misure rispetto alle caratteristiche delle attività svolte (non appropriatezza della misura di prevenzione programmata);
- ✓ un numero non trascurabile di strutture non aveva inizialmente riscontrato la richiesta di rendicontazione del RPCT, rispondendo dopo solleciti ad adempiere da parte del RPCT;
- ✓ in taluni casi si riscontra una non piena consapevolezza dei termini di concreta applicazione delle misure programmate.

1.3. Aree interessate da eventi corruttivi e presenza di misure a contrasto

Per quanto consta allo scrivente OIV, come rendicontato dal Responsabile PCT, dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) dell'ASL di Viterbo, nel corso dell'annualità 2018 si sono verificati eventi corruttivi o, comunque, illeciti aventi rilevanza penale, nelle seguenti aree:

- ✓ Dipartimento di Salute Mentale
- ✓ Area Distrettuale
- ✓ Chirurgia Ortopedica
- ✓ Medicina dei Servizi

Gli episodi di cui sopra fanno riferimento alle seguenti fattispecie di reato:

- ✓ Peculato (art. 314, c.p.)
- ✓ Truffa (art. 640, c.p.)

Nonostante il RPCT, con nota Prot. n. 81096 del 29 ottobre 2018, abbia chiesto all'UPD una descrizione sommaria delle fattispecie di illecito accertate o in corso di accertamento, non è stato ottenuto riscontro più preciso di quanto sopra riportato. È fatto notorio che siano stati avviati procedimenti, anche penali, per false attestazioni di presenza sul posto di lavoro.

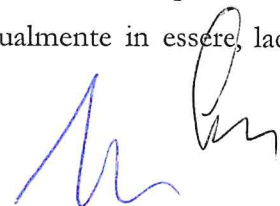
In relazione a tali ultimi episodi, all'epoca dei fatti, risultavano vigenti talune misure di prevenzione, generali (es. Codice di comportamento, formazione e sensibilizzazione) e specifiche (es. Audit programmati e controlli della Commissione Ispettiva).

Si rileva, in ogni caso, l'accentuata difficoltà di prevenire le condotte contestate siccome frutto di iniziative personale, propriamente dolose, del soggetto agente.

In occasione del prossimo aggiornamento del PTPCT - oltre all'opportunità di riconsiderare il campione di controllo delle verifiche espletate dalla Commissione Ispettiva - sarà attuato un monitoraggio mirato tramite audit espletati a cura condivisa del RPCT e dell'Internal Auditing.

1.4. Considerazioni generali sullo stato di attuazione del PTPCT (prevenzione della corruzione)

Ferme restando le considerazioni sopra svolte in merito allo stato di attuazione del PTPCT, si ritiene - anche in relazione agli eventi di illecito registrati nel corso della corrente annualità - che sussista l'esigenza di potenziare/ripensare - nei limiti delle risorse disponibili e secondo le sensibilità dei responsabili delle singole strutture - gli strumenti di controllo dei singoli servizi, come attualmente in essere, laddove





risultanti carenti o, comunque, migliorabili.

1.5. Ruolo del RPCT

In merito al ruolo di “impulso e coordinamento” del RPCT non si riscontrano criticità, avendo potuto il RPCT interfacciarsi, sebbene talora con alcune difficoltà, con i responsabili delle varie strutture, ed essendo stata supportata nelle proprie attività dalla Direzione strategica, in termini di formazione continua e aggiornamento professionale.

È nella volontà della scrivente dare continuità a quanto effettuato dall’Azienda in materia di prevenzione della corruzione nelle annualità precedenti, ottimizzando i risultati raggiunti e migliorando - nei limiti delle risorse disponibili - l’attuale livello di adeguamento normativo e di prassi alle più recenti indicazioni.

In occasione del prossimo aggiornamento del PTPCT particolare attenzione sarà riservata:

- ✓ al potenziamento della rete di Referenti aziendali, dei dirigenti, specialmente i nuovi ingressi, e del relativo personale a supporto nell’ottica di strutturare maggiormente il coordinamento tra questi e il RPCT e, soprattutto, di costruire una efficiente rete di flussi informativi;
- ✓ alla formazione e sensibilizzazione di tutto il personale (formazione di livello generale) sui temi dell’etica, della legalità e della trasparenza, anche con riferimento all’istituto del *whistleblowing*;
- ✓ alla verifica della valutazione dei rischi e della metodologia sottostante;
- ✓ al miglioramento dei processi di individuazione e progettazione di *misure specifiche ed ulteriori* rispetto a quelle generali e obbligatorie previste dalla vigente normativa, verificando la pertinenza e la efficacia di quelle in essere, anche in termini di sostenibilità aziendale;
- ✓ alla continua verifica del recepimento, da parte dell’Azienda, delle raccomandazioni di A.N.AC. per il settore sanitario, con riferimento alle aree a maggior rischio.
- ✓

1.6 Azioni di miglioramento del PTPCT (prevenzione della corruzione)

In linea generale, possono – allo stato – individuarsi i seguenti profili di miglioramento dell’attuale PTPCT:

- ✓ revisione/riorganizzazione delle tecniche di analisi dei rischi individuati, riflettendo sulla pesatura e sui criteri da utilizzate per ottenere i diversi rating di rischiosità (“ALTO”, “MEDIO”, “BASSO”);
- ✓ identificazione dei processi/procedimenti che, per livello di rischiosità, necessitano un rafforzamento di controlli e/o di procedure maggiormente stringenti rispetto a quelle in essere;



- ✓ articolazione di compiti/funzioni dei diversi soggetti chiamati ad incidere sul sistema di gestione dei rischi corruttivi e disciplina dei poteri e del livello di autonomia del RPCT in conformità a quanto richiesto dall'A.N.AC. (cfr. Determinazione n. 12/2015 e Delibera n. 831/2016);

In occasione del prossimo aggiornamento del PTPCT particolare attenzione dovrà essere riservata:

- ✓ al miglioramento dell'organicità del PTPCT, in modo tale da renderlo ancora più comprensibile per i diretti destinatari interni dell'Azienda;
- ✓ alla formazione e sensibilizzazione di tutto il personale sui temi dell'etica, della legalità e della trasparenza, anche con riferimento all'istituto del whistleblowing;
- ✓ alla verifica dell'attuale stato della mappatura dei processi e della correlata valutazione dei rischi;
- ✓ al miglioramento dei processi di individuazione e progettazione di *misure specifiche ed ulteriori* rispetto a quelle generali e obbligatorie previste dalla vigente normativa, verificando la pertinenza e la efficacia di quelle in essere, anche in termini di sostenibilità aziendale;

2. TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO

2.1.1. Interventi di automazione dei processi di adempimento degli obblighi di pubblicazione

Nel corso dell'annualità 2018 non è stato possibile finalizzare le iniziative volte all'automazione dei processi di adempimento degli obblighi di pubblicazione. Tali iniziative - essendo stata aggiudicata la procedura di gara avviata nel corso del 2018 - saranno finalizzate nel corso del 2019, con la realizzazione di un nuovo portale web aziendale, nel quale sarà riprogettata la Sezione "Amministrazione Trasparente" così come saranno ottimizzati i flussi informativi in materia di contratti di appalto (es. adempimenti ex art. 1, co. 32, L. n. 190/2012).

2.1.2. Accesso civico

Nel corso dell'annualità 2018 risultano pervenute:

- n. 1 istanze di accesso civico semplice (art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013)
- n. 6 istanze di accesso civico generalizzato (art. 5, co. 2, D.Lgs. 33/2013)

I dettagli delle istanze di cui sopra sono riportati nel Registro degli Accessi, presente sul sito web, Sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Accesso Civico".

In merito all'accesso civico, si segnala che sono state promosse le attività volte a regolamentare, in maniera puntuale, le due forme di accesso previste dall'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, anche in raccordo con l'accesso documentale di cui all'art. 22, della L. n. 241/1990, mediante la predisposizione di apposito Regolamento (approvato con **Deliberazione del Direttore Generale n. 513 del 26 marzo 2018**), come previsto dalla Delibera A.N.AC. n. 1309 del 28 dicembre 2016. Sono a disposizione dell'utenza, sul sito istituzionale,

22



Sezione “Amministrazione Trasparente” i *format* per presentare le istanze di accesso civico, semplice e generalizzato.

2.1.3. Monitoraggio della Sezione “Amministrazione Trasparente”

In merito al monitoraggio della Sezione “Amministrazione Trasparente” si sottolinea che esso viene effettuato in via campionaria, e con periodicità mensile ad opera del RPCT, nonché, come previsto dalla Sezione “Trasparenza” del PTPCT 2018-2020, in via puntuale da parte dei responsabili dei singoli dati oggetto di pubblicazione.

In relazione alle evidenze che si riscontrano vengono interessate le strutture cui sono riferibili gli obblighi di pubblicazione agli effetti di quanto previsto dalla Sezione “Trasparenza” sopra richiamata.

2.1.4. Giudizio generale sul livello di implementazione della Sezione “Amministrazione Trasparente” e criticità

La Sezione “Amministrazione Trasparente”, significativamente migliorata nel corso degli ultimi due anni, raggiunge un livello di implementazione sufficiente ma non pienamente apprezzabile.

In merito, si segnalano criticità relativamente alla tempistica per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Inoltre, ulteriori criticità derivano dalla non piena consapevolezza dei contenuti degli obblighi, dalla difficoltà dei processi di caricamento dei dati sul sito, dall'assenza di standardizzazione dei diversi obblighi di pubblicazione e, soprattutto, dall'assenza di procedure uniformi e automatizzate per la pubblicazione, anche in via autonoma, da parte delle singole UU.OO.

Si auspica che i problemi di cui sopra possano essere superati con l'operatività del nuovo sito e, dunque, con la revisione dei processi organizzativi per la pubblicazione di quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 (Sezione “Amministrazione Trasparente”).

2.1.5 Valutazione conclusiva

Anche per l'anno 2018 gli adempimenti previsti dal D.Lgs n. 33/2013 in merito agli obblighi informativi e di trasparenza sono stati realizzati determinando un risultato egregio in ambito regionale e nazionale collocando la ASL di Viterbo ai vertici positivi per l'assolvimento degli obblighi, come certificato dalla Presidenza del consiglio dei ministri-Dipartimento funzione pubblica nella sezione “Bussola della trasparenza” circa il soddisfacimento degli indicatori richiesti.

E' possibile accedere alla classifica della trasparenza dei siti web della Pubblica Amministrazione attraverso il portale "Bussola della trasparenza": <http://bussola.magellanopa.it/consulta-in-tempo-reale.html>, che consente di verificare la classifica della trasparenza dei siti web delle PA.

Si può ricercare, infatti, in base all'ultimo monitoraggio effettuato, l'amministrazione che interessa e verificare il posto che occupa nella classifica. La piattaforma del Governo effettua monitoraggi periodici e automatici di tutti i siti web delle pubbliche amministrazioni catalogati per tipologie.

Sulla base dell'ultimo monitoraggio disponibile alla data di stesura della presente relazione, riferito al 9/4/2019, l'ASL di Viterbo si colloca al vertice della classifica con 84 su 84 sezioni compilate, pari ad una percentuale del 100%. Tale percentuale è stata raggiunta in totale da 96 Aziende sanitarie su 239 totali in Italia, pari al 40,17%. Nella Regione Lazio nessuna Azienda territoriale ha conseguito tale risultato e solo un'Azienda Ospedaliera ha raggiunto il risultato ottimale come la ASL di Viterbo; ciò valorizza ancora di più il lavoro svolto.

Gli aspetti di carattere generale ancora non perfezionati e quindi con qualche criticità riscontrata nel corso della rilevazione di cui sopra e che ancora permangono, anche se in modo più limitato rispetto all'anno precedente, attengono:

- alla necessità che il formato di pubblicazione di tutti i file relativi agli adempimenti sulla trasparenza sia aperto o elaborabile;
- alla necessità di una diversa rappresentazione dei dati pubblicati nel portale in modo da far confluire nella Sezione Amministrazione trasparente anche quelli che invece sono dispersi tra le altre sezioni del portale non sempre linkati e, quindi, in alcuni casi, non facilmente consultabili.

CONTROLLI INTERNI

I controlli interni disciplinati dalle norme vigenti sono finalizzati a:

- 1.garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- 2.verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- 3.valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- 4.valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico);

La prima tipologia di controlli è stata effettuata, a norma di legge, dal collegio sindacale.

La seconda dalla UOC controllo di gestione.

24



Nell'ambito della terza e quarta tipologia di controlli diversi attori hanno partecipato al complesso processo che ha portato alla determinazione delle risultanze finali: dirigenti di struttura, controllo di gestione, direzione generale e OIV.

Va comunque ricordato che l'ASL di Viterbo ha negli anni scorsi avviato uno specifico progetto, finalizzato a realizzare un modello di Governance e Controllo Interno, in linea con le previsioni del D.Lgs 231/2001 sulla responsabilità amministrativa, le norme anticorruzione (L 190/2012) e le norme sulla trasparenza (D.Lgs 33/2013), coerente con le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica, ed approvate dall'ANAC, in termini di coordinamento tra L 190/2012 e il D.Lgs 231/01.

L'obiettivo era quello di realizzare un modello snello, unico ed integrato di compiti, per non appesantire la gestione e i controlli ordinari, in funzione di un efficace risultato preventivo su tutta la linea normativa indicata.

La Direzione Generale della ASL, con Deliberazione n. 1494 del 29.8.2017, ha poi approvato un Regolamento che disciplina le attività, le procedure e la metodologa dell'Internal Auditing; tali attività si sono concretamente avviate nel corso dell'anno 2018. Di seguito sono descritti le modalità e gli attori che partecipano alle attività dei controlli interni.

1. Internal Auditing

Il sistema di Audit Aziendale ha lo scopo di garantire l'unitarietà degli intenti e dei metodi nonché una visione d'insieme delle esigenze di miglioramento dei processi aziendali. Il sistema di Audit Interno si esplicita come attività indipendente, di garanzia e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Opera secondo regole, metodologie, organizzazione e piani di lavoro che favoriscono, tra l'altro, il rispetto a tutti i livelli delle varie norme di legge ed in particolare D.Lgs 231/01, Legge 190/2012 e D.Lgs 33/2013.

Le principali linee di attività sono relative a:

- a) definizione e aggiornamento di metodologie, standard e procedure di competenza;
- b) presidio del Sistema dei Controlli Interni per mandato del Direttore Generale;
- c) supporto alla definizione del modello aziendale e valutazione dei relativi processi;
- d) supporto e valutazione delle procedure di rilevazione, analisi, comunicazione e controllo dei rischi;
- e) gestione del registro delle segnalazioni;
- f) gestione del sistema dei controlli a distanza (indicatori);
- g) gestione del processo di Control Risk Self Assessment (CRSA) di autovalutazione;
- h) interventi di Audit e verifica azioni correttive anche in relazione al Codice Etico-Comportamentale di cui l'Azienda si è dotata;

25



- i) promozione dell'indipendenza, dell'autonomia d'azione e della legittimazione organizzativa delle attività di Audit Interno;
- j) elaborazione del manuale di Audit Interno;
- k) coordinamento di priorità, modi e fasi temporali delle attività di Audit Interno;
- l) definizione di criteri di accesso e di aggiornamento continuo degli operatori più direttamente coinvolti nella funzione di Audit Interno, in linea con gli standard consolidati, nazionali e internazionali, in materia.

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 2010 del 13 novembre 2017** l'Azienda ha provveduto alla nomina dei componenti del team di Internal Auditing, la quale fa seguito alla **Deliberazione del Direttore Generale n. 1494 del 29 agosto 2017** "*Internal Auditing: procedure, metodologie e regolamento della ASL di Viterbo*".

Il RPCT, opera in stretto rapporto con l'Organismo di Internal Auditing, del quale può avvalersi ove ricorra l'esigenza di svolgere verifiche e monitoraggi mirati.

2. Commissione Ispettiva

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 2020 del 14 novembre 2017** è stata costituita la nuova Commissione Ispettiva aziendale.

In tema di prevenzione della corruzione presso questa Azienda, la Commissione Ispettiva fornisce il necessario supporto all'attività del RPCT.

Nel corso del periodo di vigenza del Piano di Prevenzione della Corruzione 2018-2020 sarà definito un flusso informativo tra la Commissione Ispettiva e il RPCT che porterà all'elaborazione di report periodici a cura della Commissione medesima, riportanti gli esiti dei controlli effettuati nell'arco del periodo di riferimento, a campione o su impulso del RPCT.

3. Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale informa l'RPCT delle irregolarità inerenti alla gestione aziendale e segnala tempestivamente tutti gli episodi che possano essere ricondotti ad eventi corruttivi o di *maladministration* sui quali è necessario un intervento in ottica di prevenzione.

4. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della ASL di Viterbo svolge i seguenti compiti:

- a) svolge i compiti individuati dalla legge inerenti alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44, D.Lgs. n. 33/2013); ^[1] _[SEP]
- b) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento (art. 54, co. 5, D.Lgs. n. 165/2001); ^[1] _[SEP]



- c) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1, co. 8 bis, l.190/2012); ^[...] _[SEP]
- d) verifica i contenuti della relazione del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza (art. 1, co. 8 bis, legge 190/2012);
- e) riferisce all'A.N.AC. sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 8 bis, legge 190/2012). ^[...] _[SEP]

5. Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 18 gennaio 2018**, il **Dott. Giovanni Firmani**, attualmente Dirigente amministrativo afferente alla U.O.C. E-Procurement, è stato nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda, incaricato della compilazione e dell'aggiornamento annuale delle informazioni e dei dati identificativi nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti.

6. Responsabile Unico del Monitoraggio ai sensi del DLgs 229/2011-Banca Dati Amministrazioni Pubbliche (BDAP)

Con **deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 18 gennaio 2018**, l'**arch. Marco Iobbi** è stato nominato Responsabile Unico del Monitoraggio ai sensi del DLgs 229/2011-Banca Dati Amministrazioni Pubbliche (BDAP), per il corretto adempimento al monitoraggio delle opere pubbliche di cui è titolare questa ASL.

7. Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo

Con **Deliberazione del Direttore Generale n.95 del 18 gennaio 2018**, la **Dott.ssa Federica Formichetti** attualmente Dirigente amministrativo afferente alla U.O.C. Pianificazione Programmazione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi, è stata nominata "Gestore" delegato alla valutazione e trasmissione delle segnalazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015.

Nel corso del 2018 sarà approvato un apposito Regolamento aziendale di disciplina dell'iter da seguire per la segnalazione e, in particolare, la ripartizione delle responsabilità, le modalità con le quali dovranno essere trasmesse le informazioni rilevanti ai fini della individuazione e valutazione dell'operazione potenzialmente sospetta da segnalare all'UIF (Unità di Informazione Finanziaria) mediante l'applicazione



degli indicatori di anomalia.

Nel Regolamento saranno inoltre previsti specifici meccanismi di coordinamento tra il Gestore e le Strutture dell'Azienda responsabili dei singoli processi, il RPCT nonché con la Direzione Generale, al fine di garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette e la tempestività della segnalazione all'UIF.

ALLEGATO A

N.	AREA/DPT	UO NOME	% raggiunta
1	AREA DELLA PROGR.NE CONTROLLO AZ.LE E REND.NE SOCIALE	UOC Affari Generali e Relazioni Esterne	94.90
2		UOC Ingegneria Clinica	99.45
3		UOC Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio	99.90
4		UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati	96.89
MEDIA AREA DELLA PROGR.NE CONTROLLO AZ.LE E REND.NE SOCIALE			97.79
5	AREA DELLO SVILUPPO ORG.VO E GESTINE DEI CONTRATTI	UOC e-Procurement	99.90
6		UOC Farmacia Aziendale	99.90
7		UOC Politiche del Patrimonio Immobiliare e Sviluppo dei Sistemi Informatici	97.30
8		UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane	99.45
9		UOC Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero	92.20
MEDIA AREA DELLO SVILUPPO ORG.VO E GESTINE DEI CONTRATTI			97.75
11	DPT PROFESSIONI SANITARIE	UOSD Formazione Universitaria Ricerca ed ECM	98.85
12		UOC Governo delle Professioni sanitarie	98.50
MEDIA DPT PROFESSIONI SANITARIE			97.91
14	DIPARTIMENTO CHIRURGIA	UOSD Artroscopia Ginocchio	73.12
15		UOSD Chirurgia generale dell'Obesità	88.67
16		UOC Chirurgia Generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	81.44
17		UOC Chirurgia Generale e Week Surgery Civita Castellana	79.54
18		UOC Chirurgia generale Oncologica	75.60
19		UOSD Chirurgia Maxillo Facciale	55.86
20		UOC Chirurgia Senologica e Centro Integrato di Senologia	85.21
21		UOC Chirurgia Vascolare e d'Urgenza	63.00
22		UOSD Day e Week Surgery Polo	79.85
23		UOSD Endoscopia Digestiva Tarquinia	99.82
24		UOC Neurochirurgia	79.71
25		UOSD Oftalmologia e Rete Territoriale	91.03
26		UOSD Ortopedia Civita Castellana	81.27
27		UOC Ortopedia e Traumatologia e Centro Microchirurgia della mano	74.90
28		UOC Ortopedia e Traumatologia Tarquinia	81.38
29		UOC Otorinolaringoiatria	80.55
30		UOC Urologia Polo	70.66
MEDIA DIPARTIMENTO CHIRURGIA			78.92
31	DIPARTIMENTO EMERGENZA E PERCORSO NASCITA	UOC Anestesiologia	94
32		UOSD Anestesiologia Centro per la Terapia del dolore	64.58
33		UOC Anestesiologia Civita Castellana	89.36
34		UOC Anestesiologia Tarquinia	87.65



ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
nominato con deliberazione 1609 del 13 settembre 2017

35		UOC Cardiologia	66.36
36		UOC Cardiologia per lo studio funzionale dell'elettrofisiologia	81.32
37		UOC Neurologia e UTN	80.42
38		UOC Ostetricia e Ginecologia Polo	75.01
39		UOC Pronto Soccorso Civita Castellana	77.79
40		UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	75.86
41		UOC Pronto Soccorso Tarquinia	82.05
42		UOC Rianimazione	99.87
43		UOSD Utic Polo	79
MEDIA DIPARTIMENTO EMERGENZA E PERCORSO NASCITA			81.02
44		UOSD Anagrafe Zootecnica	98.23
45		UOC Centro Riferimento Regionale Amianto	99.85
46		UOSD Coordinamento Programmi di Vaccinazione	99.85
47		UOSD Coordinamento Screening	99.85
48		UOC Servizio Igiene e sanità pubblica con 51	88.10
49	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	UOC Servizio Veterinario A Sanità Animale e C Igiene degli	99.85
50		UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale	99.85
51		UOSD SIAN Igiene alimenti e Nutrizione con 48	99.85
52		UOC SPRESAL	99.85
53		UOSD Vaccinazioni Pediatriche	99.85
MEDIA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			98.51
54	DPT SALUTE MENTALE	UOC Salute Mentale Distretto A	99.85
55		UOC Salute Mentale Distretto B	99.85
56		UOC Salute Mentale Distretto C	93.10
57		UOC SPDC	86.36
58		UOC TSRMEE	99.82
MEDIA DPT SALUTE MENTALE			95.80
59	DPT ONCOEMATOLOGIA E SERVIZI	UOC Anatomia e Istologia Patologica	99.85
60		UOSD Citogenetica e Citologia Vaginale	99.88
61		UOSD Diagnostica clinica di urgenza Civita Castellana e Biologia Hub	99.85
62		UOSD Diagnostica clinica di urgenza Tarquinia	94.63
63		UOC Diagnostica clinica Polo	96.72
64		UOSD Diagnostica e Screening senologico	99.85
65		UOC Diagnostica per Immagini	94
66		UOC Ematologia	90.46
67		UOSD Fisica Sanitaria	99.85
68		UOC Medicina Nucleare	99.85
69		UOC Oncologia e Rete oncologica	100
70		UOC Radioterapia	96.70

30



71		UOC SIMNT	64.20
72		UOC Diagnostica per Immagini Civita Castellana	99.87
MEDIA DPT ONCOEMATOLOGIA E SERVIZI			95.41
73	DIPARTIMENTO PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA E LE CURE PRIMARIE	UOSD Centro Diabetologico Adulti UOS Pediatrica	99.70
74		UOSD Centro per il Trattamento delle BPCO	95.00
76		UOSD Dermatologia	95.40
77		UOC Dipendenze	99.87
78		UOSD Disabile Adulto	99.85
83		UOC Medicina Legale	97.30
84		UOC Psicologia	100
85		UOSD Urologia	95.00
82		UOC Governo dell offerta presa in carico e cure primarie	97.55
MEDIA DPT CURE PRIMARIE			97.74
79	AREA TERRITORIALE	UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto A	98.30
80		UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto B	99.85
81		UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto C	98.30
86	DPT SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	UOSD Angiologia	88.62
87		UOC Centro Aids	94.62
88		UOC Gastroenterologia Endoscopia Digestiva Aziendale	81
89		UOC Malattie Infettive	87.81
90		UOSD Medicina Generale Civita Castellana	82.13
91		UOC Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente	85.60
92		UOC Medicina generale polo	81.40
93		UOSD Medicina Generale Tarquinia	80.00
94		UOC Medicina Protetta	93.20
95		UOC Nefrologia e Dialisi	89.08
96		UOC Pediatria	72.15
97		UOSD Riabilitazione	94.00
98		UOSD Servizio Cardiologia Civita Castellana	99.85
MEDIA DPT SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE			86.88

31