

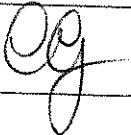


ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

(Nominato con D.P.G.R.T. n. 177 del 16/12/2016)

N° 78 del 10/04/2017

<b>Oggetto:</b> Relazione sullo stato di avanzamento e Relazione di Estar rispettivamente per il punto 1 lett. a e lett. b e punto 2 della DGRT n. 1199 del 29.11.2016 (Percorso attuativo certificabilità)	
Struttura Proponente	S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti
Responsabile del procedimento	Cristina Gheri 
Estensore	
ALLEGATI N° 2	

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa:

Conto Economico n.

Eseguiibile a norma di Legge dal 25/04/2017

Pubblicato a norma di Legge il 10/04/2017

Inviato al Collegio Sindacale il 10/04/2017

**IL DIRETTORE GENERALE**

di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, con sede in Via Cosimo il Vecchio n. 2 – 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 177 del 16/12/2016.

**Visti/e:**

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- il D.Lgs. 23.06.2011 n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";
- la Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale Toscana 4 febbraio 2008, n. 3 e successive modifiche ed integrazioni, in forza della quale ISPO è Ente del Servizio Sanitario Regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile;
- la Legge Regionale Toscana n. 84/2015 avente per oggetto "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR, modifiche alla L.R.T. n. 40/2005";
- la Legge Regionale Toscana n. 44/2016 recante "Ulteriori disposizioni in merito al riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR, modifiche alla L.R.T. n. 40/2005 ed alla L.R.T. n. 3/2008";
- la delibera del Direttore Generale 24 dicembre 2015, n. 292 con la quale è stato approvato il nuovo Regolamento di Organizzazione e Funzionamento di ISPO;

**Visto** il DM Salute del 01.03.2013 con il quale ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio consolidato regionale;

**Richiamate** le DGRT n. 478/2013, n. 719/2016 e n. 1199/2016 con le quali la Regione Toscana ha definito il percorso attuativo di certificabilità (PAC) del Servizio Sanitario Regionale in conformità del DM Salute del 01.03.2013, includendo nel percorso anche Estar, Ispo e Fondazione Monasterio prevedendo tempistiche diverse rispetto alle Aziende Sanitarie toscane;

**Considerato** che il rispetto del percorso attuativo di certificabilità (PAC) rappresenta un importante strumento per il rafforzamento del controllo interno e della qualità dei processi amministrativi, contabili e sanitari;

**Rilevato** che nella DGRT n. 1199/2016 si richiede alle Aziende Sanitarie, ad Ispo, Estar e Fondazione Monasterio di:

- a) adottare assetti organizzativi e meccanismi operativi atti a garantire i seguenti standard organizzativi, contabili e procedurali:
  - prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio (rif.to DM 01.03.2013 – all. A – lett. A1);
  - programmare, gestire e successivamente controllare su base periodica ed in modo sistemico le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati (rif.to DM 01.03.2013 – all. A – lett. A2);
  - disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio (rif.to DM 01.03.2013 – all. A – lett. A3);
  - analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità (rif.to DM 01.03.2013 – all. A – lett. A4);
  - monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore esterno (rif.to DM 01.03.2013 – all. A – lett. A5).
- b) ispirare l'organizzazione ed il funzionamento del proprio controllo interno alle linee di indirizzo di cui all'allegato A della DGRT suddetta;
- c) produrre un'apposita relazione che riporti lo stato di avanzamento dei diversi punti che compongono la lett. a e la lett. b di cui sopra, citando eventuali atti adottati, da prodursi ogni anno entro il 31 marzo;

**Rilevato**, inoltre, che nella suddetta DGRT viene richiesto alle Aziende Sanitarie di produrre in collaborazione con Estar, una specifica relazione in riferimento al DM 01.03.2013 – all. A – lett. A3, da prodursi anch'essa ogni anno entro il 31 marzo;

10 APR. 2017

**Dato atto** che per gli enti che non rientrano nel consolidamento fra cui anche Ispo, oltre a conformarsi ai punti a), b) e c) di cui sopra, dovranno aver approvato la relazione di cui al paragrafo precedente entro il 31 dicembre 2017;

**Preso atto** che la Relazione sullo stato di avanzamento dei diversi punti che compongono la lett. a) e la lett. b) è stata prodotta dall'Istituto ed inviata per PEC al Direttore Generale della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana il giorno 31.03.2017, con Nota Prot. N. 651;

**Considerato** che sempre alla data del 31.03.2017 è pervenuta da Estar la Relazione in riferimento al DM 01.03.2013 – all. A – lett. A3 relativa all'Istituto;

**Ritenuto** pertanto opportuno procedere all'approvazione delle relazioni di cui sopra, parti integranti e sostanziali del presente atto quali allegati di lettera "A" e di lettera "B";

**Rilevata** la legittimità e la congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante l'istruttoria effettuata dal Responsabile del procedimento;

**Con** la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza (ai sensi del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm. e ii.);

## DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa, che si intende integralmente richiamato:

1. Di approvare la relazione sullo stato di avanzamento dei diversi punti che compongono la lett. a) e la lett. b) della DGRT n. 1199/2016, quale allegato di lettera "A" alla presente deliberazione;
2. Di approvare la relazione prodotta da Estar in riferimento al DM 01.03.2013 – all. A – lett. A3, quale allegato di lettera "B" alla presente deliberazione;
3. Di trasmettere copia della presente deliberazione al Direttore Generale della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana;
4. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. Toscana n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questo Istituto.

IL DIRETTORE  
SANITARIO  
(Dott. Riccardo Poli)

IL DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO  
(Dott. Fabrizio Carraro)

IL DIRETTORE  
GENERALE  
(Prof. Gianni Amunni)

## ELENCO DEGLI ALLEGATI

- Allegato A:* Relazione sullo stato di avanzamento del percorso attuativo di certificabilità del bilancio n. pagg. 9
- Allegato B:* Relazione di Estar in riferimento al DM 01.03.2013 – all. A – lett. A3 n. pagg. 38

Strutture aziendali da partecipare:

S.C. Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

RTPC Ispo

Dipartimento Amministrazione e Finanza ASF

Il Direttore Generale

ALLEGATO "A"

**RELAZIONE SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEL PERCORSO ATTUATIVO  
DELLA CERTIFICABILITA' (PAC) DEL BILANCIO**

Con il DM Salute del 01.03.2013 ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio consolidato regionale.

Ai sensi della L.R.T. n. 3/2008 e ss.mm.ii., l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica è un ente del Servizio Sanitario Regionale.

La Regione Toscana con le DGR n. 478/2013, n. 719/2016 e n. 1199/2016, ha definito il percorso attuativo di certificabilità del Servizio Sanitario Regionale in conformità del DM su citato, includendo nel percorso anche Estar, Ispo e Fondazione Monasterio prevedendo tempistiche diverse rispetto alle Aziende Sanitarie toscane.

Il presente documento illustra le azioni effettuate, da effettuare nonché i percorsi da intraprendere da parte dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica per il raggiungimento del PAC del Servizio Sanitario Regionale.

Preme evidenziare, che pur nella consapevolezza della non sovrapposibilità fra Percorso Attuativo di Certificabilità e Certificazione di bilancio, l'Istituto ha avviato nel corso del 2016, relativamente all'esercizio contabile Anno 2015, il percorso di certificazione esterna di bilancio ottenendo la certificazione dello Stato Patrimoniale come previsto dagli accordi con la società di certificazione.

Per l'esercizio contabile Anno 2016 il percorso di certificazione esterna di bilancio riguarderà sia lo Stato Patrimoniale che il Conto Economico.

*A1. Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio*

L'Istituto con delibera del Direttore Generale n. 263 del 22.12.2014 ha adottato il proprio Codice di comportamento in conformità agli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia.

Tale Codice è applicato a tutto il personale dipendente dell'Istituto. L'Istituto ha esteso altresì gli obblighi di condotta previsti dal Codice, in quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo), frequentatori volontari, tirocinanti, borsisti e membri di associazioni, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dello stesso.

E' previsto l'aggiornamento del Codice di comportamento a seguito della adozione da parte di ANAC delle Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del SSN.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTCP) è lo strumento individuato dall'Istituto per attuare la gestione del rischio.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento utilizzato per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.

Sede legale:

ISPO Via Cosimo Il Vecchio 2 • 50139 Firenze  
Telefono centralino 055 3269771[www.ispo.toscana.it](http://www.ispo.toscana.it)[direzione.generale@ispo.toscana.it](mailto:direzione.generale@ispo.toscana.it)

Ente costituito con LRT n. 3/2008 e ss.mm.ii.

Codice Fiscale 94158910482

P. IVA 05872050488

*Il Direttore Generale*

Le fasi principali seguite per attuare la gestione del rischio in Istituto sono:

- a) mappatura dei processi;
- b) valutazione del rischio per ciascun processo;
- c) trattamento del rischio e le misure per ridurlo.

*a) Mappatura dei processi*

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. La mappatura consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l'elaborazione del catalogo dei processi. Considerata l'importanza della mappatura dei processi, in Istituto nel 2016 è stato valutato di inserire tale adempimento tra gli obiettivi di budget per Centro di Responsabilità (CdR).

*b) Valutazione del rischio*

L'attività di valutazione del rischio è stata fatta per ciascun processo mappato. Per valutazione del rischio si intende l'insieme delle seguenti azioni:

*1) identificazione del rischio*

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi nell'ambito dei processi mappati. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'Istituto.

*2) analisi del rischio*

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.

*3) ponderazione del rischio*

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell'analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio (alto, medio, basso).

*c) Trattamento del rischio e le misure per ridurlo*

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo finalizzato alla modificazione del rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di ridurre il livello di rischio vengono proposte dai singoli responsabili le modalità di trattamento e la individuazione delle misure di sicurezza.

Nel PTIPC 2017-2019 dell'Istituto sono state mappate n. 15 aree di rischio prioritario con valutazione del rischio medio-alta.

Il Direttore Generale

Per quanto riguarda il controllo e la prevenzione del rischio ed integrazione con il sistema dei controlli interni il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) procede alla verifica dell'adempimento del PTPC anche attraverso le seguenti azioni complementari:

- raccolta di informazioni;
- verifiche e controlli presso le strutture dell'Istituto (in particolare verifica dei rilievi del collegio sindacale e dell'OIV attraverso l'analisi dei verbali e di apposita reportistica contenente i rilievi effettuati e le azioni poste in essere conseguentemente);
- verifica adempimenti sulla trasparenza attraverso monitoraggi periodici, trasmessi mensilmente all'OIV ed alla Direzione.

Il RPCT procede, con l'ausilio di un Gruppo di lavoro appositamente nominato, ad effettuare verifiche, in via prioritaria e mediante la metodologia dell'audit interno, presso le strutture dell'Istituto le cui aree risultano qualificate a maggiore esposizione a rischio a seguito della valutazione del rischio.

La realizzazione degli audit interni rappresenta, tra l'altro, una azione mirata a rispondere ai seguenti obiettivi strategici di prevenzione della corruzione:

- aumento della capacità di scoprire casi di corruzione;
- creazione un contesto sfavorevole alla corruzione.

A seguire si riporta la pianificazione triennale (2017-2019) delle azioni di prevenzione del rischio per ciascuna area di rischio prioritario individuata nel PTPC.

AREA DI RISCHIO	AZIONI PREVENTIVE REALIZZATE NEL 2016	AZIONI PREVENTIVE DA REALIZZARE 2017-2019
A1: Conferimento di incarichi di P.O. Conferimento di Incarichi Dirigenziali	Delibera DG ISPO n. 95/2015 Approvazione Regolamento P.O. Delibera DG ISPO n. 25/2016 per Selezione pubblica per attribuzione delle P.O.	Attivazione di una struttura di Internal Audit Realizzazione regolamento incarichi della dirigenza
A2: Affidamento incarichi di collaborazione esterna	Delibera DG ISPO n. 262/2016 (determinazione fasce economiche per collaborazioni esterne)	Attivazione di una struttura di Internal Audit Applicazione Job Act sulle collaborazioni esterne
A3: Gestione contratti di collaborazione esterna	Delibera DG ISPO n. 72/2016 regolamentazione liquidazione compensi dei collaboratori esterni	Attivazione di una struttura di Internal Audit Uniformare modalità di pagamento dei contratti autonomi
A4: Gestione del rapporto di lavoro del personale in regime istituzionale	Formazione su temi relativi all'assunzione nel pubblico impiego, diritti e doveri dei dipendenti pubblici, procedimenti disciplinari	Attivazione di una struttura di Internal Audit Realizzazione regolamento orario della dirigenza Realizzazione regolamento sull'utilizzo delle ferie e delle eccedenze orarie
A5: Gestione attività lavorative in regime di extra-impiego	Non presenti	Attivazione di una struttura di Internal Audit Realizzazione regolamento
A6: Individuazione DEC (Direttore Esecuzione del Contratto) e RUPA (Responsabili Unici del Procedimento "Aziendale")	Non presenti	Attivazione di una struttura di Internal Audit Applicazione dei requisiti per l'individuazione previsti dalle Linee Guida ANAC
A7: Gestione dell'esecuzione del contratto, liquidazione e pagamento di servizi e forniture	Procedura in fase di approvazione	Attivazione di una struttura di Internal Audit Pubblicazione degli atti relativi alle procedure di affidamento di servizi, lavori e forniture dei

Sede legale:

ISPO Via Cosimo Il Vecchio 2 • 50139 Firenze  
Telefono centralino 055 3269771

www.ispo.toscana.it

direzione.generale@ispo.toscana.it

Ente costituito con LRT n. 3/2008 e ss.mm.ii.  
Codice Fiscale 94158910482  
P. IVA 05872050488



Il Direttore Generale

		beni Superamento frammentazione delle funzioni fra più uffici e riconduzione della funzione ad un unico ufficio
A8: Rimborsi spese	Non presenti	Attivazione di una struttura di Internal Audit Revisione del Regolamento sulle missioni e rimborso spese Redazione di una procedura per ridurre il ricorso all'istituto dei rimborsi
A9: Gestione progetti incentivanti ed attività aggiuntiva	Delibera DG ISPO n. 127/2016 per approvazione progetti incentivanti Delibera DG ISPO n. 184/2016 per approvazione bando e schede progetti incentivanti Delibera DG ISPO n. 184/2016 per attribuzione progetti incentivanti	Attivazione di una struttura di Internal Audit Attivare sistema di rotazione per l'attribuzione dei progetti incentivanti nell'ambito di un tetto massimo annuale procapite per figura professionale
A10: Libera professione intramoenia ambulatoriale	Non presenti	Attivazione di una struttura di Internal Audit Aggiornamento del regolamento
A11: Formazione del personale	Sospensione eventi scientifici con numero di partecipanti non sufficiente Non prevista la partecipazione agli eventi scientifici senza preventiva iscrizione	Attivazione di una struttura di Internal Audit Inserimento della quota di iscrizione per gli eventi scientifici dell'Istituto
A12: Trasferimento ambulatori mobili	Area non presente nel PTPC 2016-2018	Attivazione di una struttura di Internal Audit Monitoraggio ed analisi degli eventi extra-calendario Definizione di iter procedurali ad hoc
A13: Allocazione delle risorse umane	Area non presente nel PTPC 2016-2018	Attivazione di una struttura di Internal Audit Garantire il coinvolgimento del gestore delle risorse nella individuazione del profilo professionale più idoneo alle attività richieste
A14: Affidamenti diretti di beni e servizi	Area non presente nel PTPC 2016-2018	Attivazione di una struttura di Internal Audit Monitoraggio degli affidamenti diretti attraverso idoneo flusso informativo a carico del RUP da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale
A15: Gestione finanziamenti finalizzati	Area non presente nel PTPC 2016-2018	Attivazione di una struttura di Internal Audit Monitoraggio delle convenzioni con enti terzi da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale

*A2. Programmare, gestire e successivamente controllare su base periodica ed in modo sistemico le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati*

Come previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento, in Istituto è definito un sistema di budget (Art. 25) ed una definizione annuale dei budget per Centro di Responsabilità (Art. 26). Il budget annuale si articola in obiettivi generali, intermedi e specifici definiti dalla Direzione Aziendale ed in obiettivi individuali, definiti dalle strutture organizzative funzionali.

*Il Direttore Generale*

Esiste in Istituto una specifica procedura per la gestione del processo di budget (Codice aziendale MP001) approvata dal Direttore Amministrativo in data 23.09.2016 all'interno della quale è individuato il percorso seguito e le diverse linee di responsabilità.

Il Budget economico generale per CdR è allegato al Bilancio Preventivo dell'Istituto e pertanto viene adottato annualmente con delibera del Direttore Generale.

*A3. Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio*

La procedura amministrativo contabile attualmente in uso è una procedura commerciale realizzata da un fornitore specializzato in Enti del SSN ed è utilizzata, in Regione Toscana, anche dalla Usl Toscana Centro. Al momento, in Istituto, sono in uso i seguenti moduli informatici presenti nella procedura amministrativo contabile:

- Approvvigionamenti;
- Fatturazione attiva;
- Contabilità.

E' in corso di valutazione l'acquisizione di un applicativo contabile specifico per l'attività Alpi (fatturazione attiva e riscossione somme).

Fra le ulteriori azioni di miglioramento del sistema informativo a finalità contabili è prevista, come da Piano ICT triennale 2016-2018 di Estar, l'acquisizione e l'installazione di un software amministrativo contabile unico a livello regionale.

Si ricorda, infatti, che in Regione Toscana le funzioni di ICT per le Aziende Sanitarie sono state esternalizzate presso un ente terzo (ESTAR).

*A4. Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità*

Nell'ambito del controllo direzionale e di gestione in Istituto viene prodotto un cruscotto direzionale con cadenza quadrimestrale contenente dati gestionali sia a livello generale d'Azienda che a livello di singoli CdR.

Vengono, inoltre, inviati con cadenza bimestrale ai singoli responsabili di CdR ed alla Direzione Sanitaria report contenenti i consumi di beni rilevati nel periodo e le attività prodotte nel medesimo.

Con cadenza trimestrale vengono monitorati, a cura del Controllo di Gestione, gli scostamenti degli obiettivi di budget per CdR negoziati con la Direzione Aziendale.

La definizione/aggiornamento del Piano dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo è regolamentata tramite apposita procedura operativa (Codice aziendale AP002) approvata dal Direttore Amministrativo in data 03.09.2015.

*A5. Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore esterno*

Relativamente a questo standard l'Istituto ha previsto all'interno degli obiettivi di budget per CdR per l'anno 2017 la predisposizione di apposita procedura per la gestione dei rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e della Società di Revisione.

*Il Direttore Generale*

Allo stato attuale l'RPCT effettua delle verifiche e controlli, come da PTPC, sui rilievi del Collegio Sindacale attraverso l'analisi dei verbali e di apposita reportistica contenente i rilievi effettuati e le azioni poste in essere conseguentemente fornite dalla Segreteria dello stesso.

## GESTIONE E CONTROLLO DELL'AREA IMMOBILIZZAZIONI

### Piano Investimenti

Viene predisposto annualmente, per un arco temporale di 3 anni, un Piano Investimenti che viene approvato in occasione dell'adozione del Bilancio Preventivo Pluriennale e Annuale. Nel 2016 il Piano Investimenti, approvato con delibera del Direttore Generale, è stato preceduto da una delibera di ricognizione degli investimenti sanitari e tecnologico-informatici ai fini della stesura del Piano Investimenti dell'Istituto (Delibera del Direttore Generale n° 177 del 28.07.2016), in considerazione dell'allungamento dei tempi tecnici necessari per l'adozione del bilancio preventivo dell'anno. L'elenco dei fabbisogni da inserire nel Piano è sempre predisposto, previa valutazione della Direzione Sanitaria, per quanto riguarda gli investimenti di natura sanitaria e dell'ICT di Estar per quanto riguarda gli investimenti di natura informatica.

### Capitalizzabilità dei costi e capitalizzabilità delle manutenzioni

Nel 2016 la fattispecie relativa alla capitalizzabilità dei costi e/o delle manutenzioni non è ricorsa. Non è presente, al momento, data la sporadicità di questa fattispecie, una specifica procedura di gestione di questi aspetti.

### Libro cespiti e inventario

In Istituto è stato adottato il Regolamento per la tenuta dell'inventario di beni immobili e mobili (Deliberazione DG n. 88 del 15.05.2014) che disciplina la tenuta dell'inventario sia dei beni di proprietà che di quelli utilizzati ad altro titolo.

E', inoltre, presente una procedura operativa sulla Gestione delle apparecchiature biomediche (Codice aziendale AP006) elaborata da un gruppo di redazione multidisciplinare ed approvata dal Coordinatore delle Attività Tecnico/Sanitarie in data 18.09.2012.

Attualmente il Libro/Registro Cespiti viene gestito in via extracontabile attraverso un file excel.

E' in fase di realizzazione la migrazione dei contenuti del file excel sul modulo cespiti all'interno della procedura amministrativo-contabile in uso.

La procedura di riconciliazione tra libro cespiti e contabilità generale avviene, con cadenza al momento annuale in fase di chiusura del bilancio d'esercizio, nel seguente modo:

- verifica che i ricevimenti (modulo approvvigionamenti) relativi ad acquisti su Conti patrimoniali abbiano il relativo carico sul Registro Cespiti;
- per ogni Conto di bilancio riportato sul Registro cespiti viene fatta la stampa dei carichi che viene riscontrata con le prime note relative per ciascun conto.

Non è stato effettuato alcun inventario fisico complessivo né per classe di cespiti né per centro di costo negli ultimi 5 anni.

*Il Direttore Generale*

I beni soggetti a collaudo vengono inventariati al ricevimento del collaudo, gli altri beni vengono inventariati al ricevimento dell'attestazione di regolare esecuzione.

Sulla base di tali documenti viene assegnato un bollino ad ogni singolo bene e apposto sul bene direttamente da un addetto all'inventariazione.

L'abbinamento al centro di costo è attualmente ottenuto associando il numero di inventario all'ordine effettuato sulla procedura degli approvvigionamenti, il quale richiama il centro di costo ordinante (di questo abbinamento viene tenuta traccia in apposito file excel).

La proposta di dismissione dei beni avviene, a cura del proponente, tramite la compilazione di idonea scheda (allegato D al Regolamento per la tenuta dell'inventario).

La procedura di dismissione è definita in apposito allegato (allegato E) al Regolamento per la tenuta dell'inventario.

L'individuazione dei cespiti acquistati con contributi in conto capitale avviene tramite l'attribuzione del codice di autorizzazione legato a tale fonte di finanziamento, riportato sull'ordine di acquisto.

Nel corso del 2016 né negli anni precedenti sono risultate immobilizzazioni immateriali in corso in quanto fattispecie non presente in Istituto.

## GESTIONE DELL'AREA RIMANENZE

In Istituto è presente una procedura operativa per la gestione e rilevazione delle giacenze di beni economici e sanitari (Codice aziendale AP020) predisposta da un gruppo di redazione multidisciplinare ed approvata dal Direttore Amministrativo in data 21.12.2015.

La contabilità analitica relativa ai consumi di magazzino viene alimentata direttamente dal gestionale di magazzino di Estar (Smart Health) attraverso una reportistica pre definita ed integrata, per i beni che non transitano da Estar, con gli scarichi presenti sul modulo approvvigionamenti della procedura amministrativa contabile.

La contabilità generale viene alimentata attraverso le fatture elettroniche inviate da Estar.

Il Controllo di Gestione verifica annualmente, in fase di chiusura del bilancio, tramite confronto fra i dati presenti in contabilità generale ed i dati ricavabili dalla contabilità analitica, individuando dove possibile, le motivazioni degli scostamenti.

## GESTIONE E CONTROLLO NELL'AREA CREDITI

Il documento giustificativo dei crediti per l'Istituto è rappresentato in via prioritaria dalla fattura attiva. Solo per le entrate che non prevedono l'emissione di un documento da parte dell'Istituto (ad es. i contributi in c/esercizio e la mobilità sanitaria in compensazione) o su specifica indicazione dell'ente erogatore, viene fatta una eccezione al ricevimento della fattura attiva.

Per quanto riguarda nello specifico, i finanziamenti finalizzati che rappresentano circa il 15-20% del totale del valore della produzione annuale, in Istituto è stato approvato un Regolamento sui progetti finalizzati (Delibera del Direttore Generale n° 4 del 12.01.2012) ed una istruzione operativa per la gestione amministrativo-contabile dei finanziamenti finalizzati erogati da terzi (Codice Aziendale AI001) approvata

*Il Direttore Generale*

dal Direttore Amministrativo in data 11.11.2015, nella quale sono identificate le specifiche linee di responsabilità per le diverse attività previste.

Per ogni finanziamento finalizzato ricevuto dall'Istituto viene predisposta una delibera di recepimento del finanziamento che individua formalmente il Responsabile del progetto, recepisce la relazione progettuale ed approva il Piano economico finanziario (PEF) elaborati dal medesimo.

Dal punto di vista organizzativo, inoltre, è stata individuata una specifica struttura aziendale (Settore Attività amministrative di supporto area ricerca) all'interno della S.C. Amministrazione, gestione risorse, attività tecniche e supporto alla ricerca, con la specifica funzione di gestire tutte le procedure economiche ed amministrative dei finanziamenti statali e regionali e di provvedere al supporto amministrativo gestionale delle strutture scientifiche dell'Istituto.

Le fasi della previsione e dell'accertamento sono gestite dagli uffici competenti (Ufficio Accettazione, per quanto concerne le attività di registrazione e gestione amministrativa) mentre la fase dell'incasso è gestita dalla Contabilità e dall'Istituto Cassiere.

Periodicamente, considerate anche le dimensioni dell'Ente circa due volte l'anno, la Contabilità verifica i crediti scaduti ed effettua un sollecito all'incasso.

## GESTIONE E CONTROLLO NELL'AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

Non è prevista in Istituto alcuna forma di maneggio diretto del contante e di conseguenza alcun tipo di incasso con tale modalità, da parte degli operatori presenti.

Gli incassi vengono effettuati esclusivamente mediante bonifici bancari, riscuotitrici da banco, bollettini di C/C postale o riscuotitrici automatiche. Occasionalmente, vengono ricevuti assegni circolari non trasferibili, in genere legati a rimborsi Inail o utenze.

I pagamenti avvengono in via quasi esclusiva tramite bonifico bancario sul C/C dedicato indicato dal debitore nel rispetto degli obblighi della tracciabilità (L. 136/2010) oppure tramite addebito sul C/C postale.

I contributi previdenziali, erariali, le accise e l'Irap vengono pagati utilizzando il modello F24.

Gli unici pagamenti in contanti effettuati in Istituto sono quelli relativi ai rimborsi spese nei confronti dei dipendenti per spese anticipate per conto dell'Ente tramite l'utilizzo della cassa economale, diventati, comunque, residuali a seguito dell'introduzione dell'obbligo dei pagamenti da parte delle PP.AA. solo dietro presentazione di fattura elettronica.

Il rendiconto delle spese effettuate per cassa economale viene approvato annualmente con delibera del Direttore Generale.

Trimestralmente il Collegio Sindacale nell'ambito della relazione periodica dell'attività svolta, verifica la riconciliazione di cassa e bancaria con quanto risulta in contabilità generale.

## GESTIONE E CONTROLLO NELL'AREA DEBITI

Il documento giustificativo dell'esistenza di un debito per l'Istituto è, in via prioritaria, la fattura passiva.

La modalità di gestione del flusso documentale relativo alle fatture passive, note di credito/debito e notule dei professionisti con le relative responsabilità, è definita in apposita procedura generale (Codice aziendale AP003) approvata dal Direttore Amministrativo in data 01.09.2015.

*Il Direttore Generale*

Con riferimento all'acquisto di beni e servizi si possono identificare le seguenti attività:

- a) Ordine d'acquisto;
- b) Registrazione delle fatture;
- c) Liquidazione delle fatture;
- d) Pagamento delle fatture.

I punti a) e c) sono in carico ai cd "uffici liquidatori" che in Istituto sono rappresentati dal Settore risorse umane e affari generali, dal Settore attività tecnico-patrimoniali ed economiche, dal Settore attività amministrative di supporto area ricerca e dalla S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti. L'effettuazione dell'ordine di acquisto e del ricevimento (fase di liquidazione) sono tracciabili e tracciati attraverso la procedura amministrativo-contabile in uso (modulo approvvigionamenti).

I punti b) e d) sono invece in carico alla Contabilità ed all'Istituto cassiere.

Periodicamente, considerate anche le dimensioni dell'Ente con cadenza circa bimestrale, la Contabilità verifica i debiti scaduti e sollecita gli uffici liquidatori all'attivazione dell'iter per il pagamento.

La rilevazione dei debiti per competenza avviene attraverso la generazione nella procedura di contabilità delle fatture da ricevere sulla base dei ricevimenti con non risultano legati a fatture entro la fine dell'esercizio contabile.

Il Direttore Generale  
Prof. Gianni Amunni



**Azienda ISPO**

## **STANDARD ORGANIZZATIVI, CONTABILI E PROCEDURALI**

### **REQUISITI GENERALI**

*A3: Disporre di Sistemi Informativi che consentono la gestione ottimale dei dati contabili e della formazione delle voci di bilancio*

Premessa all'analisi richiesta dai punti 1-6 è la descrizione dell'assetto del SSR toscano ed in particolare il conferimento ad Estar (L.R.T. 40/2005 e ss. mm. e ii. Art. 101 e L.R.T.26/2014) delle competenze in materia di gestione delle reti informative e tecnologie informatiche.

In questo ambito Estar ha approvato il proprio regolamento di organizzazione con la delibera DG 346/2016 art. 31 che prevede istituzione del Dipartimento Tecnologie Informatiche e Sanitarie.

Estar mette a disposizione i mezzi e gli strumenti tecnici ed organizzativi di propria competenza affinché sia possibile rispondere agli standard organizzativi, contabili e procedurali richiesti dal Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).

Nell'analisi della situazione attuale va tenuto conto la recente riforma delle AASS che sono confluite nelle tre attuali ereditando quanto presente nelle dodici precedenti (Legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale).

La ristrutturazione e razionalizzazione del sistema, ad oggi in progress, porterà ad un'evoluzione del sistema informativo sanitario regionale secondo quanto previsto e condiviso fra Estar, le AASS e la Regione Toscana nel Programma strategico triennale ICT (Delibera GRT 604/2016).

#### **1. La struttura organizzativa dell'ambiente informatico per l'elaborazione dei dati contabili e la produzione di rapporti periodici.**

##### **1.1 La situazione infrastrutturale**

L'elaborazione dei dati che contribuiscono alla formazione delle voci di bilancio, dal punto di vista infrastrutturale, avviene tramite apparecchiature posizionate nei Data Center dell'Azienda ISPO.

Rispetto a quanto sopra citato, il processo da attuare prevede la razionalizzazione dei Data Center esistenti nella logica di centralizzazione collegata al nuovo modello organizzativo delle Aziende Sanitarie e che realizzi, tra l'altro, la costruzione di un modello efficace di Business Continuity locale ed un solido sistema di Disaster Recovery ottenuto anche mediante un processo di mutua collaborazione con le altre aziende sanitarie e con il sistema toscano (TIX).

Business Continuity (BC) e Disaster Recovery (DR) rappresentano i due elementi fondamentali con cui affrontare efficacemente i processi di integrazione, delocalizzazione e dematerializzazione in atto e supportare tecnicamente il nuovo modello organizzativo della Sanità Toscana. La BC, ove possibile, è implementata all'interno dei Data Center mediante adeguate tecnologie e sistemi hardware/software in modo che l'eventuale fault ad un sistema non abbia ripercussioni significative sulla fornitura dei servizi (al massimo dei rallentamenti).

Il sito di Disaster Recovery dovrà essere posizionato ad una adeguata distanza in modo che eventuali eventi disastrosi non interessino con la stessa intensità i due siti individuati. Si prevede che un sito di DR sarà posizionato in una delle altre due Aree Vaste della Toscana, offrendo nello



stesso tempo in modalità ciclica e federata lo stesso servizio (es. Sudest che si appoggia alla Centro; la Centro che si appoggia alla Nordovest; la Nordovest che si appoggia alla Sudest).

La lista dei Data Center è riassunta nella seguente tabella:

Stanze			
Codice	Uso	Localizzazione	Area
R7	Sala macchine – ISPO	Housing TIX – Via San Piero a Quaracchi Firenze	Centro

## 1.2 I sistemi applicativi di Contabilità

In questa sezione viene presentato l'ecosistema architetturale degli applicativi per la tenuta della contabilità generale e contabilità analitica, nonché dei sottosistemi ad esse correlati, quali magazzino, inventario cespiti, ecc...

I sistemi per la gestione della contabilità generale sono utilizzati per la rilevazione dei fatti gestionali significativi ai fini del Bilancio e quindi per la determinazione periodica sia del reddito d'esercizio sia del patrimonio di funzionamento. I sistemi di contabilità analitica sono utilizzati per la rilevazione quantitativa, contabile ed extracontabile finalizzate quindi a fornire al management le informazioni relative ai fatti interni di gestione necessarie, storicamente, per la determinazione del costo di prodotto e/o di unità produttiva, dimensioni che attualmente hanno assunto valenza per le analisi e le decisioni di allocazione delle risorse e quindi per la guida della funzione di programmazione e controllo delle aziende.

Da rilevare che il sistema di contabilità della Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologia (ISPO) presenta le caratteristiche di cui ai paragrafi seguenti.

### 1.2.1 Impianto di ISPO

Il sistema di gestione contabile e logistica adottato fa parte della suite di prodotti AREAS del fornitore Engineering. I moduli adottati in particolare per le funzioni gestione contabile ed analitica sono:

- AREAS Amministrazione e Controllo: Sistemi per la gestione amministrativa (contabilità, finanza e budget, approvvigionamento e logistica) di cui OLIAMM è parte integrante in quanto è la versione client\server di questa componente
- Oliamm Logistica & Approvvigionamenti
- Oliamm Contabilità, cespiti e Contabilità Economico-Patrimoniale
- Modulo Integrazione Easy Fattura

Il sistema OLIAMM offre una gestione integrata e flessibile del Bilancio gestionale che considera la competenza economico patrimoniale degli eventi amministrativi rilevati secondo i principi della contabilità economica.

Gli accorpamenti tra Enti Sanitari e la necessità in alcuni casi di mantenere separata evidenza per i servizi sociali e territoriali e per i presidi ospedalieri sono aspetti che trovano piena soluzione nella struttura multiaziendale (presidio) e pluribilancio del sistema adottato: la procedura è in grado di gestire la scomposizione in più bilanci aziendali (per esempio separazione tra i presidi ospedalieri) pur mantenendo uno schema unico di bilancio aziendale (a livello di "corporate"). Allo stesso modo è possibile gestire separatamente più attività contabili sempre all'interno di uno schema unico di





bilancio, per esempio utile per separare la contabilità della libera professione intramuraria o in generale le attività commerciali da quelle istituzionali, ovvero una gestione di contabilità separate ai fini IVA e IRPEG.

Il Sistema si articola nelle seguenti funzioni:

- Piano dei Conti e Bilanci;
- Movimentazione Contabile e Contabilità Fornitori e Clienti;
- Gestione Cassa e Tesoreria;
- Contabilità IVA;
- Sostituto d'imposta.

Il sistema prevede la possibilità di operare con flussi contabili di acquisizione dall'esterno e comunicazione all'esterno, associate a funzionalità di caricamento e contabilizzazione in modo automatico. Flussi come EdiBill (Telecom), Enel, Addebiti di fatturazione da sistemi esterni, flusso contabile ed analitico degli stipendi, produzione flussi Postel, Farmafactoring, IMS sono i principali meccanismi di acquisizione e comunicazione.

Il modulo consente un'amministrazione contabile analitica delle immobilizzazioni materiali e immateriali, permettendo un controllo continuo della situazione sia da un punto di vista dell'assegnazione dei beni, che della consistenza patrimoniale degli stessi. In particolare, le funzionalità garantite dalla procedura per ogni bene di inventario sono le seguenti: a) Anagrafica inventario del bene b) Classificazione dei beni c) Assegnazione dei beni d) Calcolo Ammortamenti e) Legame tra cespiti accessori f) Legame tra cespiti principali e relativi componenti g) Movimentazione di protocollo h) Gestione dati inventariali e patrimoniali i) Attività di consultazioni e stampe.

I Sistemi in ambito per la gestione delle fatture e dei pagamenti sono i seguenti:

- Integrazione con la Fatturazione Elettronica: Il modello operativo, relativo alla Fatturazione Elettronica, definito all'interno del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 3 aprile 2013 n. 55, prevede la possibilità per fornitori ed Enti Pubblici di rivolgersi ad intermediari che garantiscono la comunicazione con il Sistema di Interscambio (SDI). L'Azienda, interagisce con il Sistema di Interscambio e quindi l'intermediario, in due modalità: a) da Fornitore: quando emette fatture attive da inviare ad altri Enti Pubblici; b) da Ente Pubblico Cliente: quando riceve fatture passive inviategli da Fornitori o altri Enti Pubblici;
- Integrazione con il Magazzino di Area Vasta di ESTAR: scambio di dati su anagrafica prodotti, Richieste / Ordini / Bolle / Fatture mediante file excel
- Integrazione con modulo di dematerializzazione EiiFactPA per la gestione del servizio di instradamento e ricezione

Contabilità controlli di gestione: l'ufficio Controllo di Gestione utilizza una piattaforma di Business Intelligence sviluppata internamente su Microsoft Access, per la reportistica sui dati contabili. Il sistema viene alimentato dal sistema OLIAMM mediante processi ETL di caricamento dati notturni. Mediante tale sistema "custom" l'utente decentrato opera in piena autonomia nella costruzione e consultazione di report personalizzati, sia nel contenuto che nel layout. La piattaforma prevede la gestione e la manutenzione di un set di "report precostruiti" per la produzione automatica di report di interesse del controllo di gestione.



La piattaforma AREAS include il modulo AREAS Direzionale che abilita il Controllo di Gestione all'utilizzo di uno strumento operativo a supporto delle attività di Programmazione e Controllo ed è, pertanto, un sottosistema del sistema informativo aziendale alimentato a partire dai sottosistemi operazionali Aziendali. Tale modulo abilita sia alla costruzione di dashboard di interesse che di report operativi.

I moduli applicativi del sistema sono progettati secondo l'architettura three-tier ("a tre strati") ad, la quale indica una particolare architettura software che prevede la suddivisione del sistema in tre diversi moduli dedicati rispettivamente all'interfaccia utente, alla logica funzionale (business logic) e alla gestione dei dati persistenti.

I Sistemi appartenenti alle diverse aree applicative della piattaforma sono sviluppati all'interno di un framework specifico in tecnologia JEE: l'AREAS Business Framework; che rende inoltre disponibili le componenti trasversali a tutti i Sistemi della piattaforma, come il workflow/document management, la gestione degli accessi o gli strumenti di business intelligence.

L'interoperabilità applicativa è garantita con le seguenti modalità a seconda dei casi, in base all'interlocutore (umano o applicativo), le modalità (sincrone o asincrone), alle capacità tecnologiche della controparte:

- Web service
- Integrazione mediante servizi di cooperazione applicativa CART; mediante servizi di cooperazione basati sullo standard regionale e le relative RFC pubblicate sul portale regionale
- Flussi ETL

## **2. L'organizzazione delle funzioni dell'ambiente informatico**

### **2.1 L'organizzazione delle funzioni di Estar**

Come previsto dal regolamento Estar, l'area competente in merito all'ambiente informatico in oggetto è Infrastrutture Processi e flussi (IPF), nella sue declinazioni territoriali a livello di Area Vasta.

All'interno del Dipartimento ITS è attribuita all'Area Progetti la competenza in merito alla realizzazione dei progetti strategici, individuati e condivisi a livello regionale fra regione Toscana, Estar e Aziende sanitarie ed ospedaliere. L'Allegato 1 illustra l'interazione fra l'Area Progetti e l'Area IPF.

In ogni Area Vasta la struttura organizzativa dell'ambiente informatico è caratterizzata dalla presenza delle UOS:

- UOS Infrastrutture
- UOS Procedure e Flussi

che afferiscono rispettivamente alla UOC Infrastrutture ed alla UOC Processi e flussi regionali nell'Area IPF.

#### UOS Infrastrutture

Compiti della struttura sono progettazione, gestione e governo delle attività di innovazione, sviluppo e manutenzione dei sistemi, delle piattaforme hardware, software di infrastruttura, dei Data Center e delle piattaforme per l'infrastruttura di networking della zona di riferimento, contribuendo alla omogeneizzazione generale delle tecnologie e dei processi sottesi, secondo le linee guida generali definite dal Responsabile di U.O.C. Infrastrutture, in maniera partecipativa per raggiungere le mission assegnate nell'ambito delle altre UO di Area.



È compito della struttura avviare azioni al fine di implementare:

- standard aziendali che concorrano ad una gestione industrializzata ed ottimizzata delle infrastrutture, anche da un punto di vista applicativo;
- best practices e progettazione delle evoluzioni delle infrastrutture esistenti presenti con l'obiettivo di supportare le aziende sanitarie nel percorso di centralizzazione su base di Area Vasta;
- sistemi di Monitoraggio delle infrastrutture allo scopo di assicurare i livelli di servizio attesi nell'ambito del servizio sanitario toscano;

L'ambito di competenza della UO copre la gestione manutentiva, correttiva ed evolutiva dei sistemi e delle piattaforme hardware e software di infrastruttura dei Data Center delle Aziende Sanitarie, avvalendosi, oltre che di personale interno, anche di fornitori esterni; in particolare e non esaustivamente le attività riguardano:

- Server Farm (Mainframe, Server fisici desktop, rack, blade, etc) e Piattaforme di virtualizzazione (Server, VDI/Desktop, etc) garantendo la disponibilità e le performance dei server virtuali / fisici, inclusa assistenza;
- Sistemi di Storage (NAS, SAN, file server, etc);
- Sistemi di backup e restore (su nastro, disco, etc) garantendo il funzionamento dell'infrastruttura centralizzata di backup, inclusa assistenza hardware;
- Sistemi di infrastruttura (LDAP, AD, Sistemi AAA e SSO, DNS, proxy direct e reverse, DHCP, WEB, FTP, NTP etc, sistemi per la software distribution, sistemi di protezione server e desktop quali antivirus/spyware/content filtering etc, etc), e gestione dell'accounting/identità su infrastrutture e sistemi in ambito;
- Sistemi di monitoraggio Data Center e del Network;
- Piattaforme e sistemi trasversali;
- Piattaforme della DBMS Farm (Oracle, SQL-Server, altro);
- Governo dell'infrastruttura di rete nella definizione e gestione delle politiche di accesso e distribuzione anche mediante sistemi specifici, definizione e gestione del piano di indirizzamento e delle politiche di instradamento, etc;
- Reti LAN, MAN, WAN dati e fonia, wired e wireless, per le reti di proprietà delle Aziende, si garantisce la gestione di apparati ed elementi attivi/passivi con esclusione del cablaggio, per le reti in concessione o uso, di proprietà di un operatore pubblico o privato, si garantisce il governo tecnico dei contratti;
- Piattaforme Firewall e IDS per la sicurezza perimetrale del network e/o dei Data Center;
- Gestione operativa delle Policy Firewall e IDS per l'accesso ai sistemi, alle piattaforme e ai servizi in produzione in carico ad altre UUOO/Aree/Fornitori o a terzi in generale;
- Gestione degli accessi Extranet (VPN di accesso remoto e lan-to-lan, integrazione con sistemi AAA, Portale Extranet, etc);
- Piattaforme di comunicazione e collaborazione (integrazione con sistemi di fonia tradizionale, video/web conference, sistemi di presence, voice mail, etc);

### UOS Processi e Flussi

Compito della struttura è gestire la manutenzione ordinaria, correttiva ed evolutiva delle procedure, dei Flussi Informativi Regionali e Sistemi Informativi Direzionali (BI e DSS) in uso nell'Area Vasta di competenza, contribuendo alla omogeneizzazione generale di procedure e processi secondo le



linee guida generali definite dal Responsabile di U.O.C. Processi e Flussi, in maniera partecipativa a mission e ambito delle altre UO di Area.

E' compito della struttura avviare azioni di:

- Implementazione di standard aziendali che concorrano ad una gestione industrializzata ed ottimizzata degli applicativi
- Analisi dei requisiti, pianificazione redazione dei capitolati per i nuovi progetti gestiti dall' Area Progetti secondo le metodologie di project management definite dal PMI;
- Monitoraggio degli applicativi e dell'invio Flussi allo scopo di assicurare i livelli di servizio attesi nell'ambito del servizio sanitario toscano
- Coinvolgimento nella stesura dei requisiti tecnologici necessari a supportare le evoluzioni previste;
- Individuare i requisiti di interesse per le aziende sanitarie, facendo leva su presidio diretto, per i progetti trasversali all'ambito sanitario con particolare focus sulla integrazione ospedale territorio;

L'incarico assegnato di responsabilità di struttura prevede il coordinamento organizzativo e tecnico con funzionalità di raccordo con le esigenze complessive di Dipartimento e di Area.

Nello specifico si evidenziano le seguenti attività:

- Garantire il rispetto della pianificazione strategica delle evoluzioni dei sistemi informativi, nonché il loro monitoraggio e controllo, in sintonia con gli obiettivi Regionali, Ministeriali e del MES, le strategie aziendali e la la pianificazione delle aziende del SSR
- Fornire all'Area Progetti elementi per la definizione di una strategia di unificazione e consolidamento dei sistemi in ambito, con particolare riferimento alle aziende sanitarie territoriali;
- Governo dei fornitori sulle attività manutentive sugli applicativi;
- Pianificare le attività secondo le priorità e le strategie definite e concordate con l'Azienda Sanitaria ed Estar;
- Supportare le attività amministrative sui progetti in ambito e sui contratti di manutenzione e assistenza;
- Gestire le attività ordinarie e straordinarie sugli applicativi in ambito;
- Verificare la corretta esecuzione delle attività di test e collaudo per i progetti in ambito;
- Presidiare i fornitori affinché garantiscano tempi e qualità dei prodotti e servizi forniti;
- Garantire un presidio costante di tutto il territorio regionale avvalendosi, ove possibile/opportuno, di specifiche professionalità di Coordinamento del personale nelle 3 aree vaste;
- Partecipare attivamente alle fasi di analisi dei processi;
- Proporre soluzioni e stimoli all'interno di un processo di crescita e diffusione delle buone pratiche
- Supporto alla individuazione di modalità che consentano di trovare risposte di innovazione tecnologica ai bisogni di innovazione organizzativa;
- Garantire nelle fasi di supporto alla progettazione il pieno utilizzo degli standard esistenti o di promuoverne l'adozione;

## 2.2 L'organizzazione delle funzioni della Azienda Sanitaria

L'organizzazione delle funzioni dell'ambiente informatico è ispirata al generale principio della separazione dei compiti: l'emissione degli ordini di acquisizione di beni e servizi viene effettuata da personale amministrativo di supporto ai servizi farmaceutici, territoriali ed ospedalieri utilizzando i



moduli di Approvvigionamenti e Gestione Materiali personale che provvederà poi al riscontro fra fatture passive, registrate dalla contabilità generale, bolle di consegna e servizi effettivamente resi e quindi alla relativa liquidazione della fattura.

Il modulo di gestione dei cespiti, affidato alle strutture del Patrimonio ed integrato con contabilità generale ed analitica nonché con il modulo di gestione degli Approvvigionamenti, restituisce i dati necessari alla contabilizzazione degli ammortamenti dei beni materiali ed immateriali.

Relativamente ai ricavi, l'emissione delle fatture attive è effettuata sia direttamente dal modulo di gestione della contabilità generale, sia da sistemi integrati.

I dati di costo e ricavo sono poi completati dalla rilevazione delle compensazioni per mobilità attiva e passiva derivanti dagli applicativi di gestione delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri che danno luogo ai flussi informativi certificati dalla Regione Toscana.

La gestione finanziaria delle operazioni di incasso e pagamento, attraverso ordinativi emessi nei confronti dell'Istituto Cassiere, viene gestita dal modulo di contabilità di norma con personale diverso da quello che procede alle corrispondenti registrazioni di costo e ricavo.

I moduli di gestione contabile anzidetti consentono di profilare correttamente ciascun operatore in modo che siano a ciascuno consentite le registrazioni ed operazioni di stretta competenza.

### **3. La protezione fisica e logica dell'accesso non autorizzato al sistema informatico**

#### **3.1 L'analisi dei rischi**

Sono state identificate tre principali classi di eventi potenzialmente dannosi per la sicurezza dei dati e sono state evidenziate le possibili conseguenze e la loro gravità.

In sintesi gli eventi dannosi sono classificati in tre classi:

Eventi relativi agli operatori	Gli operatori che accedono ai sistemi informatici sono alcune migliaia, dislocati in molte sedi geograficamente distribuite, e spesso non opportunamente presidiate.
Eventi relativi agli strumenti	L'evoluzione delle metodologie utilizzate nello svolgimento delle attività del quotidiano sia in ambito amministrativo che sanitario, rendono particolarmente critico l'aspetto relativo ai software che vengono utilizzati sia per la modifica che per il reperimento e la consultazione dei dati. La vulnerabilità dei software utilizzati deve essere contenuta con la messa in produzione di nuovo software o nuove release di software.
Eventi relativi al contesto	Attualmente, la topologia dell'infrastruttura sistemistica delle Aziende dell'Area Vasta Centro prevede sia Data Center Aziendali che alcune soluzioni in housing. I Data Center aziendali racchiudono in pochi spazi enormi quantità di dati, esponendoli ad un rischio concentrato. La connettività e l'utilizzo di reti informatiche logiche accosta continuamente flussi di dati interni alla azienda al mondo internet. È evidente che queste realtà possono comportare rischi legati sia alla pura logistica (controllo fisico degli accessi, strutture architettonicamente sicure, ridondanza delle linee dati ed elettriche, etc..) che alle modalità di utilizzo delle stesse

All'interno delle tre classi sono stati individuate le potenziali forme di rischio che in relazione all'impatto che possono avere sui dati sono oggetto di misure attuate o da attuare in grado di limitare o annullare i danni.

	Evento		Descrizione	Impatto
C o m p o r t a m e n t o  o p e r a t o r i	E-A001	Sottrazione di credenziali di autenticazione	Le credenziali (userID/Password) possono essere sottratte al legittimo possessore con vari metodi, anche grazie alla negligenza nella conservazione da parte del possessore stesso.	Altri soggetti possono accedere alle banche dati protette con tali credenziali sostituendosi in tutto e per tutto al soggetto possessore delle stesse. Il sistema di protezione non può in principio sapere dell'occorrenza di tale furto.
	E-A002	Carenza di consapevolezza, disattenzione o incuria	A causa di disattenzione o incuria gli addetti al trattamento possono compiere operazioni errate o specificare dati errati	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi si può ottenere un contenuto errato nella banca dati oppure mettere in pericolo la banca dati ed rendere inefficaci altre misure di sicurezza
	E-A003	Comportamenti sleali o illegali.	In conseguenza di pressioni di vario tipo (es. minacce, ricatti pressioni psicologiche) gli incaricati del trattamento possono compiere operazioni illecite sulla banca dati. Con comportamento consapevole, derivato potenzialmente da vari fattori (risentimenti verso l'Ente, il perseguimento di fini personali, etc.) gli incaricati del trattamento possono compiere operazioni illecite sulla banca dati.	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi si ottenere un contenuto errato nella banca dati. In certi casi l'evento può comportare la sottrazione, in modo illecito, di dati
	E-A004	Errore Materiale	A causa di negligenza, scarsa conoscenza degli strumenti a disposizione o distrazione, gli addetti al trattamento possono compiere operazioni errate o specificare dati errati.	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi di ottenere un contenuto errato nella banca dati.

E v e n t i  r e l a t i v i  a g l i  s t r u m e n t i	E- B001	Azione di virus informatici o di programmi suscettibili di recare danno	Sul sistema su cui si trova la banca dati interessata all'evento o il software utilizzato per accedervi, può venirsi ad installare o essere semplicemente eseguito del software spurio del tipo "virus" o comunque del malware0 informatico.	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi ottenere un contenuto errato nella banca dati. In certi casi l'evento può comportare la sottrazione, in modo illecito, di dati.
	E- B002	Spamming	Il sistema di posta utilizzato dagli incaricati del trattamento potrebbe essere obiettivo di invii di posta spuria generata anche con strumenti automatizzati. Tali messaggi possono contenere false notizie.	Gli incaricati del trattamento possono erroneamente prendere in considerazione tali notizie ed operare interventi sulle banche dati non regolari. Nei casi più gravi si può ottenere cancellazione o impossibilità di accesso ai dati.
	E- B003	Malfunzionamento, indisponibilità o degrado degli strumenti	I sistemi HW/SW con i quali vengono manipolati i dati oggetto dell'evento da parte degli incaricati, possono essere soggetti a degrado naturale conseguente all'uso o al solo funzionamento. Da ciò possono derivare azioni reali sui dati parzialmente o totalmente diverse da quelle che si volevano operare	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi si ottenere un contenuto errato nella banca dati.
	E- B004	Accessi esterni non autorizzati	Soggetti in possesso di credenziali di accesso al sistema, o intenzionati a sferrare un attacco informatico ad uno dei sistemi HW/SW da cui è possibile intervenire su una banca dato obiettivo, possono accedere al sistema individuato da una postazione non utilizzata in condizioni normali di operatività per accedere a tale sistema.	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi si ottenere un contenuto errato nella banca dati. In certi casi l'evento può comportare la sottrazione, in modo illecito, di dati

	E-B005	Intercettazioni di informazioni in rete	Soggetti malintenzionati possono catturare, mediante vari sistemi fisici, parte delle informazioni che transitano sulla rete informatica dell'Ente. Ciò può avvenire in un punto qualunque tra il sistema utilizzato e il sistema HW/SW degli incaricati.	Nei casi più gravi, mediante varie tecniche, si può giungere alla distruzione o manipolazione dei dati. In generale si può avere una sottrazione di dati da parte dei malintenzionati.
E v e n t i  r e l a t i v i  a l  c o n t e s t o	E-C001	Accessi non autorizzati a locali/reparti ad accesso ristretto	Un soggetto autorizzato allo scopo, può accedere fisicamente ai locali dai quali è accessibile e manipolabile la banca dati interessata all'evento.	Nei casi più gravi si può ottenere la distruzione di tutta o parte della banca dati. Nei casi meno gravi si ottenere un contenuto errato nella banca dati. In certi casi l'evento può comportare la sottrazione, in modo illecito, di dati.
	E-C002	Sottrazione di strumenti contenenti dati	I sistemi HW/SW e/o i supporti di memorizzazione, nei quali sono immagazzinati i dati relativi alla banca dati interessata all'evento, possono venire sottratti illecitamente da parte di altri soggetti non aventi diritto di accedere a tale banca dati.	L'evento comporta la sottrazione, in modo illecito, di dati.
	E-C003	Eventi distruttivi, naturali o artificiali (movimenti tellurici, scariche atmosferiche, incendi, allagamenti, condizioni ambientali, ecc.), nonché dolosi, accidentali o dovuti ad incuria	I sistemi HW/SW e/o i supporti di memorizzazione, nei quali sono immagazzinati i dati relativi alla banca dati interessata all'evento, possono essere interessati da eventi distruttivi di origine sia fortuita che dolosa.	Dall'evento può derivare la distruzione totale o parziale della banca dati.



E-C004	Guasto ai sistemi complementari (impianto elettrico, climatizzazione, ecc.)	I sistemi ausiliari necessari al corretto funzionamento degli apparati HW/SW con i quali viene trattata o che contiene la banca dati interessata all'evento possono avere malfunzionamenti in conseguenza di varie cause.	Dall'evento può derivare la distruzione totale o parziale della banca dati.
E-C005	Errori umani nella gestione della sicurezza fisica	Il personale addetto ad accedere nei luoghi dove sono presenti le banche dati può causare involontariamente dei danni agli apparati HW/SW.	Dall'evento può derivare la distruzione totale o parziale della banca dati.

### 3.2 Le misure di sicurezza adottate

Di seguito sono schematizzate in modo sintetico le misure adottate o da adottare ai fini della sicurezza per i rischi connessi alle attrezzature informatiche.

Misura	Descrizione della misura e dei rischi contrastati	Eventi contrastati	Misure in essere/ da adottare
M-201	Separazione tra rete aziendale e rete pubblica	E-B001 E-B004 E-B005	Firewall hardware o software installato su appliance dedicato a protezione delle reti aziendali presenti
M-202	Antivirus/Malware	E-B002	Sui sistemi interessati al trattamento dei dati in questione sono stati installati opportuni software di protezione dai virus informatici. Tali software sono costantemente aggiornati, in modo automatico, con frequenza almeno giornaliera. In certe situazioni il sistema provvede ad aggiornamenti più frequenti. Attività futura: unificazione della versione di antivirus per tutta l'Area Vasta Centro
M-203	Tutti i rischi collegati con l'utilizzo della Posta Elettronica	E-B002	L'Azienda Sanitaria è inserita dentro il sistema regionale di posta elettronica, denominato Super-S, in modo da "internalizzare" gran parte delle comunicazioni. Sono attivati sistemi evoluti di protezione, con il sistema anti-SPAM integrato con le principali black list internazionali.
M-204	Manutenzione preventiva	E-B003	Sui sistemi HW/SW sono state attivate azioni di manutenzione di tipo preventivo e pianificato al fine di poter prevenire il più possibile il

			manifestarsi dei guasti più ricorrenti ed evitare sospensioni di servizio conseguenti al verificarsi di tali guasti.
M-205	Manutenzione correttiva	E-B003	In fase di rilascio di BUG o patch i sistemi sono costantemente aggiornati
M-206	Criptazione traffico di rete	E-B005	E' stato generalizzato l'uso di protocolli criptati nella comunicazione in rete (https, ssh, rdp e crittografia)
M-207	Implementazione InterSST per garantire immediata disponibilità e accesso a risorse condivise nelle nuove USL di Area Vasta.	E-B004 E-B005	InterSST è stato implementato per fornire l'accesso ai soli Enti del SST ai servizi applicativi condivisi tra Ex Asl che sono state consolidate nel nuovo modello delle Usl di Area Vasta, per la fase in cui le ex reti aziendali sono ancora separate e autonomamente protette da firewall (misura M-201)
M-208	Procedura di Backup dei dati, in grado di garantire il ripristino della normale attività in tempi rapidi e con il minimo danno in caso di sottrazione/corruzione/indisponibilità dei dati o degli applicativi.	E-B001 E-B002 E-B003 E-B004 E-B005	I dati e i software in uso sono copiati con regolarità su supporti fisici diversi che sono poi conservati in locali separati opportunamente protetti da accessi non autorizzati, e possibilmente in casseforti ignifughe. Sono regolarmente effettuate copie multiple su nastro/disco secondo format programmati per consentire un corretto ripristino in caso di fault.
M-209	Rete Geografica ridondata, al fine di assicurare continuità di esercizio	E-B003 E-A004 E-C003 E-C004	Le sedi aziendali sono interconnesse tramite RTRT, un infrastruttura di rete dedicata agli Enti Regionali capace di supportare un elevato numero di utenze e garantire elevate prestazioni in termini di banda e affidabilità destinata alla realizzazione di reti intranet ed extranet e all'accesso verso Internet, in coerenza con il quadro normativo e tecnico definito dal CNIPA relativamente al SPC.
M-210	Restrizioni di accesso	E-B001 E-B004 E-A001 E-A003	I DATABASE server sono dotati di accesso ristretto al settore DBA. I Sistemi e le reti sono dotati di accesso ristretto ai soli tecnici ICT abilitati e, per i sistemi e le azioni di competenza, ai fornitori esterni con contratto attivo di manutenzione e assistenza.
M-211	Settaggio QoS (Quality of Service) dei router	E-B003	I router sono settati con QoS e quindi danno priorità alla applicazioni aziendali strategiche.



M-21 2	Immagine standard configurazione PC	E-A003 E-A004 E-B001 E-B002	È gestita la configurazione della postazione di lavoro attraverso l'immagine standard dei pc, al fine di aumentarne la sicurezza. Ogni PC installato è bloccato e non permette modifiche o installazione di programmi.
M-21 3	Monitoraggio efficienza rete	E-B003 E-B005	E' attivo un sistema di monitoraggio della rete per valutare eventuali sovraccarichi di rete e disservizi
M-21 4	Servizio di reperibilità	E-B003	Il personale ICT Estar identificato, per alcune Aziende, effettua la reperibilità al di fuori dell'orario lavorativo sui Data Center. Sono stati attivati i contratti di assistenza con i fornitori di maggior criticità (Laboratorio Analisi, Pronto Soccorso, ecc.) per garantire interventi h24, 7 giorni su 7.
M-21 5	Compliance delle procedure ai requisiti di sicurezza	E-B001 E-B002 E-B003 E-B005	È stata attivata la procedura con cui il fornitore dichiara il livello di adeguamento ai requisiti di sicurezza minimi previsti dall'allegato B Dlgs. 196/03, nonché i livelli idonei in relazione alla tipologia di applicazione e ai dati trattati
M-21 6	Utilizzo controllato e limitato accessi VPN	E-B005 E-B004 E-B001	Gli accessi VPN sono limitati ai soli casi di necessità e gradualmente in riduzione. Per gli accessi VPN vengono controllate le credenziali utente e password. Le macchine accedute in VPN sono poste in reti DMZ ed è implementato un protocollo crittografato.
M-21 7	Sicurezza reti wireless	E-B005 E-B004	Nell'infrastruttura di rete via wireless il segnale viene attualmente filtrato tramite protocollo WPA-EAP crittografato.
M-21 8	Sicurezza accessi Dial-Up	E-B005 E-B004	Non sono presenti connessioni Dial-up.
M-21 9	Aggiornamenti automatici Postazioni di lavoro	E-B001 E-B003	Ogni PC non è direttamente collegato ad internet ed è configurato per l'accesso tramite proxy. In alcune aziende i PC sono configurati in modo da scaricare e installare le patch del sistema operativo in maniera automatica (WSUS) al fine di evitare possibili vulnerabilità software dei PC aziendali
M-22	Consolidamento, standardizzazione,	E-B003	È in fase avanzata la completa virtualizzazione dell'infrastruttura server.

0	virtualizzazione server		I server acquistati sono tra i più affidabili sul mercato; I contratti di manutenzione sull'hardware prevedono livelli di servizio estremamente elevati.
M-221	Standardizzazione database	E-B003 E-B004 E-B005	È stato definito come standard il database relazionale Oracle, riconosciuto come uno dei più affidabili oltre che il più diffuso sul mercato tecnologico, con particolare riferimento al mercato della sanità. Ove possibile, è realizzata la centralizzazione e il consolidamento dei database aziendali, anche in relazione alle necessarie standardizzazioni derivanti dal nuovo assetto organizzativo delle aziende USL.

### 3.3 L'identificazione e la profilazione degli utenti

Il presente paragrafo ha lo scopo di descrivere il processo di gestione delle utenze e delle credenziali di autenticazione degli utenti dei servizi / applicativi informatici della ISPO. Il sistema di autenticazione per l'accesso ai servizi / applicativi consiste in un codice per l'identificazione dell'incaricato ("username"), associato ad una parola chiave riservata ("password") conosciuta esclusivamente dall'utente e i due elementi costituiscono una cosiddetta credenziale di autenticazione ("account") ai sensi dell'allegato B punto 2 del DLGS 196/03. Lo username viene assegnato e variato esclusivamente dall'amministratore del servizio / applicativo o da un suo delegato. La password viene gestita, dopo la sua prima assegnazione da parte dell'amministratore esclusivamente dall'utente, con l'eccezione dei casi in cui ricorrano necessità di carattere tecnico-organizzative.

La tabella sottostante riporta in sintesi la situazione su ISPO rispetto alle modalità di gestione delle credenziali

	ISPO
Sistema di autenticazione centralizzato (LDAP / Active Directory)	SI
Procedura di gestione delle credenziali	SI
Definizione Profili di Accesso	SI
Modalità di Richiesta Account	MAIL
Approvazione Ufficio Privacy	NO
Approvazione Responsabile Struttura	SI

Su ISPO è stata codificata la procedura per la gestione delle utenze e delle credenziali di accesso agli applicativi. In particolare il processo di autorizzazione include sempre il responsabile della struttura a cui afferisce la persona che deve richiedere le credenziali; gli uffici privacy non sono coinvolti nella fase di autorizzazione al rilascio delle credenziali ma hanno avuto un ruolo attivo nella redazione della procedura di gestione delle utenze. La procedura per la richiesta di assegnazioni di credenziali sugli applicativi è strutturata mediante moduli che possono essere scaricati dalle intranet e dopo essere stati compilati e firmati dal direttore di struttura vengono inviati all'amministratore di procedura per la creazione/aggiornamento della credenziale. Per



ciascuno degli applicativi / servizi vengono definiti i profili di accesso ad-hoc per le professioni del richiedente. Analogo iter procedurale viene seguito per la disattivazione degli account a seguito di dimissioni e/o cessazione di utilizzo della procedura dell'utente della procedura informatica.

La base minima della politica di gestione delle password adottata in tutte le strutture:

- la richiesta di un profilo di accesso inoltrata da parte del Responsabile del Trattamento per consentire agli incaricati di accedere ai dati;
- il cambio di password al primo accesso, che l'utente deve effettuare personalmente;
- il controllo del numero di caratteri, maggiore o uguale a otto;
- la scadenza della password ogni 90 giorni.

Rilascio temporaneo di autorizzazioni a terzi: quando vi è una necessità temporanea di accedere al sistema da parte di un soggetto non incluso tra gli utenti, ed in particolare da parte di un ospite o di tecnici esterni alla ISPO incaricati di effettuare operazioni di manutenzione hardware o software, viene fornito un account temporaneo, con diritti minimi di accesso compatibili con le effettive e documentate necessità di accesso. La richiesta deve essere richiesta dal responsabile a cui fa riferimento l'ospite o il tecnico incaricato. Tale account verrà disattivato a cura dell'amministratore del sistema o suo delegato non appena l'ospite o il tecnico concluderà il proprio intervento.

#### **4. La metodologia per lo sviluppo e la manutenzione dei sistemi applicativi**

In questo paragrafo saranno descritte le metodologie di sviluppo e manutenzione dei sistemi applicativi. Nella attuale organizzazione del dipartimento TIS vale la pena di fare la distinzione tra gli applicativi che sono sviluppati e mantenuti internamente dalla "UOC Sviluppo software e servizi per Estar" e gli applicativi acquisiti dai fornitori esterni che contrattualmente devono garantire la qualità dei software nonché la manutenzione degli stessi che sono gestiti dalla "UOC Processi e Flussi".

Nel paragrafo 4.1 si descriverà la metodologia seguita per lo sviluppo dei sistemi gestiti dalla "UOC Sviluppo software e servizi per Estar". Nel paragrafo 4.2 verrà effettuato l'approfondimento sulla metodologia applicata per la manutenzione degli applicativi gestiti dalla "UOC Processi e Flussi".

##### **4.1 Sviluppo interno dei sistemi applicativi**

In questa sezione viene descritto la metodologia adottata dalla "UOC Sviluppo software e servizi per Estar" per lo sviluppo dei sistemi applicativi. I software seguono un iter che va dall'analisi dei requisiti, alla progettazione, all'implementazione, al test e collaudo, fino alla manutenzione, correttiva ed evolutiva. Analizzato lo scenario, le funzionalità e tutte le peculiarità del sistema richiesto, si definiscono i prerequisiti necessari e si procede all'implementazione. Si passa poi ad una fase di test per verificare il corretto funzionamento e ad una fase di collaudo in cui gli utilizzatori convalidano il sistema rispetto al comportamento atteso. Come per ogni tipologia di software, l'avvio e manutenzione di un nuovo sistema aziendale prevede la disponibilità di personale per la manutenzione di I e II livello, quindi help-desk per supporto immediato agli utilizzatori e un team per la manutenzione evolutiva che preveda modifiche, nuove funzionalità o nuove integrazioni. Il personale aziendale fornisce informazioni e know-how sui processi aziendali in fase di analisi dei requisiti e successivo supporto per la pianificazione della formazione. Il team di sviluppo provvede alla formazione, alla gestione del help-desk e all'assistenza di II livello.



Mantiene inoltre aggiornati i vari impianti in seguito all'implementazione di nuove funzionalità. Nel caso in cui si verificassero problematiche relative a integrazione con sistemi di terze parti, l'assistenza di I o II livello avrà cura di fornire supporto per contattare i fornitori e velocizzare il processo di risoluzione

#### **4.1.1 Metodologia di sviluppo progetto**

Ogni sistema realizzato è conforme alla logica di un sistema a Ciclo di Deming che prevede i seguenti passi:

PLAN: Specifica dei requisiti (le esigenze del committente), seguito da uno studio di fattibilità, l'analisi e la progettazione;

DO: Implementazione delle interfacce per garantire integrazione in qualsiasi contesto;

CHECK: Integrazione e test. In questa fase tutti i suggerimenti arrivati in Help Desk di I e II livello sono analizzati (con tempo medio di risposta di 48h)

ACT: Vengono attivate le operazioni correttive e si riparte con un nuovo ciclo.

#### **4.1.2 Tecnologie utilizzate**

Le tecnologie utilizzate per implementare i sistemi sono, ove possibile, full-web, al fine di garantire un alto livello di integrazione, e OpenSource, per contrastare il depauperamento della digitalizzazione.

Gli standard per l'interoperabilità a cui i software sono conformi sono: HL7 v2 e v3, DICOM, FHIR, Web Services SOAP e REST.

I linguaggi per l'interazione con i DataBase di tipo relazionale sono: SQL, PL-SQL.

I linguaggi di programmazione utilizzati sono PHP, JQuery, Javascript, AJAX, secondo un'architettura software MVC (Model-View-Controller) implementata tramite framework per migliorare manutenibilità, scalabilità e modularità dell'applicativo, tagliando significativamente i tempi di manutenzione.

Il modello MVC prevede la programmazione modulare:

Model: modulo che permette l'accesso ai dati utilizzati dall'applicativo.

View: il modulo view si occupa di rendere disponibile i dati contenuti nel model all'utente attraverso un'interfaccia costituita da una pagina web;

Controller: permette di processare i comandi ricevuti dall'utente modificando lo stato degli altri moduli..

#### **4.1.3 Fasi di Progetto**

Ogni progetto si articola secondo un processo denominato Advanced Work Packaging (AWP) consistente in 4 fasi semi-indipendenti: l'avvio di una fase, infatti, non è subordinato alla conclusione delle precedenti.

#### **4.1.4 AWP1 Analisi configurazione e personalizzazione**

Per l'avvio del software è necessaria una prima fase in cui viene nominato un gruppo tecnico di lavoro che raccoglie i requisiti aziendali e verifica in loco tali requisiti e che funge da interfaccia tra il team di sviluppo e l'azienda. Si procede quindi all'analisi dei processi aziendali e si definiscono configurazioni, personalizzazione e integrazione.

Viene nominato un gruppo tecnico di lavoro (Analisti programmatori, ingegneri informatici e project manager), viene condotta l'analisi dei processi e viene formulato un piano di configurazione, personalizzazione ed eventuale integrazione con altri software.



#### **4.1.5 AWP2 Implementazione del piano di personalizzazione e integrazione**

Viene nominato un gruppo tecnico di lavoro (Analisti programmatori, ingegneri informatici e project manager), viene condotta l'analisi dei processi e viene formulato un piano di configurazione, personalizzazione ed eventuale integrazione con altri software.

#### **4.1.6 AWP3 Formazione ed avvio**

Per l'avvio del software si prevede un periodo variabile di formazione in base ai moduli attivati ed alle personalizzazioni sviluppate.

La formazione del personale, in particolare se si parla di un grande numero di utilizzatori, è articolata in 2 fasi, una prima di formazione dal team ad un gruppo selezionato dal Gruppo di Lavoro ed una seconda fase, da tale gruppo a tutto il personale che utilizzerà il software.

E' inoltre resa disponibile una piattaforma FAD per raggiungere il massimo numero di operatori.

Al momento dell'avvio in produzione del software è previsto un periodo di affiancamento che avrà una durata variabile in base ai moduli attivati ed alle personalizzazioni sviluppate.

#### **4.1.7 AWP4 Gestione a regime e assistenza**

Il servizio di assistenza di primo e di secondo livello è attivo H24x365.

L'assistenza prevede tipologie di intervento strutturate in base alla gravità della richiesta. E' fornita sia un'attività di help desk (tramite un sistema di ticket, contact center), sia supporto per manutenzione ordinaria ed evolutiva.

Ogni richiesta viene tracciata, così come le azioni intraprese e gli esiti prodotti.

Nel caso di manutenzione, a seguito di segnalazione da parte del personale utilizzatore al Gruppo di Lavoro, viene richiesto un intervento; viene quindi organizzato un sopralluogo e organizzato un audit durante il quale viene prodotto un documento che ne riporta scopo, esito, partecipanti e data e ora.

### **4.2 Sviluppo esterno dei sistemi applicativi**

In questa sezione viene descritto la metodologia adottata dalla "UOC Processi e Flussi" per la manutenzione dei sistemi applicativi. I software che vengono acquisiti dai fornitori esterni sono gestiti fino alla fase di collaudo dalla "Area Progetti" del Dipartimento TIS. Estar ha definito la metodologia per la gestione della manutenzione dei sistemi applicativi.

Sono previste le seguenti tipologie di manutenzione:

**Manutenzione ordinaria:** interventi, a scadenze regolari, sul Programma volti a consentire il corretto funzionamento con altri software presenti sulla postazione e con i sistemi operativi aggiornati rispetto a quelli previsti dal contratto di licenze, anche sulla base di segnalazioni ricevute.

**Manutenzione correttiva:** Attività realizzata in risposta a malfunzionamenti e/o non rispondenza a specifiche applicative o di flussi, sulla base dei test o delle segnalazioni fatte, da realizzarsi entro i tempi previsti dagli SLA contrattualizzati. Rientrano nella manutenzione correttiva tutti gli interventi necessari alla sistemazione dei dati sul database laddove la causa sia direttamente imputabile ad un malfunzionamento dell'applicativo o ad una integrazione con altri software.

**Manutenzione normativa:** Attività realizzata per garantire il rispetto della normativa nazionale e/o regionale, prevista da delibere emesse dall'organismo legislativo competente ed effettuata su segnalazione/richiesta del Cliente.

La particolare delicatezza dei dati trattati per mezzo dei programmi impone un alto livello di attenzione per garantire il pieno rispetto degli obblighi imposti dalla normativa in vigore in tema di



privacy. In particolare le procedure informatiche dovranno risultare adeguate alla norme vigenti e alle direttive del garante in materia di sicurezza e privacy, alle linee guida in tema di fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dossier sanitario (Del. n. 8 del 5 marzo 2009 e.s.m.) nonché, per l'attività in ambito, al documento sulle misure minime di sicurezza ict per le pubbliche amministrazioni (AGID).

#### **4.2.1 Manutenzione Evolutiva**

Su ogni applicativo si articola un processo di gestione della manutenzione evolutiva che consiste in fasi semi-indipendenti che hanno lo scopo di tracciare in ogni momento lo stato delle richieste nonché di gestire in modo rigoroso e strutturato l'iter delle attività.

Fase 1. Evidenza della richiesta: il Referente ICT della Azienda Sanitaria può inoltrare la Change Request alle strutture ICT. La richiesta si concretizza in un documento contenente una sintesi delle specifiche funzionali per l'evoluzione del software redatto, se necessario, avvalendosi della consulenza dei tecnici ICT di Estar che sarà poi da essi inoltrato al fornitore.

Fase 2. Quotazione attività: Il Fornitore emette una quotazione delle giornate necessarie a realizzare la Change Request compilando il modulo 'Preventivo, Autorizzazione e Collaudo ' Change Request ' specificando in particolare una breve descrizione della modifica richiesta, Pianificazione, Impegno previsto per analisi, configurazione, test, installazione e formazione all'uso.

Fase 3. Valutazione della richiesta: Il referente ICT Estar effettua una prima valutazione della correttezza delle modifiche proposte e della congruità del preventivo e contatta il fornitore nel caso in cui ritenga necessario chiedere chiarimenti

Fase 4. Autorizzazione: Il RES, il DEC autorizzano l'attività e trasmettono autorizzazione al Fornitore e all'ufficio di supporto amministrativo al RES.

Fase 5. Contabilizzazione attività autorizzate: L'ufficio di supporto amministrativo al RES aggiorna in tempo reale il dettaglio dei giorni/uomo 'autorizzati' rispetto al budget annuo previsto dal contratto di assistenza e manutenzione.

Fase 6. Rilascio modifiche in test: Il Fornitore comunica all'autorizzante ed eventualmente al Referente Aziendale l'ultimazione della change request, si rende disponibile ad un collaudo congiunto in ambiente di test e propone una data per l'installazione delle modifiche in produzione.

Fase 7. Svolgimento sessioni di collaudo: In caso di modifiche al software i Referenti ICT verificano tempestivamente con il Richiedente che quanto rilasciato corrisponda a quanto richiesto tramite sessioni di collaudo disciplinate da apposita Procedura.

Fase 8. Esito del collaudo: Il Richiedente e l'Assistente al DEC (o apposita commissione di collaudo in caso di MEV di medio-alta complessità) firmano il collaudo. L'Assistente al DEC deve inviare una copia del documento di collaudo al Fornitore e all'ufficio di supporto amministrativo al RES.

Fase 9. Contabilizzazione attività collaudate e fatturate: L'ufficio di supporto amministrativo al RES aggiorna il dettaglio dei giorni/uomo collaudati e di quelli fatturati rispetto al budget annuo previsto dal contratto di assistenza e manutenzione





Riportiamo nell'allegato 2 la Procedura Gestione Manutenzioni Evolutive.

### **5. La metodologia per la gestione del software di base**

La gestione del software di base, inteso come sistemi operativi, sistemi di virtualizzazione, DBMS, web e application server, è garantita, oltre che dal personale interno, dai contratti di manutenzione stipulati con i fornitori; nella stipula particolare attenzione viene data alle SLA richieste, alle modalità di erogazione del servizio e alle modalità di accensione/chiusura delle chiamate di assistenza e manutenzione.

Più dettagliatamente, ogni contratto di manutenzione/assistenza prevede:

- Manutenzione Correttiva
- Manutenzione Adattiva
- Manutenzione Evolutiva
- Definizione delle modalità di apertura delle chiamate (e.g.: numero verde unico, web application, e-mail...)
- Definizione delle SLA richieste (tempo di presa incarico, attivazione, intervento, risoluzione)

### **6. Le procedure operative relative al centro di elaborazione dati**

Oltre a quanto sopra riportato altra procedura operativa all'interno delle infrastrutture è quella relativa al salvataggio dei dati (backup).

Di seguito sono riportate le modalità in uso ai Data Center Aziendali:

Data Center	Stato Attuale	Evoluzione
ISPO	Il backup è gestito in service dal TIX poiché il Data Center ISPO è in housing	Acquistare storage dedicato (NAS), con funzionalità di compressione e deduplica, per salvataggi con retention brevi (entro 1 settimana).

## WORKFLOW AREA PROGETTI E AREA IPF

VERSIONE 6.3 DEL 31 GENNAIO 2017

### **PREMESSA**

Il presente documento affronta l'interazione tra area progetti e Area Infrastrutture, Processi e Flussi (IPF).

### **SVOLGIMENTO DI FUNZIONI RES/DEC.**

Il RES si identifica di norma con il dirigente della struttura cui afferisce il PM (Area Progetti).  
Il DEC si identifica di norma con la figura del PM del progetto tranne quando la gestione amministrativa del progetto è direttamente in carico al RES.

Il PM svolge il ruolo di DEC fino al collaudo finale, esclusa l'attivazione progressiva dei contratti di assistenza e manutenzione che tipicamente avviene contestualmente al passaggio in produzione di singole macro componenti auto consistenti della fornitura/servizio; in sostanza la gestione RES/DEC dei CAM (Contratti di Assistenza e Manutenzione) deve essere garantita in modo omogeneo dall'Area Infrastrutture, Processi e Flussi (IPF), salvo diversi accordi con alcune AS.

### **DEFINIZIONE DELLA PIANIFICAZIONE ANNUALE**

Periodicamente, almeno due volte l'anno, le Aree Progetti, IPF e Demand condividono la pianificazione strategica e redigono il piano delle risorse (resource planning) da impegnare in attività progettuali per l'anno successivo.

In sostanza si definisce una pianificazione che sia compatibile con l'allocazione delle risorse IPF disponibili, al fine di evitare inefficienze nella attività quotidiana delle operation, e che è garante della realizzabilità dei progetti oggetto dell'anno in corso.

## **FASI DEL PROCESSO**

### **A. COLLEGIO TECNICO**

Ai Collegi Tecnici partecipa tutto il personale del dipartimento TI e TS selezionato secondo professionalità e carichi di lavoro. La stesura dei capitolati compete di norma all'area IPF.

Saranno prodotti i seguenti documenti standard da allegare ad ogni capitolato di gara:

<b>Documenti Standard</b>	<b>Responsabile</b>
Parte amministrativa	UOS GESTIONE CONTRATTI E AFFIDAMENTI
Paragrafo project management	AREA PROGETTI
Paragrafo infrastrutture	UOC INFRASTRUTTURE
Paragrafo processi e flussi	UOC PROCESSI E FLUSSI
Paragrafo CRM	UOS GESTIONE PDL E CRM

### **B. COMMISSIONE DI GARA**

Alle commissioni di gara afferisce tutto il personale del Dipartimento TI e TS selezionato secondo professionalità e carichi di lavoro.

Nel caso in cui non siano necessarie procedure di gara il PM procederà a chiedere le offerte economiche ai fornitori coinvolgendo l'Area IPF per la condivisione delle specifiche tecniche.

### **C. INDIVIDUAZIONE DEL PROJECT MANAGER**

L'Area Progetti individua un Project Manager che seguirà tutte le fasi progettuali, dal nulla osta all'avvio del progetto fino al collaudo finale, compreso quindi il monitoraggio dei tempi di stesura del capitolato e di procedura di gara ove previste. Il Project Manager si interfaccia quindi con le risorse indicate (interne ed esterne al dipartimento) a vario titolo coinvolte nel progetto al fine di coordinare in maniera precisa e puntuale lo svolgimento di tutto il progetto. A seconda della complessità dei progetti, i PM potrebbero essere due, uno per la fase preliminare (fino all'aggiudicazione) e uno per la fase esecutiva.

### **D. INDIVIDUAZIONE DEL TEAM DI PROGETTO**

Una volta che il PM ha individuato le tipologie di professionalità e le quantità di tempo delle risorse per tutte le fasi del progetto ossia dalla fase di stesura delle specifiche, esecuzione delle varie fasi, pre roll-out, roll-out, affiancamento avvio e collaudo; sarà indetta apposita

riunione per l'identificazione del team di progetto, tenuta dal PM e dal PMO, che presenteranno il progetto stesso e proporranno le figure professionali da coinvolgere (FTE e Gantt).

Per i progetti dovrà essere inserito nel team almeno un referente per le infrastrutture, uno per il CRM, uno per le procedure e uno per flussi/RFC, salvo si concordi che una di queste figure non è necessaria per la tipologia di progetto.

L'area IPF entro una settimana dalla richiesta, completa delle informazioni necessarie a comprendere lo scenario di riferimento (obiettivi, tempi, risorse, effort, interazioni con altri progetti ecc.) dovrà indicare i membri del team, dopo avere preventivamente informato le risorse individuate e avergli illustrato ruolo e responsabilità a loro affidate nel team di progetto, utilizzando le informazioni di cui sopra.

E' responsabilità del PM a seguito dell'individuazione del team convocare una prima convocazione (verbalizzata) in cui presentare il progetto e ribadire ruoli e responsabilità.

Il team sarà composto prevalentemente da risorse dell'Area IPF, oltre alle Aree TS per competenza, nonché di RT o AA.SS., a seconda delle necessità e delle competenze, avendo chiaro che:

- Le esigenze espresse dall'Area Progetti evidenzieranno una stima del carico FTE per le figure professionali necessarie; per le risorse di Area IPF inserite nei team di progetto è richiesta una garanzia di continuità per tutto il periodo del progetto e di concentrazione su un numero ridotto di risorse.
- Saranno tenuti presente i carichi di lavoro periodicamente pubblicizzati dall'Area IPF, al fine di garantire l'effort incompressibile finalizzato a sua volta ai servizi di manutenzione preventiva, ordinaria, evolutiva e correttiva.

## **E. ESECUZIONE DELLE FASI PROGETTUALI**

Il team di progetto procede alla fase di programmazione e successivamente all'esecuzione di tutte le attività previste. È auspicabile che sia attivato un sistema di rendicontazione delle attività, in modo che il PM possa ottenere controllo e monitoraggio ex post anche sulle risorse allocate sui progetti.

Allo svolgimento delle attività programmate partecipano ovviamente, oltre al team di progetto, anche i fornitori coinvolti.

Specifiche tecniche, Gantt e SAL devono essere costantemente aggiornati dal PM e condivisi con il team di progetto.

L'Area Pianificazione Strategica e Demand Management partecipa quando necessario agli incontri sugli stati di avanzamento.

## **F. FASE DI PRE-ROLLOUT**

All'avvicinarsi della data prevista per il passaggio in produzione dei primi impianti il PM avvia la fase preparatoria al passaggio delle attività all'Area IPF: le attività devono essere chiaramente indicate nel Gantt e oggetto di monitoraggio nei SAL periodici.

L'obiettivo è quello di consentire all'area IPF (Infrastrutture, Procedure e CRM) di coinvolgere, se necessario, altre risorse non presenti nel team per supportare l'avvio del progetto, prendere in carico le attività successive e garantire la continuità di servizio/supporto all'utenza in modo che possano essere opportunamente formate nel periodo in cui anche gli utenti effettuano la formazione pre-collauda.

Il PM deve coinvolgere l'area IPF con congruo anticipo (almeno 1 o 2 mesi prima a seconda della complessità del progetto) per condividere tempi o modi di test e passaggio in produzione e per analizzare le possibili ricadute sugli utenti e per coordinare le eventuali ulteriori attività (helpdesk delle postazioni di lavoro, consegna/preparazione/validazione della documentazione necessaria per la futura attività di assistenza, etc), fermo restando che il team di progetto ed il PM hanno la responsabilità di aver gestito e condiviso il progetto con la UO di appartenenza.

La durata della fase di pre-rollout è decisa dal team di progetto (come da Gantt) sulla base della complessità del progetto stesso e delle eventuali criticità/rischi che si possono prevedere.

La finalità di questa fase è quella di accertare la possibilità di avvio in produzione degli impianti per i quali sono in via di completamento tutte le attività previste dal piano di progetto. Le attività di pre-rollout vengono effettuate dal team di progetto coordinato dal Project Manager e coinvolgono eventualmente altre risorse dell'Area IPF (su richiesta di membri del team o del dirigente di riferimento delle strutture dell'Area IPF interessate al progetto). In questa fase si verifica la conformità del prodotto a quanto stabilito nel capitolato di gara e ad ogni possibile quadratura legata ad attività di recupero dati pregressi concordate con il fornitore. L'esito positivo di questa verifica è vincolante al passaggio in produzione (roll-out). La presenza di anomalie non bloccanti non inficia il previsto passaggio in produzione a patto che, prima di tale data, vengano concordati e formalizzati con i fornitori i tempi di risoluzione e, ove necessario, i costi per le modifiche richieste. In questa fase sono coinvolti obbligatoriamente il PM e il team di progetto e opzionalmente figure (fornitori o utenti) ritenute utili allo scopo.

## **G. COLLAUDO PRELIMINARE**

La fase di pre-rollout termina con un verbale sottoscritto dal team (verbale di pre-rollout), compreso il cliente.

## H. ROLL-OUT E AFFIANCAMENTO POST-AVVIO

Le attività di passaggio in produzione, coordinate dal PM, sono in carico al team di progetto eventualmente integrato con ulteriori risorse, opportunamente formate, che l'area IPF individuerà.

Tutte le risorse allocate per il roll-out supportano le fasi operative dei giorni precedenti e cooperano nell'affiancamento agli utilizzatori finali per garantire la continuità delle attività nel miglior modo possibile.

In occasione dei passaggi in produzione, il PM deve garantire:

- adeguata comunicazione preventiva a tutti i livelli organizzativi
- organizzazione di una control room temporanea (indicativamente 3-5gg a seconda del caso) per il presidio tecnico e organizzativo on-site/remoto.
- Organizzazione puntuale del presidio operativo (sia con risorse del team sia con quelle di ulteriore individuazione) secondo la durata concordata.
- comunicazione di conferma del roll-out a tutti i livelli organizzativi.

## I. PASSAGGIO DEL PROGETTO AD AREA IPF

Al termine delle attività di roll-out di ogni Azienda si completa il passaggio delle consegne dall'Area Progetti all'Area IPF tramite incontri strutturati. Questa fase può vedere coinvolto soltanto il team di progetto oppure anche eventuali altre risorse di Area IPF già coinvolte fin dalla fase di pre-rollout o da integrare durante il passaggio consegne (es. CRM, Dirigenti delle UOS di Area IPF).

Il passaggio si concretizza nella consegna della documentazione già preparata nelle fasi precedenti all'avvio. L'elenco della documentazione necessaria avrà il seguente iter:

- L'Area IPF definisce una base standard di documentazione che ritiene debba essere applicata ad ogni progetto di un cluster definito (es. documentazione per nuovi software, documentazione per progetti infrastrutturali, etc...)
- Per i nuovi progetti che prevedono gare, la richiesta della documentazione di progetto deve essere esplicitata già in fase di stesura del capitolato per evitare contenziosi con il fornitore
- I tecnici dell'Area IPF presenti nel team di progetto possono integrare ed ampliare la documentazione a loro discrezione (purché sia richiesta al fornitore nel capitolato di gara) in modo che essa possa essere inserita tra i documenti che il fornitore deve produrre al fine di superare i collaudi (preliminare o finale)

A seguito di questa fase – e fino al collaudo finale – l'ambito di responsabilità è il seguente: il team di progetto presidia la risoluzione dei malfunzionamenti eventualmente individuati in fase di pre-rollout ma che sono stati considerati oggettivamente non bloccanti ai fini del proseguimento delle attività progettuali e del passaggio in produzione, interagendo direttamente con i fornitori qualora necessario e informando l'area IPF dell'esito delle correzioni.

L'Area IPF presidia la gestione quotidiana del sistema in produzione (gestione utenze, help desk, assistenza all'utenza prevalentemente mediante l'attivazione del fornitore) a valle del rollout.

Se previsto dal contratto, l'assistenza potrà avere decorrenza a partire dal collaudo in corso d'opera della prima macro componente auto consistente del sistema che ne consente l'avvio in produzione.

#### **L. SERVICE DESK**

L'assistenza e manutenzione relative agli impianti passati in produzione vengono attivate, gestite e monitorate da Area IPF, sia nel caso in cui sia previsto un periodo di garanzia, sia nel caso in cui l'appalto preveda l'attivazione di un CAM in occasione di ogni rollout. In particolare tutte le attività di competenza della UOS CRM che sono da attuare in occasione di nuovi sistemi in produzione.

#### **M. COLLAUDI PARZIALI E COLLAUDO FINALE**

Al termine delle attività di progetto e successivamente al passaggio delle consegne all'Area IPF per tutti gli impianti avviati, viene effettuato il collaudo finale del progetto.

Al collaudo finale partecipano almeno i fornitori, i rappresentanti delle aziende sanitarie e i componenti del team di progetto. Se l'area IPF ritiene che per il collaudo la rappresentanza del team non è esaustiva – se necessario e condiviso – può chiedere di inserire nella commissione di collaudo ulteriori figure.

Il documento di collaudo è redatto dal PM e dal team.

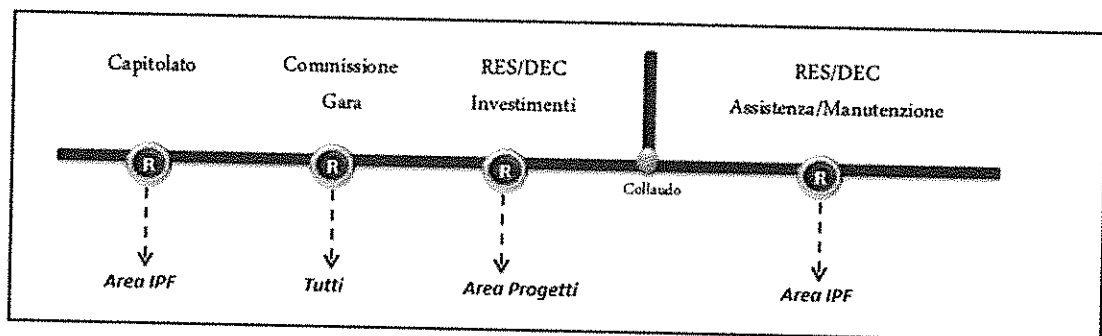
Al termine del collaudo finale tutta la gestione dell'impianto passa all'Area IPF, compresa la manutenzione evolutiva del sistema.

Qualora previsto nella fornitura, potranno essere effettuati collaudi parziali: al termine del collaudo parziale la gestione dell'impianto collaudato passa all'Area IPF, compresa la manutenzione evolutiva riconducibile all'impianto rilasciato e non correlata al progetto.

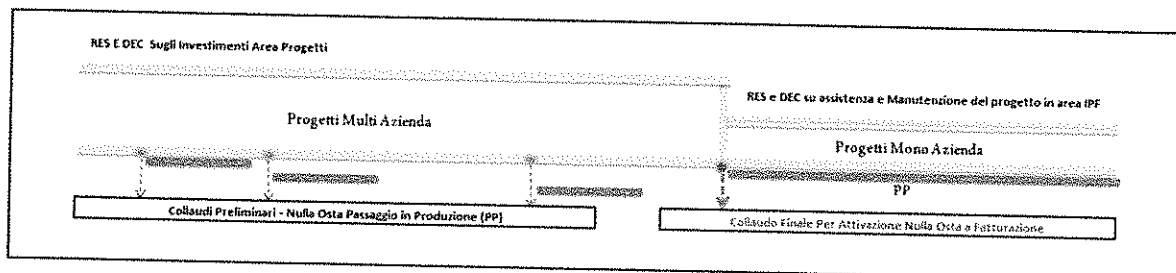
N. TABELLE A, B, C

TABELLA A: PROCESSO DI ACQUISIZIONE E MANUTENZIONE

Tab A *Processo Acquisizione e Manutenzione - Piano Triennale*



TAB B: PROCESSO DI COLLAUDO





**TAB C: MATRICE DI RESPONSABILITÀ**

<b>Attività/Responsabilità</b>	<b>Area Progetti</b>	<b>Area IPF</b>	<b>Area PS e DM</b>
<b>A</b> Collegio tecnico	C	R	I
<b>B</b> Commissione di gara	C	<i>C (R è ABS)</i>	I
<b>C</b> Individuazione del Project Manager	R	I	I
<b>D</b> Individuazione del Team	C	R	I
<b>E</b> Fasi progettuali	R	C	I
<b>F</b> Fase pre-rollout	R	C	I
<b>G</b> Collaudo preliminare	R	C	I
<b>H</b> Roll-out e affiancamento post-avvio	R	C	I
<b>I</b> Passaggio del progetto ad Area IPF	R	C	I
<b>L</b> Service Desk	C	R	I
<b>M</b> Collaudo finale	R	C	I

R = Soggetto responsabile della attività

A = Soggetto esecutore di verifiche e validazioni

C = Soggetto da consultare

I = Soggetto informato



**SOFTWARE CHANGE REQUEST**  
Procedura Gestione Manutenzioni Evolutive

<b>Data</b>	<b>Revisione</b>	<b>Redazione</b>	<b>Validazione</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Rif. Archiviazione</b>
25 novembre 2015	Prima stesura	Alessandro Baccini	Direttore Area Processi	Direttore Area Processi	
12 gennaio 2016	Revisione 4	Luisa Cattaneo	Direttore Area Processi	Direttore Area Processi	
21 gennaio 2016	Revisione 5	Luisa Cattaneo	Direttore Area Processi	Direttore Area Processi	

**Indice generale**

- 1. PREMESSA..... 3
- 2. SCOPO..... 3
- 3. CAMPO DI APPLICAZIONE ED ENTRATA IN VIGORE..... 4
- 4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI..... 4
- 5. RESPONSABILITA'..... 5
- 6. RIFERIMENTI..... 5
- 7. MOTIVAZIONI..... 6
- 8. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE..... 6
- 9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'..... 6
  - Fase 1. Evidenza della richiesta..... 6
  - Fase 2. Quotazione dell'attività..... 6
  - Fase 3. Valutazione della richiesta..... 7
  - Fase 4. Autorizzazione..... 8
  - Fase 5. Contabilizzazione attività autorizzate..... 8
  - Fase 6. Rilascio modifiche in test..... 8
  - Fase 7. Svolgimento sessioni di collaudo..... 8
  - Fase 8. Esito del collaudo..... 9
  - Fase 9. Contabilizzazione attività collaudate e fatturate..... 9
- 10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'..... 9
- 11. ARCHIVIAZIONE..... 10
- 12. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI..... 10
- 13. APPARECCHIATURE..... 10
- 14. ALLEGATI E APPENDICI..... 10



15. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA' ..... 11

Da distribuire a:

1. Dirigenti Area Processi
2. Dirigenti Area Sistemi e Reti
3. Dirigenti Area KAM Regione Toscana e Gestione Flussi
4. Responsabili e Direttori dell'esecuzione dei contratti (RES e DEC)
5. Fornitori di contratti che prevedono manutenzione evolutiva software
6. Dipartimento ABS
7. Referenti delle applicazioni nelle Aziende Sanitarie

## **1 PREMESSA**

La presente procedura definisce le modalità di gestione delle change request sui software in uso in Estar e nelle Aziende Sanitarie, evidenziando il processo da attuare per la gestione delle attività che rientrano nell'ambito dei contratti di manutenzione evolutiva (MEV) dei software. Ha carattere aziendale e coinvolge, oltre ad Estar, le Aziende Sanitarie toscane e le Aziende che forniscono i software (Fornitori).

Rientrano in questa procedura anche le attività eseguite dai Fornitori che, seppur non sempre inquadrabili nella tipologia "change request", hanno un impatto sulla gestione organizzativa delle manutenzioni evolutive presenti nei contratti di assistenza e manutenzione (es. attività sistemistiche, estrazioni ad hoc, migrazioni di infrastrutture e database, modifiche ai flussi DOC e RFC, ecc), pertanto la presente procedura sarà applicata ad ogni ambito di utilizzo della MEV.

Si evidenzia che il personale dell'Area Processi del Dipartimento Tecnologie Informatiche e Sanitarie di Estar non provvederà a liquidare ai Fornitori attività che non siano state preventivamente autorizzate dal RES, dal DEC o dagli assistenti al DEC di ciascun singolo contratto contenente manutenzione evolutiva. L'autorizzazione avviene dopo una procedura di collaudo terminata con esito positivo.

## **2 SCOPO**

1. Assicurare omogenea modalità di gestione della manutenzione evolutiva presente nei contratti, garantendo che tutte le linee di produzione del Dipartimento Tecnologie Informatiche e Sanitarie abbiano una iniziale allocazione di un pacchetto di giornate dedicate da redistribuire prima della scadenza del contratto nel caso in cui non vengano utilizzate.
2. Risalire in modo semplice ed immediato al tipo di attività svolta sul software, al richiedente, all'impegno del Fornitore in termini di giorni/uomo e disporre di un archivio centralizzato con le autorizzazioni a procedere e i relativi collaudi firmati.
3. Identificare in modo semplice ed univoco le figure responsabili per le attività di collaudo ai software in termini di:
  - Responsabile del preventivo e dell'esecuzione delle attività lato Fornitore
  - Operatore di Estar o dell'Azienda Sanitaria che richiede la modifica al software

e/o una attività professionale da far svolgere al Fornitore

- Operatore di Estar che autorizza l'attività dal punto di vista economico (gestore del budget); spesso coincide con le figure di RES o DEC, altrimenti è nominato assistente al DEC
- Operatore di Estar o dell'Azienda Sanitaria che esegue il collaudo

### **3 CAMPO DI APPLICAZIONE ED ENTRATA IN VIGORE**

La presente procedura trova applicazione nel campo dei contratti di manutenzione evolutiva dei software gestiti da ESTAR a partire dal mese di gennaio dell'anno 2016. I primi 6 mesi di applicazione si ritengono sperimentali e utili e giungere ad una definizione ultima della procedura.

### **4 TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI**

RUP = Responsabile unico del procedimento (art. 2 comma 1.a DGRT 16/2014)

RES = Responsabile del procedimento per la fase di esecuzione del contratto (art. 2 comma 1.b DGRT 16/2014)

DEC = Direttore dell'esecuzione del contratto (art. 2 comma 1.c DGRT 16/2014)

Referenti aziendali procedura= Utenti identificati dalla Direzione delle Aziende Sanitarie come riferimento per le attività di evoluzione del software o Dirigenti di Struttura delle Aziende Sanitarie che hanno evidente potere di modifica sul processo oggetto della change request o membri di comitati direttivi, cabine di regia, ecc.

MEV = Manutenzione Evolutiva

CAM = Contratto di Assistenza e Manutenzione (Correttiva ed Evolutiva)

P.O. di livello operation = Posizione Organizzativa gestionale che presidia le attività per le Aziende Sanitarie afferenti la sua Area Vasta, formalmente individuata come assistente al DEC.

Ufficio di supporto amministrativo = Ufficio del Dip. ABS di ESTAR che svolge il ruolo di supporto amministrativo ai RES e DEC ICT

## **5 RESPONSABILITA'**

Il DEC (Direttore dell'esecuzione del contratto) è individuato formalmente e ha le responsabilità previste all'art. 2 comma 1.c DGRT 16/2014. Con la supervisione del RES mantiene e presidia, insieme all'ufficio di supporto amministrativo, i documenti che evidenziano il consumo delle giornate autorizzate rispetto al budget annuo previsto dal contratto di manutenzione evolutiva. Se necessario, può avere la collaborazione o essere sostituito da altra P.O. di livello operation, appositamente nominata Assistente al DEC.

Il Responsabile del preventivo e dell'esecuzione dell'attività lato Fornitore quantifica l'impegno necessario per la change request in termini di giorni/uomo ne calcola l'impegno di spesa derivante dalle tariffe presenti sui contratti di manutenzione e garantisce che quanto rilasciato ed eseguito risponda a quanto richiesto.

L'operatore di Estar o dell'Azienda Sanitaria che avanza la change request garantisce la pertinenza della richiesta e la sua coerenza con le strategie aziendali. E' preferibile che le richieste di change provengano sempre dai Referenti Aziendali Procedura.

L'operatore di Estar che autorizza la change request verifica che la richiesta sia eseguibile all'interno del budget residuo annuale e non sia in conflitto con altre change request in corso di valutazione o approvazione.


L'operatore di Estar o dell'Azienda Sanitaria che effettua il collaudo, nel caso quest'ultimo abbia esito positivo, autorizza la liquidazione delle fatture inerenti l'attività svolta. Tipicamente coincide con l'operatore richiedente ma questo non costituisce necessariamente un vincolo.

Il Dipartimento ABS presidia, attraverso l'ufficio di supporto amministrativo, le fasi di nomina e variazione del RES da far firmare al Direttore del Dipartimento ABS di Estar e garantisce una gestione centralizzata ed omogenea dei contratti di assistenza e manutenzione in ambito ICT.

Per contratti di piccolo importo oppure per contratti di manutenzione evolutiva di software presenti in un'unica Azienda Sanitaria, le figure di RES e DEC possono essere svolte tutte dalla stessa persona e può non essere necessario identificare assistenti al DEC.

## **6 RIFERIMENTI**

Nessuno.

	Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi Regionale <b>Software Change Request</b>	REV/04 Area Processi Pag. 6 di 11
---	--	---

## 7 MOTIVAZIONI

Vedi scopo.

## 8 REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

La presente procedura si applica ogni qualvolta si renda necessario effettuare modifiche o attività straordinarie sui software che rientrano nella manutenzione evolutiva contrattualizzata con i fornitori.

Non costituiscono oggetto della presente procedura:

- le modifiche necessarie alla correzione di errori e malfunzionamenti (da imputarsi alla manutenzione correttiva)
- altre modifiche o progetti che esulano dalla manutenzione evolutiva annualmente contrattualizzata

## 9 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### Fase 1. Evidenza della richiesta

Il Referente Aziendale della Procedura, in modo autonomo, inoltra la change request alle strutture ICT di riferimento afferenti l'Area Processi (vedi brochure), oppure, durante attività coordinate (es. riunioni periodiche di comitati direttivi o cabine di regia) vengono concordate le nuove change request tra i referenti stessi e gli operatori di Area Processi.

La richiesta si concretizza in un documento contenente una sintesi delle specifiche funzionali per l'evoluzione del software redatto, se necessario, avvalendosi della consulenza dei tecnici ICT di Estar che sarà poi da essi inoltrato al Fornitore.

In alternativa, per i casi in cui la MEV è necessaria per erogare attività tecniche, la change request viene inoltrata direttamente al Fornitore da personale ICT di Area Processi o da colleghi dell'Area Sistemi e Reti o dell'Area KAM RT e Gestione Flussi.

Il Fornitore deve ricevere richieste di preventivo soltanto da personale ICT di Estar.

### Fase 2. Quotazione dell'attività

Il Fornitore emette una quotazione delle giornate necessarie a realizzare la change request compilando il modulo "Preventivo, Autorizzazione e Collaudo change request" (Rif: Allegato 1) specificando:

- Cliente: Azienda Sanitaria richiedente;

- Progetto: sigla e nome del software o del progetto (es: PS – Software del Pronto Soccorso);
- Numero pratica: numero che identifica univocamente l'anno e la pratica (es: 2015/001) all'interno del CAM/Cliente/Sigla del progetto;
- Oggetto richiesta: breve descrizione della modifica richiesta;
- Allegati: riferimento agli eventuali allegati che descrivono più dettagliatamente la modifica;
- Pianificazione Consegna: indica il tempo di esecuzione previsto per l'attività richiesta;
- Note: eventuali annotazioni amministrative (non tecniche);
- Impegno previsto per analisi, configurazione, test, installazione, e formazione all'uso;
- Totale giorni/uomo: impegno in termini di giorni/uomo eventualmente suddivise tra on site e in house;
- Tariffa: tariffa unitaria per tipologia di attività;
- Totale (euro): impegno economico totale iva esclusa;

Il Fornitore invia il "Preventivo e Collaudo attività" compilato e firmato nella parte "Referente per il Fornitore" al referente ICT che gli ha richiesto il preventivo stesso.


### **Fase 3. Valutazione della richiesta**

Il Referente ICT effettua una prima valutazione della correttezza delle modifiche proposte e della congruità del preventivo e contatta il Fornitore nel caso in cui ritenga necessario chiedere chiarimenti. Si evidenzia che le tariffe associate ad ogni tipologia di attività sono predefinite nell'ambito di ogni specifico CAM, pertanto la valutazione di congruità si limita sempre al numero di giornate preventivate dal Fornitore per l'attività richiesta.

Nel caso in cui la valutazione di congruità non sia ritenuta ragionevole, il referente ICT si confronta con i propri superiori, altrimenti contatta il RES o l'ufficio di supporto amministrativo per una verifica che la quotazione economica non superi il budget annuo residuo del CAM.

In caso di mancata capienza economica del CAM fa scalare la richiesta ai propri superiori,



	Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi Regionale <b>Software Change Request</b>	REV/04 Area Processi Pag. 8 di 11
---	--	---

se c'è invece capienza economica sottopone il preventivo al Richiedente ed eventualmente, se lo ritiene opportuno, coinvolge il DEC o gli Assistenti a DEC di riferimento per valutare la richiesta assieme alla Direzione dell'Azienda Sanitaria o con comitati direttivi/cabine di regia ICT ove presenti.

Al termine delle verifiche il Referente Aziendale deve comunque apporre la propria firma alla voce "Richiedente" affinché il preventivo possa passare allo step successivo.

Per i casi in cui la MEV è necessaria per erogare attività sistemistiche o similari (quindi il Richiedente è all'interno dell'ICT di Estar), il Richiedente svolge lo stesso ruolo del Referente ICT della procedura (quindi chiede in autonomia il preventivo al Fornitore) e può coincidere o meno con l'Assistente al DEC che effettua l'autorizzazione dell'attività.

#### **Fase 4. Autorizzazione**

Il RES, il DEC o la P.O. di livello operation nominata Assistente al DEC firma il modulo alla voce "Autorizzazione" e lo trasmette in copia al Fornitore e all'ufficio di supporto amministrativo al RES.

Per gestire i casi in cui la MEV è necessaria per erogare attività tecniche (quindi il Richiedente è all'interno dell'ICT di Estar), in ogni linea di produzione verranno definiti gli Assistenti al DEC. Ad esempio, in ambito Flussi o Sistemi e Reti ci saranno Assistenti al DEC per tutti i CAM che prevedono attività in MEV.

#### **Fase 5. Contabilizzazione attività autorizzate**

L'ufficio di supporto amministrativo al RES riporta in tempo reale su uno specifico foglio elettronico il dettaglio dei giorni/uomo autorizzati rispetto al budget annuo previsto dal CAM.

#### **Fase 6. Rilascio modifiche in test**

Il Fornitore comunica all'autorizzante ed eventualmente al Referente Aziendale l'ultimazione della change request, si rende disponibile ad un collaudo congiunto in ambiente di test e propone una data per l'installazione delle modifiche in produzione.

In caso non sia disponibile un ambiente di test, il rilascio avverrà direttamente in produzione.

#### **Fase 7. Svolgimento sessioni di collaudo**

In caso di modifiche al software i Referenti ICT verificano tempestivamente con il Richiedente che quanto rilasciato corrisponda a quanto richiesto tramite sessioni di

collaudo disciplinate da apposita Procedura.

### **Fase 8. Esito del collaudo**

Il Richiedente e l'Assistente al DEC (o apposita commissione di collaudo in caso di MEV di medio-alta complessità) appongono la data e la firma alla voce "Collaudo" sul modulo. L'Assistente al DEC deve inviarne copia al Fornitore e all'ufficio di supporto amministrativo al RES.

### **Fase 9. Contabilizzazione attività collaudate e fatturate**

L'ufficio di supporto amministrativo al RES aggiorna il foglio elettronico con il dettaglio dei giorni/uomo collaudati e di quelli fatturati rispetto al budget annuo previsto dal CAM. Le fatture di MEV pervengono tutte al DEC che, supportato dall'ufficio di supporto amministrativo, deve verificarne la rispondenza con le attività autorizzate e collaudate.

Ai Fornitori è richiesto di riportare sulle fatture (oltre ai necessari riferimenti all'ordine di fornitura) l'elenco dei "numeri pratica" corrispondenti ad ogni fattura contenente voci di MEV.

L'ufficio di supporto amministrativo competente per TUTTE le problematiche amministrative connesse all'attuazione di questa procedura e per la liquidazione delle fatture di MEV, è contattabile tramite la mail [contrattisoftware@estar.toscana.it](mailto:contrattisoftware@estar.toscana.it).

## **10 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

1. Evidenza della richiesta
2. Quotazione dell'attività
3. Valutazione della richiesta
4. Autorizzazione
5. Contabilizzazione attività autorizzate
6. Rilascio modifiche in test
7. Svolgimento sessioni di collaudo
8. Esito del collaudo
9. Contabilizzazione attività collaudate e fatturate

<b>Attività/Responsabilità</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
RES / Ufficio supporto amministrativo					R			I	R
DEC			C	I	C		C	I	C
Assistente al DEC	I			R		I	R	C	
Referente Aziendale o Richiedente ICT	R			C		I	C	R	
Referente ICT della richiesta	C		R			I	C		
Fornitore		R		I		R		I	

R = Soggetto responsabile della attività

C = Soggetto consultato o corresponsabile

I = Soggetto informato

V = Soggetto che esegue verifica e validazione sulla attività

## **11 ARCHIVIAZIONE**

La presente procedura sarà CONSULTABILE su area Intranet di Estar.

## **12 CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI**

Non necessario.

## **13 APPARECCHIATURE**

Non necessario.

## **14 ALLEGATI E APPENDICI**

Allegato n. 1: Modello per la gestione della manutenzione evolutiva

# 15 DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

