



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

*PERCORSI ATTUATIVI DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.) DEL BILANCIO*

(D.A. n. 1559 del 5/9/2016)

## AREA GENERALE

(Azioni A1 – A2 – A3 – A4 – A5)

*VERSIONE 4*

(Deliberazione del C.S. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)

## INDICE

PROSPETTO DI RACCORDO TRA SINGOLE AZIONI E PROCEDURA AREA GENERALE	5
1. PREMESSA	6
2. GRUPPO DI LAVORO	6
3. RIFERIMENTI NORMATIVI E PRINCIPI CONTABILI APPLICABILI	6
I. PREVENZIONE ED IDENTIFICAZIONE DI EVENTUALI COMPORTAMENTI NON CONFORMI A LEGGIE REGOLAMENTI CHE ABBIANO IMPATTO SIGNIFICATIVO IN BILANCIO	6
1. SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI	6
2. RACCOLTA, ARCHIVIAZIONE E CONDIVISIONE DI LEGGI E REGOLAMENTI, PER PROCEDURE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI DELLE AZIENDE SANITARIE	7
3. PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE INTERNO, IN MATERIA DI CONTROLLI, LEGALITÀ E TRASPARENZA	7
4. PREVENIRE ED IDENTIFICARE EVENTUALI COMPORTAMENTI NON CONFORMI A LEGGI E REGOLAMENTI CHE ABBIANO IMPATTO SIGNIFICATIVO IN BILANCIO	7
5. CODICE ETICO	8
PREMESSA	8
RIFERIMENTI NORMATIVI	8
Art. 1 - Natura	8
Art. 2 - Principi aziendali e valori di riferimento	9
Art. 3 - Destinatari	9
Art. 4 - Obbligo di astensione	10
Art. 5 - Comportamento in servizio	11
Art. 6 - Terzi	12
Art. 7 - Misure di prevenzione della corruzione	12
Art. 8 - Monitoraggio	13
Art. 9 - Dichiarazione d'intenti dell'azienda	14
Art. 10 - Disposizioni finali	14
6. CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE (art. 54, co. 5°, D.Lgs. n. 165/2001; adottato <i>giusta</i> deliberazione n. 3273/D.G. del 19/12/2019)	14
Art. 1 - Disposizioni di carattere generale e ambito soggettivo di applicazione	14
Art. 2 - Regali, compensi e altre utilità (art. 4 del Codice Generale)	15
Art. 3 - Partecipazione ad associazione e organizzazioni (art. 5 del Codice Generale)	15
Art. 4 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (art. 6 del Codice Generale)	16
Art. 5 - Obbligo di astensione (art. 7 del Codice Generale)	16
Art. 6 - Prevenzione della corruzione (art. 8 del Codice Generale)	16
Art. 7 - Trasparenza e tracciabilità (art. 9 del Codice Generale)	17
Art. 8 - Comportamento nei rapporti privati (art. 10 del Codice Generale)	17
Art. 9 - Comportamento in servizio (art. 11 del Codice Generale)	17
Art. 10 - Divieto di fumo	18
Art. 10 bis - Utilizzo dei Socia Network	18

Art. 11 – Rapporti con il pubblico.....	19
Art. 12 - Disposizioni particolari per i Dirigenti .....	20
Art. 13 - Attività conseguenti al decesso.....	21
Art. 14 - Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale.....	21
Art. 15 - Contratti ed altri atti negoziali (art. 14 del Codice Generale).....	22
Art. 16 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative (art. 15 del Codice Generale).....	22
Art. 17 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice .....	23
Art. 18 - Responsabilità conseguenti alla violazione delle disposizioni del Codice e conseguenti sanzioni.....	24
Art. 19 - Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari.....	25
Art. 20 - Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione.....	25
Art. 21 – Disposizioni finali .....	26
7. ISTITUZIONE DI UNA FUNZIONE D' <i>INTERNAL AUDIT</i> .....	26
II. PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DI OPERAZIONI AZIENDALI PER IL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI DI GESTIONE. ANALISI DEI DATI CONTABILI E GESTIONALI PER AREE DI RESPONSABILITÀ	27
1. RIFERIMENTI NORMATIVI, DELIBERE AZIENDALI E PRINCIPI CONTABILI APPLICABILI .....	27
2. SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI.....	27
3. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLA GESTIONE .....	27
4. SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI <i>PERFORMANCE</i> .....	33
5. MODELLI DI <i>REPORTING</i> PER IL MONITORAGGIO DELLA <i>PERFORMANCE</i> .....	36
6. VERIFICA DELLA CORRETTA ESECUZIONE DELLA PROCEDURA DEFINITA AI PUNTI 6 ED 8.....	37
7. FUNZIONIGRAMMA AZIENDALE .....	39
8. PIANO DEI CONTI DI CONTABILITÀ GENERALE .....	40
9. PIANO AZIENDALE DEI CRIL E TRASMISSIONE DEL CORRELATO FLUSSO REGIONALE.....	42
10. ADOZIONE DELLE LINEE GUIDA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA METODOLOGIA REGIONALE SUL CONTROLLO DI GESTIONE E SULLA CONTABILITÀ ANALITICA	55
11. PROCEDURE DI RACCORDO TRA LA CONTABILITÀ ANALITICA E LA CONTABILITÀ GENERALE	55
III. PROCEDURA DI RACCOLTA E CONDIVISIONE DEI RILIEVI/SEGNALAZIONI DELLA REGIONE, DEL COLLEGIO SINDACALE E DEL SERVIZIO DI <i>INTERNAL AUDIT</i>	58
1. SCOPO DELLA PROCEDURA .....	59
2. RACCOLTA E CONDIVISIONE DEI RILIEVI/SEGNALAZIONI.....	59
3. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO .....	59
4. TEMPESTIVITÀ DEI RISCONTRI.....	60
5. TRASMISSIONE DEI RISCONTRI .....	60
6. MONITORAGGIO DEI RISCONTRI .....	60
7. RUOLI E RESPONSABILITÀ.....	61
IV. SISTEMI INFORMATIVI PER LA GESTIONE OTTIMALE DEI DATI CONTABILI E DI FORMAZIONE DELLE VOCI DI BILANCIO	61

1.	MAPPATURA DEGLI APPLICATIVI IT IN USO.....	61
2.	PROGETTI DI SVILUPPO ANCHE ATTRAVERSO ATTIVAZIONE DI BANDI PER L'ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI CONNESSI ALLO SVILUPPO IT	63
3.	SISTEMA INFORMATIVO PER RILEVAZIONE, ELABORAZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEI DATI CONTABILI	64

**PROSPETTO DI RACCORDO TRA SINGOLE AZIONI E PROCEDURA AREA GENERALE**

<b>AZIONE</b>	<b>RACCORDO CON LA PROCEDURA</b>	<b>AZIONE</b>	<b>RACCORDO CON LA PROCEDURA</b>
A1.1	Capitolo I, paragrafi 3 e 5	A3.3	Capitolo IV, paragrafo 3
A1.2	Capitolo I, paragrafo 5	A3.4	Capitolo IV, paragrafo 3
A1.3	Capitolo I, paragrafo 6	A4.1	Capitolo II, paragrafo 8
A1.4	Capitolo I, paragrafo 7	A4.2	Capitolo II, paragrafo 9
A1.5	Capitolo I, paragrafo 8	A4.3	Capitolo II, paragrafo 10
A1.6	Capitolo I, paragrafo 8	A4.4	Capitolo II, paragrafo 10
A1.7	Capitolo I, paragrafi 9	A4.5	Capitolo II, paragrafo 11
A1.8	Capitolo I, paragrafo 4	A4.6	Capitolo II, paragrafo 12
A2.1	Capitolo II, paragrafo 4	A4.7	Capitolo II, paragrafo 10
A2.2	Capitolo II, paragrafo 4	A4.8	Capitolo II, paragrafo 13
A2.3	Capitolo II, paragrafo 5	A5.1	Capitolo III
A2.4	Capitolo II, paragrafo 6	A5.2	Capitolo III
A2.5	Capitolo II, paragrafo 7	A5.3	Capitolo III, paragrafo 6
A3.1	Capitolo IV, paragrafo 1	A5.4	Capitolo III
A3.2	Capitolo IV, paragrafo 2		

## PROCEDURA BASE

### AREA GENERALE

#### 1. PREMESSA

La procedura dell'Area Generale, comprende azioni miranti al controllo dei fattori di rischio legati alla *compliance*, ai comportamenti dei dipendenti, alla programmazione aziendale, all'implementazione dei sistemi informativi, all'analisi dei dati ed alle azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione o del Collegio Sindacale al fine di ridurre il loro impatto sull'attendibilità dei dati di Bilancio.

#### 1. GRUPPO DI LAVORO

La presente procedura è il risultato del lavoro svolto da apposito gruppo composto da personale aziendale che, per aspetti differenti, risulta anche coinvolto nella gestione delle attività della presente AREA GENERALE e che si è fatta parte diligente per collazionare quelle procedure che per tempo erano state realizzate da UU.OO. diverseda quelle rappresentate dagli Uffici di appartenenza del gruppo di lavoro seguente:

<b>NOMINATIVO</b>	<b>U.O. DI APPARTENENZA E RUOLO</b>
<i>Dott.ssa Maria Scarpitta</i>	Resp.le U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni (coordinatrice)
<i>Dott.ssa Maria Concetta Martorana</i>	Direttore Sanitario P.O. di Trapani
<i>Dott.ssa Francesca Catalano</i>	Resp.le U.O.S. Bilancio Contabilità separata e adempimenti fiscali
<i>Dott. Sergio Romano</i>	Resp.le U.O.S. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali
<i>Dott. Maurizio Bruno</i>	Resp.le U. O. S. I. C. T. Tecnologia Informazione e Comunicazione
<i>Dott.ssa Laura Ingrasciotta</i>	Coll. amm. prof.le presso Segreteria Direzione Amministrativa

#### 2. RIFERIMENTI NORMATIVI E PRINCIPI CONTABILI APPLICABILI

- Codice civile e principi OIC 16 - 24;
- Decreto legislativo n. 118/2011 e ss. mm. ed ii. ;
- Decreto del Ministero della Salute adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 17/9/2012, recante *"disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale"*;
- Decreto del Ministero della Salute 1/3/2013, riguardante la *"definizione dei percorsi attuativi della Certificabilità"*;
- D.A. n. 2128 del 12/11/2013 e n. 402 del 10/3/2015 per l'adozione dei *"Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)"* per gli enti del Servizio Sanitario Regionale;
- Legge n. 190 del 6/11/2012 avente per oggetto: *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- D.Lgs. n. 33 del 14/3/2013 avente per oggetto: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della PA"*.

#### I. PREVENZIONE ED IDENTIFICAZIONE DI EVENTUALI COMPORTAMENTI NON CONFORMI A LEGGI E REGOLAMENTI CHE ABBIANO IMPATTO SIGNIFICATIVO IN BILANCIO

##### 1. SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI

La presente procedura è stata articolata in modo tale che le diverse fasi siano attribuite a soggetti aziendali diversi, secondo i criteri di separazione funzionale e di contrapposizione operativa, applicando regole di condotta professionale interna specifiche per ruoli e responsabilità, che garantiscano il principio di segregazione delle funzioni, in modo da garantire un efficace sistema di controllo interno, riducendo il rischio che si possano commettere errori e/o effettuare irregolarità nella loro realizzazione, occultandone in modo permanente gli effetti.

Per tutte le procedure disciplinate dal presente Manuale, le responsabilità degli adempimenti propri degli Uffici rispondenti a Posizioni Organizzative afferiscono al Responsabile della UOS di pertinenza in assenza di un Titolare di incarico di Posizione Organizzativa. In assenza anche del Responsabile di UOS, afferiscono direttamente al Responsabile di UOC.

Le competenze del Responsabile di UOS e di UOC sono elencate nel vigente Funzionigramma.

## **2. RACCOLTA, ARCHIVIAZIONE E CONDIVISIONE DI LEGGI E REGOLAMENTI, PER PROCEDURE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI DELLE AZIENDE SANITARIE**

Il Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni, **entro il 28 Febbraio** di ciascun anno, invita, a mezzo *mail*, tutti i Responsabili delle macrostrutture (Dipartimenti, UU.OO.CC., Direzioni Amministrative, ecc.) a provvedere all'aggiornamento delle schede di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 33/2013, in materia di accesso civico e degli obblighi di pubblicità e trasparenza, con l'esatta indicazione della normativa applicata nell'ambito della loro attività e per ciascun procedimento amministrativo afferente le relative strutture.

I predetti Responsabili delle macrostrutture, nei successivi giorni quindici, devono redigere i predetti documenti e trasmetterli, oltre che al Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni, anche all'Ufficio *Web* aziendale, per la pubblicazione sul sito *internet* istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimento", ove possono anche prendere visione delle schede già pubblicate ai fini dell'eventuale adeguamento delle nuove normative del settore di competenza.

Il Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni verifica l'esecuzione dell'anzidetto compito da parte dei Responsabili delle macrostrutture, provvedendo, in caso di mancata ottemperanza, a sollecitare i predetti, dandone al contempo comunicazione alla Direzione aziendale.

I Responsabili delle macrostrutture provvedono, nel corso dell'annualità, ad aggiornare autonomamente le predette schede, con l'indicazione della normativa eventualmente di nuova emanazione, trasmettendo le stesse sia all'Ufficio *Web* aziendale che al Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni, per la conservazione.

Il Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni provvede, dal canto suo, all'invio ai Responsabili delle macrostrutture di tutti i Decreti, Circolari, Disposizioni e note interlocutorie che promanano dal competente Assessorato della Salute o del Ministero della Salute, quali documenti in formato analogico e/o digitale pervenuti all'Azienda, affinché gli stessi provvedano all'aggiornamento delle schede secondo quanto prima indicato.

## **3. PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE INTERNO, IN MATERIA DI CONTROLLI, LEGALITÀ E TRASPARENZA**

L'U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del Personale - ECM predispose il Piano di Formazione annuale in accordo con le Direzioni Sanitaria e Amministrativa, attraverso la previa raccolta delle esigenze formative rappresentate dalle singole Strutture aziendali e l'analisi del fabbisogno manifestato, che viene trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute, con particolare riferimento alla formazione in ECM e in base all'analisi dei risultati e in rapporto agli obiettivi regionali contenuti nell'emanando PSR.

Si occupa, inoltre, dell'attivazione dei percorsi formativi del personale interno in relazione a specifiche necessità aziendali.

## **4. PREVENIRE ED IDENTIFICARE EVENTUALI COMPORTAMENTI NON CONFORMI A LEGGI E REGOLAMENTI CHE ABBIANO IMPATTO SIGNIFICATIVO IN BILANCIO**

L'antidoto primario al verificarsi di fattori di rischio corruttivo costituisce sicuramente il rafforzamento della trasparenza, che consente di tracciare e rendere assolutamente visibili scelte, prassi amministrative, comportamenti, criticità. Al fine di avviare un sistema di sensibilizzazione ed approfondimento, dunque, in materia di legalità, etica e trasparenza e per supportare i dipendenti dell'A.S.P. nell'applicazione ed osservanza della legge n. 190/2012 e del F.O.I.A., nell'ambito di percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione, rivolti a dipendenti aziendali di varie categorie e ruoli, vengono somministrati appositi questionari finalizzati al monitoraggio del grado di percezione della legalità e della trasparenza.

Inoltre, come già realizzato, si procederà alla somministrazione regolare di due tipologie di questionari, la prima redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per la verifica della conoscenza degli strumenti operativi finalizzati alle azioni di prevenzione della corruzione, la seconda su iniziativa del CENSIS, per la percezione della corruzione in ambito

aziendale.

## **5. CODICE ETICO**

### **PREMESSA**

*Il presente Documento è stato redatto in ossequio alle linee-guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del SSN, ad oggi in consultazione sul sito ANAC, definite a seguito di un lavoro congiunto svolto dall'ANAC, Ministero della Salute e AGENAS.*

*Il Codice Etico integra anche le previsioni del Codice Generale di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62/2013, ai cui contenuti si fa integrale rinvio.*

*Il presente documento, inoltre, costituisce adempimento formale nell'ambito del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) di questa ASP di Trapani, con particolare riferimento all'Area A – Area Generale, ed in linea con quanto specificamente richiesto dall'Azione A.1.5 – Redazione e divulgazione del Codice Etico Aziendale.*

### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Costituzione della Repubblica Italiana - artt. 28, 97, 98;

Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;

Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;

Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;

CCNL Comparto del 1.9.1995 come modificato dai CCCNLL del 19.4.2004 e del 10.4.2008;

CCNL per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del 6.5.2010;

CCNL per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del 6.5.2010;

Delibera ANAC n. 75/2013;

Delibera ANAC n. 831/2016.

### **Art. 1 - Natura**

Il Codice Etico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani rappresenta la fonte regolamentare che definisce ed esprime i principi di deontologia aziendale riconosciuti come propri e a cui devono essere ispirati i comportamenti dei singoli dipendenti, dei collaboratori e dei terzi che interagiscono con l'Azienda; costituisce, dunque, uno strumento di implementazione dell'etica all'interno dell'Amministrazione, supporta i comportamenti e favorisce il raggiungimento dell'obiettivo sociale.

L'attività dell'Azienda è finalizzata a tutelare la salute quale diritto fondamentale del cittadino ed interesse della collettività e, attraverso il C.E., si pone l'obiettivo di soddisfare le necessità e le aspettative degli interlocutori, mirando a promuovere un elevato livello di professionalità, a vietare le condotte che si pongono in contrasto con le disposizioni normative e con i valori che intende promuovere.

Il presente documento esplicita i valori in cui l'Azienda crede e sui quali intende costantemente impegnarsi, declina i principi di condotta che ne discendono nel contesto della relazione con ciascuno *stakeholder* e innalza il livello di coerenza che ciascuno, all'interno dell'Azienda, dovrà tenere per creare un circolo virtuoso basato sulla fiducia che nasce dalla soddisfazione dei cittadini, dal senso di appartenenza di dipendenti e collaboratori e dalla vicinanza ai bisogni della collettività e del territorio.

## Art. 2 - Principi aziendali e valori di riferimento

I principi su cui si fonda il C.E., che riguardano le condotte di tutti i dipendenti, collaboratori, terzi, e Direzione Strategica sono i seguenti:

<b>INTEGRITÀ</b>		Operare e perseguire gli obiettivi con onestà, correttezza e responsabilità nel pieno e sostanziale rispetto del dettato costituzionale, delle regole, dell'etica professionale e nell'imparzialità delle proprie azioni.
<b>VALORE DELLA PERSONA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE</b>	<b>DELLA E DEL</b>	Il valore della persona, in quanto tale, dovrà guidare il modo di agire dell'Azienda tutta: l'ascolto e il dialogo nelle relazioni costituiscono leve di miglioramento continuo e porre al centro delle azioni il paziente contribuirà a ridurre le disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi.
<b>EFFICACIA APPROPRIATEZZA</b>	<b>E</b>	Garantire i risultati di salute attesi contemperando il raggiungimento degli obiettivi e la soddisfazione dei cittadini/utenti attraverso un utilizzo attento delle risorse, promuovendo comportamenti improntati all'ottimizzazione e ad evitare gli sprechi.
<b>EQUITÀ</b>		Impegno dell'Azienda tutta all'eliminazione di ogni discriminazione connessa alle differenze di genere, età, religione, appartenenza politica o sindacale, orientamento sessuale o diversa abilità.
<b>TRASPARENZA</b>		Principio cardine di tutte le azioni che garantisce la circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti e la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte aziendali di governo clinico e di politica sanitaria. Viene garantita la parità di informazione agli interlocutori, a vario titolo interessati, attraverso il sito <i>web</i> aziendale.
<b>VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE QUALE PATRIMONIO CULTURALE PROFESSIONALE</b>	<b>E</b>	L'Azienda tutta s'impegna perché vengano rispettate dignità e personalità di ciascun dipendente e collaboratore prevenendo favoritismi, abusi e discriminazioni, garantendo un trattamento equo, fondato su criteri di merito e competenza, pari opportunità di sviluppo e crescita professionale, pari accesso ai percorsi formativi e alle iniziative di aggiornamento.
<b>PROMOZIONE DELLA INNOVAZIONE TECNOLOGICA</b>		L'Azienda tutta s'impegna per sostenere i continui cambiamenti propri delle metodiche sanitarie e produrre prestazioni di elevata qualità
<b>TUTELA DELLA PRIVACY</b>	<b>DELLA</b>	L'Azienda tutta s'impegna alla riservatezza nell'utilizzo delle informazioni acquisite, trattate ed archiviate, nell'assoluta osservanza delle norme in materia di tutela dei dati sensibili e personali, nonché a proteggere le informazioni personali di dipendenti e collaboratori (non soggette a pubblicazione ai sensi delle vigenti normative in materia di trasparenza).

## Art. 3 - Destinatari

Il presente C.E. si applica, indistintamente, a tutti i dipendenti, collaboratori, terzi e soggetti operanti a qualsiasi titolo in questa ASP.

In particolare si applica a:

- personale medico, veterinario, sanitario, convenzionato;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo, comprese le collaborazioni coordinate e continuative o gli incarichi di natura occasionale o libero professionale;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici;
- personale assunto con contratto di somministrazione;

- e. stagisti e tirocinanti;
- f. volontari aderenti ad Associazioni che operano all'interno l'Azienda;
- g. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta e Specialisti ambulatoriali convenzionati.

I comportamenti individuali e collettivi dei dipendenti, collaboratori e terzi devono, dunque, osservare le vigenti normative ed essere in sintonia con le politiche aziendali e con le prescrizioni definite nel Piano Aziendale Triennale di Prevenzione della Corruzione traducendosi, concretamente, in collaborazione, responsabilità sociale e rispetto delle vigenti normative.

Tutti i destinatari del C.E. hanno l'obbligo di manifestare certezza nell'individuazione dei ruoli, in modo tale da evitare, in astratto, l'effetto di deresponsabilizzazione degli stessi, garantendo, così, l'individuazione del soggetto responsabile della decisione assunta.

Inoltre, i Destinatari, in occasione di verifiche ed ispezioni da parte delle Autorità Pubbliche competenti, devono adottare un atteggiamento di massima disponibilità e collaborazione nei confronti degli organi ispettivi e di controllo.

Nei rapporti con gli enti rappresentativi degli interessi generali e con le altre aziende pubbliche devono essere impiegate le forme di comunicazione previste dalle specifiche disposizioni di settore, tali da impedire ogni discriminazione nei rapporti con gli interlocutori istituzionali e prevenire la realizzazione di condotte illecite idonee a ledere l'imparzialità ed il buon andamento della Pubblica Amministrazione.

L'osservanza delle disposizioni contenute nel presente documento costituisce parte integrante ed essenziale delle obbligazioni facenti capo ai dipendenti, collaboratori e terzi, e la relativa violazione costituisce inadempimento contrattuale, illecito disciplinare soggetto alle prescritte sanzioni.

Nello specifico:

- A) È vietato ai destinatari promettere e/o svolgere pratiche di favore ad utilità degli utenti atte a costituire disparità di trattamento o posizioni di privilegio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
- B) È vietato ai destinatari ricevere denaro, doni o qualunque forma di utilità che ecceda dalle normali pratiche di cortesia, salvo quelli d'uso di modico valore non superiore, in via orientativa, ad € 150. Il principio è riferibile sia ai regali promessi o offerti sia a quelli ricevuti.
- C) Nello svolgimento delle procedure negoziali e, in particolare, nelle pattuizioni delle condizioni contrattuali, i dipendenti preposti a tale attività devono ispirare la propria condotta ai principi di correttezza e buona fede, prevedendo strumenti contrattuali idonei a garantire soddisfacimento delle esigenze dell'Azienda in termini di qualità, tempi di consegna e/o realizzazione.
- D) Il dipendente non stipula, per conto dell'ASP, contratti di appalto con Ditte e imprese con le quali ha stipulato egli stesso contratti a titolo privato nel biennio precedente.
- E) Il dipendente preposto ai procedimenti preordinati alla stipula dei contratti – di qualsiasi natura – per conto dell'Azienda devono attenersi alle specifiche disposizioni di settore, nel rispetto assoluto dell'imparzialità.
- F) È vietato a tutti i destinatari del C.E. anticipare gli esiti di ogni procedimento prima della sua conclusione e, in particolare, è vietato diffondere contenuti specifici di procedimenti di gara, di concorso o altra tipologia procedimentale.

#### **Art. 4 - Obbligo di astensione**

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Il dipendente comunica per iscritto al Responsabile di riferimento sulla base dell'organizzazione aziendale, le ragioni per le quali ritiene di astenersi. Il Responsabile decide in merito dando formale riscontro al dipendente ed individuando un eventuale sostituto per la trattazione della pratica.

Sulla astensione del dipendente apicale decide il Responsabile Prevenzione della Corruzione.

#### **Art. 5 - Comportamento in servizio**

Il dipendente durante il servizio assume un comportamento corretto ed improntato, nel rispetto delle direttive impartite dal Responsabile di riferimento, al perseguimento degli obiettivi fissati a livello aziendale.

Il dipendente assume un atteggiamento di rispetto e leale collaborazione nei confronti dei colleghi e dei superiori ed evita comportamenti che possano in qualsiasi modo danneggiare i colleghi, il buon andamento ed il decoro dell'Azienda.

Il dipendente rispetta le disposizioni in materia di orario di lavoro previste dalla normativa vigente e rileva con puntualità e correttezza la presenza in servizio, presso l'edificio ove svolge l'attività di lavoro, mediante l'apposito *badge* sui dispositivi marcatempo situati nelle varie sedi aziendali.

La rilevazione dell'entrata e dell'uscita presso sedi diverse da quella di assegnazione può essere effettuata esclusivamente per esigenze di servizio e deve essere autorizzata dal Responsabile di riferimento.

Sull'obbligo del rispetto dell'orario di lavoro, sulla fruizione delle ferie e sulle assenze dal servizio si rinvia alle circolari aziendali in materia pubblicate sul sito *web* aziendale.

Ugualmente si rinvia alle circolari aziendali circa gli obblighi di rilevazione della presenza in servizio dei Dirigenti di Struttura Complessa medici e non medici, sanitari, tecnici ed amministrativi.

Il dipendente deve giustificare i giorni di assenza dal lavoro secondo le previsioni di legge o contrattuali. Tutti i Dirigenti Responsabili sono tenuti al controllo sull'operato del personale loro assegnato, ferma restando la competenza di ulteriori e residuali controlli da parte del Settore Personale su dirigenza e comparto.

Per le assenze ingiustificate e sugli obblighi di rilevazione delle presenze tramite *badge* si applicano le sanzioni previste dal D.Lgs. n. 165/01 come modificato dal D.Lgs. n. 116 del 20/06/2016 e come disciplinato con circolare aziendale n. 71307 del 12/07/2016, pubblicata sul sito aziendale, nonché da quanto previsto dai contratti collettivi vigenti per ciascun comparto di contrattazione.

Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, e i periodi di aspettativa nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

Il dipendente è consapevole che i benefici che consentono l'astensione dal lavoro costituiscono un onere per l'Azienda ed un impegno di spesa per la collettività e pertanto devono essere utilizzati con il massimo rigore, nei limiti strettamente necessari ed esclusivamente per le finalità cui sono preordinati. Ogni variazione delle condizioni che danno titolo alla fruizione dei benefici devono essere tempestivamente comunicate all'Azienda.

L'Azienda si riserva di operare gli opportuni controlli circa la sussistenza del diritto ad usufruire dei benefici previsti dalla legge.

Il dipendente utilizza in tutti gli ambiti ed ai vari livelli in cui opera le tecnologie dell'informazione e comunicazione messe a disposizione dell'Azienda per la semplificazione, economicità efficace ed efficienza dell'azione amministrativa e dei vari servizi offerti al cittadino.

Il dipendente utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'Azienda avendo cura di non rendere noti a terzi eventuali credenziali per l'accesso a procedure informatiche aziendali. Il dipendente non utilizza per fini personali materiale o attrezzature dell'Azienda come ad esempio farmaci, dispositivi sanitari, materiale di cancelleria, fotocopiatrici *etc.* Il dipendente utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda a sua disposizione, nel rispetto del vigente regolamento aziendale sulla gestione del parco-auto, soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio e per il tempo strettamente necessario, astenendosi dal compiere commissioni personali e dal trasportare terzi,

se non per motivi d'ufficio. Il dipendente autorizzato all'utilizzo dei parcheggi aziendali con il mezzo proprio, può occupare gli stessi esclusivamente per il tempo strettamente correlato all'assolvimento dei compiti assegnati.

Il dipendente, in relazione al ruolo rivestito, ha l'obbligo di fornire la massima collaborazione ai soggetti deputati alla gestione dei vari profili di rischio a livello aziendale (rischio lavorativo, rischio clinico, rischio informativo, rischio corruttivo) ed è tenuto a partecipare attivamente ai processi di prevenzione del rischio, di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, ivi compresa la partecipazione alle iniziative di formazione all'uopo previste dai competenti servizi aziendali.

Il dipendente che si rechi al lavoro in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti è immediatamente allontanato dal posto di lavoro a cura del Responsabile di riferimento, fatte salve le iniziative di carattere disciplinare.

I dipendenti iscritti ad albi, ordini e collegi, osservano le disposizioni contenute nei rispettivi Codici deontologici, che si integrano e coordinano con il presente Codice.

#### **Art. 6 - Terzi**

Atteso che i Terzi, a qualunque titolo si relazionino con l'ASP, sono tenuti al rispetto delle disposizioni contenute nel presente Codice, l'eventuale violazione ne determina la risoluzione di diritto del rapporto contrattuale stipulato e il pieno diritto dell'Azienda di chiedere e ottenere il risarcimento dei danni derivanti dalla lesione alla sua immagine.

A tal uopo sono stabiliti appositi protocolli di legalità che, in ossequio alla L. n. 190/12, sono stati adottati dall'Azienda e sottoposti alla sottoscrizione da parte di tutti i soggetti che intervengano a qualunque titolo nei procedimenti di gara posti in essere dall'ASP.

#### **Art. 7 - Misure di prevenzione della corruzione**

Com'è noto, l'emanazione della L. 190/12 ha rappresentato un mutamento nell'approccio alla tematica dell'anticorruzione, tesa a dare impulso non esclusivamente ad azioni mirate alla repressione di manifestazioni di corruzione, ma soprattutto finalizzate alla prevenzione di detti fenomeni, attraverso la promozione, nell'*actio publica*, di modelli etici e condotte morali.

La normativa in interesse prescrive, quale adempimenti obbligatori aziendali, la nomina del RPC, l'adozione di un Piano aziendale Triennale di Prevenzione della Corruzione, da aggiornare annualmente nei prescritti termini indicati dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), la redazione della Relazione annuale sull'attività svolta (elaborata su modello *standard* inviato dall'ANAC); detta documentazione, pubblicata obbligatoriamente sul sito web aziendale, comporta l'osservanza delle misure ivi indicate da parte di tutti i dipendenti, collaboratori, terzi.

Nello specifico, i **Referenti del RPC**, soggetti individuati nel PTPC, hanno l'obbligo di supportare il RPC:

- nell'individuazione di nuove "aree a rischio", non previste nel Piano medesimo;
- nell'adempimento degli obblighi posti a proprio carico, con rispetto della tempistica definita;
- nell'offrire massima collaborazione al RPC in ogni fattispecie di verifica e accertamento posta in essere dal medesimo.

In ossequio alla succitata normativa, l'Azienda ha, poi, definito apposito protocollo per il cd. "**wistleblower**", regolamentando le procedure volte ad incentivare e proteggere le segnalazioni di illeciti e/o condotte eticamente non conformi ai prescritti principi di diritto.

A tal uopo, ciascun dipendente può denunciare direttamente al RPC gli illeciti di cui venga a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro.

L'applicazione di detta procedura prevede l'assoluta tutela del dipendente tramite l'obbligo di riservatezza da parte del RPC e dell'Azienda, mantenendone l'anonimato (misura, peraltro, sottratta al diritto di accesso) e rendendolo esente da sanzioni, come il licenziamento, o da misure discriminatorie aventi presumibili effetti sulle normali condizioni di lavoro per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla denuncia formulata.

L'Azienda s'impegna al rispetto e osservanza, da parte di chiunque, della procedura suddetta.

In ossequio alla L. 190/12, è stato predisposto, inoltre, lo schema-tipo per la dichiarazione del **"Pantouflage - Revolving Doors"**, afferente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, resa da dipendenti al momento dell'assunzione o all'atto della quiescenza ovvero da soggetti comunque interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi di qualunque genere.

Il rischio valutato dalla norma è che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa artatamente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare, a proprio fine, la sua posizione e il suo potere all'interno dell'Amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

Al fine, pertanto, di ottemperare alle prescrizioni normative in interesse lo schema-tipo in interesse è stato adottato da questa Azienda e diramato a tutti i soggetti responsabili delle Strutture interessate per la sottoscrizione da parte dei soggetti che pongono in essere procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi di qualunque genere e da parte di tutte le Strutture convenzionate e/o fornitori per la necessaria dichiarazione *"..... di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di code sta ASP di Trapani, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro"*.

I Dipendenti, nello svolgimento delle funzioni cui sono preposti, devono agire nell'esclusivo interesse dell'Azienda, astenendosi dal porre in essere condotte nelle quali possa anche solo potenzialmente essere ravvisata una situazione di **conflitto di interessi**, con quello dell'Azienda medesima, ovvero configurare ipotesi di reato o altri illeciti, perseguibili nei termini e per le ipotesi contemplate ai punti sopra indicati.

La L. n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" ha introdotto rilevanti modifiche alla disciplina delle incompatibilità e del **conflitto di interessi** dei pubblici dipendenti.

A tal uopo, in particolare, il Tavolo Tecnico ANAC - Ministero della Salute - AGENAS ha redatto la modulistica finalizzata alla Dichiarazione Pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN.

Le situazioni di conflitto di interessi, cui le indicazioni del suddetto Tavolo Tecnico fanno espresso riferimento, afferiscono agli aspetti economici - e non - legati alla ricerca scientifica, alla formazione e all'aggiornamento professionale che potrebbero incidere nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici ed interferire nelle prestazioni specialistiche dei professionisti del SSN.

Detta modulistica, che sarà nel breve termine oggetto di apposito approfondimento da parte dell'ANAC che potrebbe modificarne i contenuti, anche per le probabili refluenze in materia di *privacy*, è stata riformulata con le opportune semplificazioni e adottata da questa Azienda quale "Dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi, ai sensi della L. 190/12".

Pertanto, tutti i Dirigenti Medici (di Struttura Complessa e di struttura semplice), in occasione di partecipazione a convegni, corsi di aggiornamento, seminari e congressi, sono tenuti a compilare, ai sensi del D.P.R. 445/2000, il modello di dichiarazione suindicato, con la relativa nota di invito da parte della Società/Ditta/sponsor.

Dette dichiarazioni, definite per perseguire correttezza scientifica, imparzialità e massima trasparenza, costituiscono strumento di sensibilizzazione e di promozione dei valori etici individuali e istituzionali.

## **Art. 8 - Monitoraggio**

Al fine di assicurare piena e concreta attuazione del C.E. e dei principi in esso contenuti, il RPC, annualmente, provvede alla somministrazione di questionari ad un campione qualificato dell'Azienda, finalizzato alla rilevazione delle conoscenze delle disposizioni e delle azioni indicate nel medesimo documento.

Gli esiti di detti questionari costituiranno materia di approfondimento degli incontri informativi e contribuiranno, qualora si rilevi la necessità, alle eventuali modifiche ed aggiornamenti del Codice, anche a seguito di modifiche dell'attività gestionale o dell'assetto organizzativo dell'Azienda o in ragione di particolari iniziative programmate dalla stessa.

## **Art. 9 - Dichiarazione d'intenti dell'azienda**

L'Azienda si impegna a predisporre un adeguato e continuo programma di formazione e sensibilizzazione sulle problematiche del C.E., nonché ad adottare le misure ritenute più opportune per assicurare la necessaria diffusione e conoscenza del C.E., in particolare, demanda al RPC, di concerto con il competente Settore del Personale, la diffusione del contenuto del presente Codice, attraverso la pubblicazione sul sito *web* aziendale, invio tramite posta elettronica e a mezzo di incontri informativi finalizzati all'illustrazione dei contenuti, destinati a dipendenti e collaboratori.

L'Azienda si impegna affinché i Dipendenti adempiano l'obbligo di informare i Terzi in merito al contenuto del presente documento, precisando come la instaurazione di rapporti con l'Azienda, comporta l'accettazione da parte dei Terzi, dell'obbligo di adeguare la propria condotta a quanto previsto nel C.E.

L'Azienda si impegna a garantire al R.P.C., al Servizio Ispettivo Aziendale e agli Organismi di controllo interno il libero accesso ai dati, alla documentazione ed a qualsiasi informazione utile allo svolgimento dell'attività di verifica e controllo interno.

L'Azienda si impegna a rendere accessibili notizie, comunicati stampa, dati ed informazioni scientifiche, nonché fatti ed eventi aziendali, sul proprio sito *web* istituzionale, nonché in eventuali pubblicazioni scientifiche, così da poter permettere l'agevole conoscibilità. Tale obbligo di informazione deve essere rispettoso del prioritario diritto alla riservatezza degli Utenti e dei Terzi.

Ogni comunicazione rivolta all'esterno dell'Azienda e realizzata in forma documentale, radiotelevisiva, informatica o orale dovrà avvenire nel rispetto dell'ordinamento e della disciplina proposta a regolare le singole condotte professionali. Per garantire completezza e coerenza delle informazioni, i rapporti dell'Azienda con i *mass-media* sono riservati alla Direzione Generale, ai Dirigenti da essa di volta in volta indicati e all'Ufficio Stampa.

## **Art. 10 - Disposizioni finali**

Il Codice Etico assolve in sede attuativa ad una funzione di integrazione di tutte le disposizioni normative, regolamenti e circolari richiamate nel presente documento.

Il presente Codice entra in vigore dalla data di adozione della Delibera di approvazione da parte del Direttore Generale.

## **6. CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE**

(art. 54, co. 5°, D.Lgs. n. 165/2001; adottato *giusta* deliberazione n. 3273/D.G. del 19/12/2019, aggiornato, alla luce delle Linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 215 del 26.03.2019, con Delibera del C.S. n. 10 del 04/01/2023.

### **Art. 1 Disposizioni di carattere generale e ambito soggettivo di applicazione**

1. Il presente Codice di comportamento, di seguito denominato "Codice", declina, ai sensi dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001, le regole di condotta integrative e/o aggiuntive a quelle contenute nel Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013, cui si fa integrale rinvio, relative a doveri minimi di onestà, professionalità, discrezione, riservatezza, diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare, al fine di evitare comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda.

2. Gli obblighi previsti dal presente Codice e dal Codice Generale si applicano a tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) e a tutto il personale operante a qualsiasi titolo presso l'Azienda Sanitaria di Trapani, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati; al pari, i Codici si applicano a coloro che svolgono funzioni strategiche in seno all'Azienda, al personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico", ai componenti di organi, titolari di incarichi presso gli Uffici di diretta collaborazione con il vertice politico-amministrativo e soggetti impiegati presso i suddetti Uffici, ai dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con questa Amministrazione.

3. Si richiamano tutti i soggetti di cui al precedente comma all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché ai principi di centralità della persona, di accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle

prestazioni e delle attività sanitarie, di umanizzazione delle cure, di obiettività e indipendenza e tutela della riservatezza.

4. Altresì, gli obblighi previsti dal presente Codice e dal Codice Generale si estendono, per quanto compatibile, a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere nei confronti dell'amministrazione. A tal fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, sono inserite, a cura dei competenti responsabili, apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e dal Codice generale. Le disposizioni e le clausole da inserire in ciascun atto di incarico o contratto vengono valutate e definite dai competenti responsabili in relazione alle tipologie di attività e di obblighi del soggetto terzo nei confronti dell'Amministrazione ed alle responsabilità connesse.

5. Le previsioni del presente Codice si estendono, infine, per quanto compatibili, ai dipendenti dei soggetti controllati o partecipati dall'A.S.P. di Trapani.

6. Il Codice è strumento a supporto della gestione aziendale fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda e a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con il Codice hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica.

7. Sull'applicazione del presente Codice nonché del Codice di Comportamento generale vigilano idirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e l'ufficio di disciplina.

## **Art. 2 Regali, compensi e altre utilità (art. 4 del Codice Generale)**

1. Fermo restando in ogni caso il divieto per il dipendente di chiedere o di sollecitare, per sé o per gli altri, regali o altre utilità, il dipendente può accettare, per sé o per gli altri, regali o altre utilità

d'uso di modico valore solamente se effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini internazionali. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non può accettare, per sé o per gli altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.

2. Per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelli di valore non superiore, in via orientativa, a 100 Euro, in considerazione delle caratteristiche e delle finalità dell'attività dell'ente. Nel caso di più regali o altre utilità ricevute contemporaneamente, il valore cumulativo non potrà in ogni caso superare i 100 Euro.

3. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti vengono immediatamente messi a disposizione dell'Amministrazione, a cura del dipendente a cui siano pervenuti, per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali, ovvero, ove possibile, in beneficenza.

È comunque vietato accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualsiasi titolo.

4. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione a qualsiasi titolo, diretti o indiretti, da soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti che abbiano, o abbiano avuto nel triennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio o ai servizi di appartenenza del dipendente stesso.

5. Per soggetti privati aventi un interesse economico significativo si intendono in particolare:

a) coloro che siano, o siano stati nel triennio precedente, iscritti ad albi di appaltatori di opere e/o lavori pubblici o ad albi di fornitori di beni o di prestatori di servizi tenuti dal servizio di appartenenza del dipendente;

b) coloro che partecipino, o abbiano partecipato nel triennio precedente, a procedure per l'aggiudicazione di appalti, sub-appalti, cottimi fiduciari o concessioni di lavori, servizi o forniture o a procedure per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari o l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere curate dal servizio di appartenenza;

c) coloro che abbiano, o abbiano avuto nel triennio precedente, iscrizioni o provvedimenti a contenuto autorizzatorio, concessorio o abilitativo per lo svolgimento di attività imprenditoriali comunque denominati, ove i predetti procedimenti o provvedimenti afferiscano a decisioni o attività inerenti al Servizio di appartenenza.

6. Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'amministrazione, il dirigente/responsabile dell'ufficio o servizio vigila sulla corretta applicazione del presente articolo da parte del personale assegnato.

## **Art. 3 Partecipazione ad associazione e organizzazioni (art. 5 del Codice Generale)**

1. Nel rispetto della disciplina vigente in materia di diritto di associazione, il dipendente comunica al proprio responsabile - il quale trasmetterà al R.P.C.T. per il monitoraggio sui contenuti -, tempestivamente e comunque entro il termine di dieci giorni (dall'assunzione in servizio ovvero dall'adesione ad associazioni, ecc.), la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, il cui ambito di interesse possa interferire con lo svolgimento dell'attività d'ufficio, fatta salva, comunque, l'adesione a partiti politici o

sindacati.

2. L'eventuale mancata dichiarazione da parte del soggetto costituisce violazione degli obblighi di servizio e comporta, conseguentemente, l'avvio di procedimento disciplinare.

3. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, indipendentemente dal carattere delle stesse, né esercita pressioni a tale fine promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

#### **Art. 4 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (art. 6 del Codice Generale)**

1. All'atto dell'assunzione o dell'assegnazione all'ufficio, il dipendente informa per iscritto il responsabile competente di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con soggetti o enti privati che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio di appartenenza, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

2. Il responsabile competente valuta in merito la presenza o meno di conflitti di interesse, anche potenziali e, nel caso, invita il dipendente ad astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti le sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

3. Le comunicazioni di cui al comma 1 devono essere aggiornate almeno una volta l'anno.

4. E', pertanto, fatto obbligo a tutti i soggetti indicati all'art. 1 del presente Codice di astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi; qualora si profili una situazione di tal sorta il soggetto medesimo ne darà comunicazione tempestiva al Responsabile dell'Ufficio preposto - non oltre 10 gg. dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato - al fine di permettere all'Azienda di evitare il suo manifestarsi ovvero la sua risoluzione.

Si richiama, in merito, l'obbligo di vigilanza in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T.).

#### **Art. 5 Obbligo di astensione (art. 7 del Codice Generale)**

1. Il dipendente comunica per iscritto al proprio responsabile, con congruo anticipo, la necessità di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività, nei casi previsti dall'art. 7 del Codice Generale. Nella comunicazione il dipendente deve indicarne obbligatoriamente le ragioni.

2. Sull'astensione del dipendente decide il responsabile del servizio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze e valutata espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione, deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte dello stesso dipendente. Il responsabile cura l'archiviazione di tutte le decisioni dal medesimo adottate. Sull'astensione dei responsabili di Struttura Complessa decide il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, il quale cura la tenuta e l'archiviazione dei relativi provvedimenti.

#### **Art. 6 Prevenzione della corruzione (art. 8 del Codice Generale)**

1. Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione e, in particolare, le prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

2. Ogni dipendente collabora con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, comunicando allo stesso i dati e le informazioni eventualmente richieste e segnalando, per il tramite del proprio responsabile, eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza e ogni caso ritenuto rilevante ai fini del presente articolo e dell'art. 8 del Codice Generale. La segnalazione da parte di un responsabile viene indirizzata direttamente al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

3. Il destinatario delle segnalazioni di cui al comma precedente adotta ogni cautela affinché sia tutelato l'anonimato del segnalante ai sensi dell'art. 54-bis del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. e ii. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rilevata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato; tale ultima circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della L. n. 241/1990 e ss. mm. e ii.

4. L'Amministrazione garantisce ogni misura di riservatezza a tutela del dipendente che segnala un illecito

nell'amministrazione.

#### **Art. 7 Trasparenza e tracciabilità (art. 9 del Codice Generale)**

1. Il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di Trasparenza previsti dalla normativa vigente ed in conformità al programma triennale per la Trasparenza e l'integrità, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione, in modo regolare e completo, delle informazioni e dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.
2. Dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve, in ogni caso, essere garantita, attraverso un adeguato supporto documentale, la replicabilità in ogni momento.

#### **Art. 8 Comportamento nei rapporti privati (art. 10 del Codice Generale)**

1. Nei rapporti privati, comprese le relazioni extra-lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il destinatario non sfrutta, né menziona, la posizione che ricopre nell'amministrazione o l'incarico svolto nell'Azienda per ottenere utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'Amministrazione o che possa pregiudicare i suoi interessi.
2. Il dipendente non accetta e/o propone lo scambio di agevolazioni riguardanti pratiche di ufficio con altri soggetti.

#### **Art. 9 Comportamento in servizio (art. 11 del Codice Generale)**

1. Il responsabile assegna ai propri dipendenti i compiti per lo svolgimento delle funzioni inerenti i servizi dallo stesso diretti, sulla base di un'equa e simmetrica ripartizione dei carichi di lavoro.
2. Il responsabile deve rilevare e tenere conto, anche ai fini della valutazione della performance individuale, delle eventuali deviazioni dall'equa e simmetrica ripartizione dei carichi di lavoro dovute alla negligenza di alcuni dipendenti, imputabili a ritardi o all'adozione di comportamenti talida far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.
3. Il responsabile deve controllare che:
  - a) l'uso dei permessi di astensione da parte dei dipendenti avvenga effettivamente per le ragioni e nei limiti previsti dalla legge e dai contratti collettivi, evidenziando al soggetto interessato eventuali deviazioni;
  - b) i propri dipendenti effettuino una corretta attestazione della presenza in servizio, con la marcatura dell'apposito badge in dotazione presso i vidimatori a ciò preposti, segnalando tempestivamente, al dipendente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari le pratiche scorrette, secondo le procedure previste dal vigente Codice Disciplinare.
4. Il dipendente utilizza i materiali, le attrezzature, i servizi telematici e telefonici, e più in generale le risorse in dotazione al servizio, esclusivamente per ragioni d'ufficio, osservando le regole d'uso imposte dall'amministrazione.
5. Il dipendente assicura, nelle relazioni con i colleghi e i terzi, la massima collaborazione, nel rispetto delle posizioni e dei ruoli rivestiti, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il necessario clima di serenità e concordia nell'ambito dei servizi; si astiene da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie od offensive dell'altrui dignità; mantiene la funzionalità ed il decoro degli ambienti; utilizza gli oggetti, le attrezzature e gli strumenti esclusivamente per finalità lavorative; adotta comportamenti volti alla riduzione degli sprechi ed al risparmio energetico; utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio e/o delle attività affidate, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio; non presta la propria attività sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti e/o consuma tali sostanze nel corso della prestazione lavorativa.
6. Al dipendente è fatto divieto:
  - di interloquire con superiori gerarchici e colleghi allo scopo di influenzare la gestione non corretta di pratiche dell'ufficio, facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'Amministrazione;
  - di anticipare i contenuti e/o diffondere gli esiti dei procedimenti di gara, di concorso, o comunque di selezione pubblica prima che siano conclusi e ne sia stata data pubblicità;
  - di diffondere informazioni e/o commenti, anche attraverso il web e i social network, volutamente atti a ledere l'immagine o l'onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o dell'Amministrazione;
  - di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che non siano consentiti dalla legge, dal contratto collettivo di settore e autorizzati dall'Azienda;
  - di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale;
  - di utilizzare divise e indumenti forniti al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
  - di utilizzare il dispositivo di telefonia mobile personale in orario di lavoro, se non per i casi strettamente necessari;
  - di porre in essere ritrazioni fotografiche di se stessi, colleghi, terzi soggetti in luoghi e ambienti di

lavoro e di pubblicarle sul web e sui social network.

Di contro, è fatto obbligo:

- di rispettare il segreto d'ufficio e di mantenere riservate le notizie e le informazioni apprese nell'ambito dell'attività svolta;
- di segnalare immediatamente all'Azienda l'avvio di procedimenti penali a proprio carico;
- di riportare nelle comunicazioni tutti gli elementi idonei all'individuazione del responsabile dell'attività amministrativa cui le comunicazioni afferiscono;
- di rispettare l'orario di lavoro e la corretta rilevazione della presenza in servizio;
- di rispettare gli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione al rispetto delle norme sul corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI);
- di conoscere i sistemi aziendali per la gestione dei rischi contenuti nel Documento di Valutazione dei Rischi e di adeguare ad essi il proprio comportamento;
- di rispettare la disciplina dei rapporti con gli organi di informazione e di stampa;
- di adeguarsi con tempestività e flessibilità ai cambiamenti determinati nell'organizzazione dal progresso scientifico e tecnologico nonché da quelli derivanti da processi di riorganizzazione;
- di osservare le disposizioni aziendali in materia di raccolta differenziata dei rifiuti, di divieto di fumo e di partecipazione a momenti conviviali o celebrativi che non siano stati espressamente autorizzati dal dirigente o dal responsabile del servizio;
- di rispettare la disciplina che regola l'accesso all'interno della struttura sanitaria degli informatori scientifici e dei soggetti che, per conto delle aziende produttrici/distributrici, propongono la vendita o illustrano l'utilizzo di farmaci e/o dispositivi medici. In merito, in ottemperanza al principio di trasparenza, i Responsabili di Settore/Servizio/U.O.C./U.O.S. avranno cura di istituire apposito registro ove si attesti l'accesso nei locali aziendali di informatori o degli altri soggetti sopra citati, l'interlocutore, la motivazione e il divieto di ricevere i soggetti in questione al di fuori di una fascia oraria predeterminata, al fine di tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle suddette aziende;
- di rispettare la disciplina aziendale relativa alle sponsorizzazioni con specifico riferimento alle procedure previste nel relativo regolamento, opportunamente integrate con le indicazioni contenute nelle Determinazioni dell'ANAC n.12/2015 e n. 831/2016;
- di osservare i principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come ad esempio prodotti sostitutivi del latte materno);
- di rispettare la corretta tenuta e gestione della documentazione clinica;
- di rispettare i turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
- di fornire al pubblico i chiarimenti dovuti, curando la chiarezza espositiva e l'intelligibilità dei contenuti;
- di curare – per gli addetti all'U.R.P. - le indicazioni riguardanti la gestione dei reclami e delle segnalazioni degli utenti.

## **Art. 10 Divieto di fumo**

1. Atteso il fondamentale ruolo dell'Azienda quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della promozione della salute, tutto il personale dipendente, nonché coloro i quali, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali, sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge.

## **Art. 10 Bis Utilizzo dei social network**

### USO DEI SOCIAL IN RAPPRESENTANZA DELL'AZIENDA

1. Al fine di favorire le attività di condivisione delle informazioni e di evitare possibili ricadute negative che un uso improprio dei social, sia pure involontario, può determinare sia per l'immagine dell'Azienda, sia per gli altri operatori, sia per l'autore stesso, si specifica che l'unico soggetto autorizzato a gestire gli interventi istituzionali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani sulle pagine social è il Direttore Generale/Legale Rappresentante.

2. E' il Direttore Generale/Legale Rappresentante a disporre gli interventi sulle pagine aziendali in nome e per conto dell'Azienda; pertanto, solo la Direzione Strategica definisce quali contenuti è opportuno e utile condividere in rete, nei profili istituzionali dell'Azienda.

3. Sempre su indicazione del Direttore Generale/Legale Rappresentante potrà essere dato formale mandato di verificare periodicamente che non siano stati creati profili social della Azienda non "ufficiali" e che il logo aziendale non sia usato impropriamente. Nella gestione dei profili aziendali il soggetto delegato provvederà, inoltre, ad eliminare commenti/contenuti non appropriati, quali frasi ingiuriose e offensive, commenti osceni, contenuti illegali o classificabili come spam.

4. In accordo e con il supporto dell'Ufficio Legale, ove ritenuto necessario, ogni volta che si intercetteranno situazioni che possano anche solo ingenerare confusione rispetto alla titolarità di un profilo e di altri contenuti, si interverrà per eliminare messaggi che a vario titolo possono ledere gli interessi o, più genericamente, l'immagine e la reputazione

dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.

#### USO PRIVATO DEI SOCIAL

5. In considerazione dell'ormai diffuso e capillare utilizzo dei social network è opportuno stabilire talune regole di comportamento che dipendenti e collaboratori devono osservare nel loro uso.
6. In generale, è indispensabile osservare sempre un atteggiamento rispettoso della organizzazione presso cui si lavora, anche al fine di evitare situazioni di conflitto con l'Azienda, sia in contesti pubblici che privati, anche in coerenza con gli obblighi enunciati dal presente Codice di Comportamento.
7. Il dipendente che utilizza il social network, sia pur con il proprio profilo personale e per interessi personali (ad esempio per condividere contenuti, immagini, video, informazioni o per stabilire relazioni di tipo personale e/o lavorativo con i propri "amici" o contatti), dovrà impegnarsi a mantenere un comportamento corretto ed eticamente in linea con il ruolo di dipendente pubblico.
8. Salvo le figure autorizzate il dipendente non è autorizzato a parlare in nome e per conto della Azienda.
9. Tuttavia, qualora il dipendente risultasse coinvolto in una discussione che riguardi l'Azienda stessa, è opportuno che sia reso esplicito il suo ruolo.
10. Qualora si decida di postare sui propri profili social informazioni che riguardino l'Azienda occorre verificare sempre la attendibilità delle fonti di dette informazioni che non siano diffuse dall'esterna.
11. Fermi restando il legittimo esercizio delle libertà sindacali e del diritto di critica, occorre evitare di esprimere giudizi personali, commenti o dichiarazioni pubbliche lesive dell'immagine relativa alle attività istituzionali della amministrazione pubblica e dell'Azienda, tali da contribuire a minare il rapporto di fiducia fra il cittadino ed i servizi pubblici, oppure offensive nei confronti di singoli o gruppi di dipendenti.
12. Occorre tenere sempre presente che l'attività lavorativa è soggetta ad una serie di vincoli quali il segreto d'ufficio o quello professionale, nonché alla tutela della riservatezza rispetto ai dati conosciuti in ambito lavorativo: è dunque indispensabile astenersi dall'affrontare sui social questioni lavorative specifiche o tematiche legate all'attività, che rischino di violare tali doveri.
13. Analogamente è vietato divulgare in rete informazioni riservate, come la corrispondenza interna, informazioni di terze parti o relative ad attività lavorative, servizi, progetti e documenti non ancora resi pubblici.
14. Non è consentito diffondere immagini legate all'ambiente di lavoro, soprattutto sanitario, che possano configurare violazione della privacy di utenti e dipendenti o contribuiscano a ledere decoro e professionalità dei contesti lavorativi, contribuendo così a minare il rapporto di fiducia che dovrebbe sempre legare i professionisti ai propri assistiti.
15. Un comportamento pubblico o privato non corretto potrebbe dare origine, a seconda della gravità, alla attivazione di procedimenti disciplinari o addirittura alla segnalazione all'autorità giudiziaria competente nelle ipotesi in cui la violazione delle regole sopraelencate sia fonte di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

#### **Art. 11 Rapporti con il pubblico (art. 12 del Codice Generale)**

1. Il dipendente risponde alle varie comunicazioni degli utenti senza ritardo e comunque, nel caso di richiesta scritta, non oltre il 30° giorno, operando con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità. Nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica opera nella maniera più completa e accurata possibile. Alle comunicazioni di posta elettronica risponde con lo stesso mezzo, riportando tutti gli elementi idonei ai fini dell'identificazione del responsabile e dell'eshaustività della risposta.
2. I dipendenti dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico operano con particolare cortesia e disponibilità, indirizzano le chiamate telefoniche e i messaggi di posta elettronica ricevuti, nonché gli utenti ai funzionari o agli uffici competenti. Rispondono alle richieste degli utenti nella maniera più completa e accurata possibile, senza tuttavia assumere impegni né anticipare l'esito di decisioni o azioni altrui.

#### **Art. 12 Disposizioni particolari per i Dirigenti (art. 13 del Codice Generale)**

1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, le norme del presente articolo si applicano a tutti i dirigenti.
2. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo e temporalmente adeguato per l'assolvimento dell'incarico.
3. Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, e comunque entro 30 giorni, comunica all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano

coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni previste dalla legge sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche.

4. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti ed adotta un comportamento esemplare ed imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

5. Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.

6. Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

7. Il dirigente svolge la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità, rispettando le indicazioni ed i tempi prescritti, con considerazione del principio del merito, avendo riguardo anche all'aspetto della legalità.

8. Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito, attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare ovvero segnala, entro 10 giorni da quando ne ha avuta notizia, l'illecito all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, prestando, ove richiesta, la propria collaborazione e provvede affinché sia inoltrata, attraverso il Servizio Legale e a firma del rappresentante legale, tempestiva denuncia all'Autorità Giudiziaria penale (se l'illecito rivesta natura penale) o segnalazione alla Corte dei Conti (se l'illecito comporti responsabilità contabile) per le rispettive competenze. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rilevata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi dell'*articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001*.

9. Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'amministrazione.

10. Il Dirigente ha il dovere di vigilare sulle assenze dei dipendenti appartenenti alla propria struttura, anche al fine di prevenire e contrastare, nell'interesse della funzionalità della struttura, le condotte assenteistiche e di segnalare tempestivamente eventuali anomalie o irregolarità riscontrate, fermo restando l'assunzione delle altre iniziative di competenza.

11. Il Dirigente ha il dovere di osservare le disposizioni vigenti in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e si impegna a provvedere alle relative comunicazioni; al contempo vigila sul rispetto delle medesime regole da parte del personale assegnato alla propria struttura, al fine di evitare pratiche illecite di "doppio lavoro" e segnala eventuali anomalie o irregolarità riscontrate, fermo restando l'assunzione delle altre iniziative di competenza.

12. Il Dirigente, nell'ambito delle proprie funzioni è tenuto a garantire il massimo rispetto dei compiti di vigilanza, operatività e continuità dell'assistenza ai pazienti, nonché ad assicurare la massima diligenza nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, referti e risultanze diagnostiche.

13. I Dirigenti sono chiamati a valutare l'opportunità della rotazione dei dipendenti preposti all'istruttoria e al rilascio dei provvedimenti relativi alle attività a maggior rischio e a darne comunicazione annuale al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Nell'ambito del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione sono definite le modalità organizzative per consentire la rotazione dei Dirigenti nell'ambito delle attività a maggior rischio, modulando percorsi di formazione *ad hoc* e attività di affiancamento propedeutica alla rotazione.

14. I Dirigenti promuovono la conoscenza, favoriscono il rispetto e la massima diffusione dei contenuti del presente Codice e del Codice Generale presso coloro che operano nelle strutture di rispettiva afferenza.

Il rispetto del presente Codice e del Codice Generale nonché il corretto esercizio della vigilanza sull'attuazione e sul rispetto degli obblighi dello stesso sono annoverati tra i criteri di misurazione e valutazione della performance del Dirigente.

15. Il Dirigente assicura, intervenendo anche nella programmazione annuale, la formazione continua in materia di prevenzione della corruzione, Trasparenza e integrità.

16. Il Dirigente segnala tempestivamente e puntualmente, qualora non è competente, le condotte illecite al fine di permettere l'avvio del procedimento disciplinare in caso di accertate violazioni del Codice.

17. Il Dirigente rispetta in prima persona e vigila sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, incarichi di lavoro e cumulo di incarichi da parte dei soggetti operanti presso la struttura e tiene conto degli esiti della vigilanza ai fini del rilascio di eventuali autorizzazioni e dei possibili conflitti di interessi.

18. Assolve tempestivamente agli obblighi di comunicazione di cui al comma 3 dell'art. 13 del Codice Generale, entro e non oltre dieci giorni dal conferimento dell'incarico, nonché all'aggiornamento - preferibilmente a cadenza annuale -

della comunicazione relativa a partecipazioni azionarie e ad altri interessi finanziari, che possono porre il dirigente medesimo in posizione di conflitto di interessi.

19. Il Dirigente predispone adeguati mezzi di comunicazione affinché i dipendenti, assenti per ragioni di salute, che abbiano legittima esigenza di allontanarsi dal proprio domicilio, possano informare l'ufficio di appartenenza di tale circostanza attraverso una utenza telefonica o indirizzo di posta elettronica, esclusivamente dedicati alle comunicazioni relative a eventuali allontanamenti dalla residenza o domicilio.

20. Il Dirigente adotta o contribuisce ad adottare le misure necessarie per proteggere l'integrità fisica e psicologica delle persone, impegnandosi a mantenere ambienti e climi di lavoro sicuri e salubri in conformità alla normativa vigente nazionale e internazionale.

21. Il Dirigente segnala tempestivamente le infrazioni di cui venga a conoscenza, prestando la propria collaborazione quando richiesta, e provvede ad informare il dirigente gerarchicamente superiore delle eventuali situazioni che necessitano di una tempestiva denuncia alle Autorità competenti.

22. Il Dirigente adotta ogni cautela di legge nel caso in cui riceva segnalazioni di illeciti, affinché il segnalante sia tutelato ai sensi dell'art. 54 bis, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" e prevede forme di tutela da misure discriminatorie dirette o indirette anche per i testimoni.

23. Al fine di garantire la sottoscrizione consapevole del consenso informato e il miglioramento delle relazioni tra il personale sanitario e il paziente, i suoi familiari e/o il *caregiver*, il Dirigente cura la corretta comunicazione dei rischi legati al percorso cura, con tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari.

### **Art. 13 Attività conseguenti al decesso**

1. In considerazione delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti:

- rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso;
- non accettano né richiedono omaggi, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie;
- non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

2. I Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di comportamento.

### **Art. 14 Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale**

1. Il Dirigente, nello svolgimento della libera professione, ha il dovere di rispettare le specifiche disposizioni che contemplano le situazioni di incompatibilità e di conflitto di interesse, che vietano la sovrapposizione con l'attività istituzionale e definiscono le condizioni ostative e gli adempimenti finalizzati a garantire la tracciabilità dell'attività e dei pagamenti e la corretta e tempestiva contabilizzazione delle somme incassate nell'attività libero professionale, nonché ogni altra disposizione.

2. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di Trasparenza rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni, evitando ogni forma di condizionamento derivante dall'attività libero professionale o da altri interessi non istituzionali.

3. L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzata dall'Azienda e svolta nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Amministrazione e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

4. Il sanitario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale.

5. L'Azienda vigila sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, in tal senso non orientandolo verso la visita in regime libero professionale, sul rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale e sulla corretta e trasparente informazione al paziente.

### **Art. 15 Contratti ed altri atti negoziali (art. 14 del Codice Generale)**

1. Nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Amministrazione, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, il dipendente non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il

presente comma non si applica ai casi in cui l'Amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.

2. Il dipendente non conclude, per conto dell'Amministrazione, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del Codice civile. Nel caso in cui l'Amministrazione concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, o si sia trovato in una delle condizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti della struttura.

3. Il dipendente che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del Codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto di questa A.S.P., ne informa per iscritto il proprio Responsabile.

4. Se nelle situazioni di cui ai commi 2 e 3 si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente apicale responsabile della gestione del personale.

5. Il dipendente che riceva, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Amministrazione, rimostranze orali o scritte sull'operato della struttura o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

6. Alle ipotesi di cui al precedente comma 2 si applicano le prescrizioni stabilite in via generale per tutti i casi di astensione per conflitto di interesse di cui all'art. 5 comma 2 del presente Codice.

7. Nei provvedimenti di aggiudicazione e autorizzazione alla stipula dei contratti di cui al precedente comma 2, il Dirigente proponente o competente alla loro adozione attesta l'insussistenza delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo.

8. Ciascuna procedura deve essere espletata adottando le più ampie condizioni di concorrenza, pubblicità e trasparenza, nel rispetto della normativa vigente.

9. E', comunque, doveroso per tutti i soggetti tenuti all'osservanza dei contenuti del presente Codice e del Codice Generale, agire secondo il principio dell'ottenimento del massimo vantaggio per l'Amministrazione nel perseguimento dei propri fini istituzionali, nel rispetto del principio di libera concorrenza e, si ribadisce, nelle pubbliche gare il divieto di inserire nei capitolati speciali caratteristiche tecniche non oggettivamente giustificate.

10. E' fatto divieto al dipendente di accettare e/o chiedere *benefit* impropri per uso privato quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, eccedenze di fornitura conseguenti ad acquisti, campioni gratuiti di beni in quantità superiore a quanto previsto dalla normativa o da specifiche procedure aziendali, doni che, seppur presentati con valore al di sotto della soglia consentita, siano percepiti dal ricevente di valore superiore e/o siano elargiti con ricorrenza, comodati d'uso e valutazioni in prova che non siano stati autorizzati dalla direzione aziendale e il cui impiego non sia pertinente alle funzioni svolte dal soggetto e/o dalla unità operativa presso cui lo stesso è incardinato, benefici economici a qualunque titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra ufficio.

11. I competenti uffici aziendali addetti alla stipula dei contratti e di qualsivoglia atto negoziale con fornitori, appaltatori e operatori economici a qualsiasi titolo, avranno l'obbligo, sia al momento di presentazione della domanda di partecipazione che in sede contrattuale, di far impegnare formalmente tali soggetti a condividere e a rispettare i principi enunciati nel presente Codice.

## **Art. 16 Vigilanza, monitoraggio e attività formative (art. 15 del Codice Generale)**

1. Ai sensi dell'art. 54, comma 6 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sull'applicazione del presente Codice e del Codice Generale vigilano i Dirigenti di ciascuna struttura, l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) (gli organismi di controllo interno), il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.), l'U.O.C. Risorse Umane o altro servizio aziendale preposto in materia o il fornitore e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

- I Dirigenti promuovono la conoscenza del Codice, ne favoriscono il rispetto e forniscono consulenza e assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo, segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza scaturenti da eventuali violazioni del Codice, dando comunicazione all'UPD delle sanzioni comminate;

- l'O.I.V. fornisce parere obbligatorio ai sensi dell'art. 54 comma 5 del D. Lgs. 165/2001 e ss. mm. e ii., verifica il coordinamento tra i contenuti del Codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance;

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) cura la diffusione della conoscenza del Codice in ambito aziendale, anche promuovendo idonee iniziative formative, monitora annualmente il livello di attuazione dello stesso, riceve le segnalazioni di infrazione al Codice commesse da qualunque destinatario, cura la pubblicazione sul sito istituzionale aziendale circa l'esito del monitoraggio annuale secondo le indicazioni dell'ANAC,

utilizza tali dati al fine di proporre eventuali misure volte a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le condotte errate e in fase di predisposizione del PTPC;

- l'U.O.C. Risorse Umane o altro servizio aziendale preposto in materia o il fornitore consegna copia del Codice al destinatario che lo sottoscrive all'atto del conferimento dell'incarico/assunzione o alla stipula del contratto. In particolare, i contratti individuali di lavoro aziendali devono contenere il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del Codice, con precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata;

- l'U.P.D. fornisce consulenza e assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice, ne cura l'aggiornamento in collaborazione con il R.P.C.T., esamina le segnalazioni di violazione dello stesso e tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, invia alle strutture aziendali deputate alla valutazione del personale gli atti decisori in esito a procedimenti disciplinari al fine della valutazione della performance e/o dell'incarico conferito; predispone in favore del R.P.C.T. a conclusione di ciascun anno, un prospetto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate;

2. Per l'attuazione dei principi in materia di vigilanza, monitoraggio e attività formative di cui all'art. 15 del Codice Generale, le cui prescrizioni sono qui integralmente richiamate, si rinvia alle apposite linee guida definite nell'ambito della propria autonomia amministrativa dai competenti enti regionali, ai sensi del comma 6 del medesimo art. 15 del Codice Generale.

3. L'Azienda darà corso ad iniziative formative idonee a garantire sia la conoscenza delle prescrizioni del presente Codice che la consapevolezza delle implicazioni derivanti dalla loro violazione.

3 bis. È previsto lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico.

4. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, i dipendenti coinvolti nel percorso di assegnazione dei relativi incarichi applicano principi di valutazione delle competenze richieste dal fabbisogno formativo, di imparzialità e trasparenza, nel rispetto delle procedure aziendali.

#### **Art. 17 Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice (art. 16 Codice Generale)**

1. La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Piano di Prevenzione della Corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

2. Oltre agli effetti di natura disciplinare, penale, civile, amministrativa e contabile tali violazioni rilevano, infine, anche in ordine alla misurazione e valutazione della *performance*.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla responsabilità, proporzionalità, equità, parità di trattamento e, non ultimo, alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio di questa A.S.P..

4. Le sanzioni applicabili da questa A.S.P., che non escludono quelle previste dai codici dei singoli ordini/collegi/federazioni di appartenenza dei dipendenti pubblici e degli altri destinatari del Codice medesimo, sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive che possono essere applicate esclusivamente nei casi previsti dalla legge e/o dai Contratti collettivi di settore, da valutare in relazione alla gravità di violazione delle disposizioni di cui:

- all'art. 2 del presente Codice, qualora concorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipica dell'ufficio;

- all'art. 3, comma 3, del presente Codice nel caso in cui il dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, ed esercita pressioni promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriere;

- recidiva negli illeciti di cui agli articoli 2, comma 4 del presente Codice (*Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione a qualsiasi titolo, diretti o indiretti, da soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti che abbiano, o abbiano avuto nel triennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio o al servizio di appartenenza del dipendente stesso*), 6, comma 2 del Codice Generale (*il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici*), e 13, comma 9, primo periodo del Codice Generale (*il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi*).

5. I contratti collettivi possono prevedere ulteriori criteri di individuazione delle sanzioni applicabili in relazione alle

tipologie di violazione del presente Codice.

6. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

7. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.

8. I dipendenti sono tenuti a rispettare i regolamenti, le procedure generali e specifiche, le istruzioni operative e ogni altra disposizione aziendale contenuta in atti comunque denominati (circolari, direttive, linee guida e simili), nonché, qualora siano iscritti ad albi professionali, le regole stabilite nei codici di comportamento dei rispettivi ordini.

#### **Art. 18 Responsabilità conseguenti alla violazione delle disposizioni del Codice e conseguenti sanzioni**

1. Ferma restando la necessità dell'osservanza dei principi di cui all'art.1, il presente Codice stabilisce specifici obblighi la cui trasgressione costituisce violazione dei doveri d'ufficio e comporta l'applicazione di sanzioni disciplinari così come previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi. Pertanto, quanto riportato nel presente articolo ha valenza ricognitiva e non costitutiva.

2. Il contratto individuale di lavoro prevede il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del presente Codice, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata. Nel contratto medesimo il lavoratore dà atto di conoscere il presente Codice, le sue prescrizioni e le conseguenti responsabilità, anche disciplinari, in caso di violazione.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'amministrazione di appartenenza.

4. Fermo restando che violazioni gravi o reiterate del Codice comportano l'applicazione della sanzione espulsiva, quest'ultima si applica in particolare nei seguenti casi di violazione del Codice:

- violazione delle disposizioni concernenti regali, compensi e altre utilità (art. 2 del presente Codice) qualora concorrano la non modicità (da intendersi come valore non superiore a € 100) del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio;

- nel caso in cui il pubblico dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni o eserciti pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera (art. 3 co. 3 del presente Codice);

- nel caso in cui il pubblico dipendente concluda, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratto titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 Codice civile) (art. 15 co. 2 del presente Codice);

- nei casi di recidiva nelle seguenti ipotesi di illecito:

- a) il pubblico dipendente accetti incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto, nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 del presente Codice);

- b) il pubblico dipendente non si sia astenuto dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, non meramente potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici (art. 4 commi 1 e 2 del presente Codice);

- c) il dirigente responsabile di struttura, che nei limiti delle sue possibilità, non eviti che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi (art.12 co. 9 del presente Codice).

5. Le sanzioni conservative possono essere applicate in caso di violazione delle disposizioni previste negli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 del presente Codice con conseguente applicazione delle seguenti sanzioni disciplinari, salvo quelle più gravi previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi (art. 16 comma 3 del Regolamento):

- a) Per il Personale del comparto (art. 66 CCNL/2016-2018): dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore della retribuzione (co. 3); oppure sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 gg. in caso di recidiva se la precedente violazione era stata sanzionata con il massimo della multa (comma. 4); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 15 gg. (art. 55-bis co. 7 del D. Lgs. 165/2001 e ss. mm. e ii.); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 3 mesi (art. 55-sexies co. 3 del D. Lgs. 165/2001 e ss. mm. e ii.); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di 6 mesi (co. 8);

- b) Per la Dirigenza (CCNL /2010 integrativo CCNL 17.10.2008 art. 8): dal minimo della censura scritta fino alla multa da 200 a 500 € (art. 8 co. 4 lett. a, b, f, h) la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di 3 mesi nel caso previsto dall'art. 55 sexies, co. 1 del D.lgs 165/2001 (art 8, co. 7); la

sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a 6 mesi, nei casi di recidiva delle mancanze previste o particolare gravità delle mancanze previste al comma 4 (art. 8 co. 8 lett. a) o per le condotte di cui al co. 8 lett b) e segg.. A fronte del mancato esercizio o della decadenza dell'azione disciplinare, dovuto all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all'art. 55 bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, è prevista, per i soggetti responsabili, l'applicazione della sospensione dal servizio fino ad un massimo di 3 mesi, salva la maggior sanzione del licenziamento prevista nei casi di cui all'art 55-quater, comma 1, lettera f-ter) e comma 3 quinquies ( art. 55 sexies, comma 3 del D.lgs 165/2001).

c) Per i dipendenti che violino il Codice con conseguente condanna dell'Amministrazione al risarcimento del danno si applica la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a un massimo di 3 mesi in proporzione dell'entità del risarcimento (art. 55sexies, co. 1 D.lgs. 165/2001).

6. In ogni caso l'irrogazione delle sanzioni è consentita solo a seguito di procedimento disciplinare e nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni alle effettive circostanze oggettive e soggettive del caso.

7. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi, nonché la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

8. In ogni caso, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

#### **Art. 19 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari**

1. Per i destinatari non soggetti al potere disciplinare dell'Azienda, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

2. Con specifico riferimento alle varie tipologie di destinatari, si indicano le conseguenze della violazione del Codice:

a) Per il Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, ogni comportamento in contrasto con il presente Codice sarà segnalato alla Regione per il Direttore Generale, al Direttore Generale per il Direttore Sanitario e Amministrativo e potrà costituire mancato raggiungimento degli obiettivi attribuiti con ogni conseguenza del caso.

b) Per gli altri destinatari del presente Codice non compresi nei punti precedenti – ossia quanti intrattengono con l'Azienda rapporti convenzionali, contrattuali o di collaborazione/consulenza, compresi loro dipendenti, collaboratori, ecc. – ogni comportamento in contrasto con il presente Codice potrà costituire inadempimento sulla base di quanto stabilito nei relativi contratti o convenzioni, con ogni conseguenza del caso.

#### **Art. 20 Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione**

L'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel Codice è ritenuta rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance individuale e organizzativa del personale, e della eventuale attribuzione degli incarichi previsti dai CCNLL e dagli Accordi integrativi aziendali.

1. Per i dipendenti, la violazione del Codice qualora accertata in ambito disciplinare assume rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale e della conseguente erogazione delle voci accessorie correlate, nei casi e con le modalità previste nel sistema di valutazione adottato nell'ambito degli accordi integrativi aziendali.

#### **Art. 21 Disposizioni finali**

1. La più ampia diffusione del presente Codice è assicurata mediante pubblicazione permanente, a cura del Responsabile della Trasparenza, sul sito aziendale di questa A.S.P.: [www.asptrapani.it](http://www.asptrapani.it).

2. L'U.O.C. Risorse Umane (U.O.S. Trattamento Giuridico), o comunque la diversa struttura competente, per i rapporti che non sono gestiti dalla predetta U.O., all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro o dell'atto di conferimento dell'incarico, consegnano agli interessati copia del presente Codice di comportamento.

3. Il presente Codice è parte integrante e sostanziale del P.I.A.O.

## 7. ISTITUZIONE DI UNA FUNZIONE D'INTERNAL AUDIT

Con Delibera n. 756 del 10 Marzo 2016 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale – approvato dall'Assessorato della Salute con D.A. n. 310 dell'1 Marzo 2016 – che ha previsto l'istituzione dell'U.O.S. "INTERNAL AUDIT" nell'ambito dell'U.O.C. "Servizi di Staff".

L'atto aziendale, da ultimo adottato giusta Delibera n. 3237/D.G. del 17/12/2019 ed approvato con D.A. Salute n. 482 del 4 giugno 2020, ha confermato l'istituzione di tale struttura.

L'Azienda:

- al fine di dotarsi di meccanismi e strumenti di monitoraggio/valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta, in armonia con le normative vigenti;
- a completamento del Sistema dei Controlli Interni;
- considerata l'esigenza di perseguire la massima efficienza ed economicità di ogni aspetto gestionale ed organizzativo del sistema;
- stante, altresì, il Decreto Interministeriale 1 Marzo 2013 sui P.A.C. "Percorsi Attuativi della Certificabilità";

ha ritenuto di rafforzare il proprio ruolo di "corporate governance" (definito come il sistema di regole che disciplinano il governo dei processi, attraverso i quali una impresa viene gestita e controllata) istituendo la struttura di *Internal audit*.

La COMPETENZA principale di tale struttura – trasversale alle varie articolazioni aziendali – è di svolgere, in modo sistematico, un'attività indipendente ed autonoma finalizzata a:

- migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'Azienda in ordine all'attività organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- supportare gli organi di vertice – nonché tutte le funzioni aziendali ed i responsabili di processo – nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, mediante una attività di:
  - *risk assessment* (insieme di attività di rilevazione e analisi dei rischi relativi al raggiungimento degli obiettivi aziendali),
  - definizione dei percorsi di gestione del rischio d'impresa (ad eccezione di quello clinico), al fine di realizzare concrete azioni di "riordino" e "razionalizzazione" su singole fasi operative o su processi produttivi, qualitativi e gestionali dell'Azienda;
  - diffusione della cultura di autovalutazione dei rischi e dei controlli, con l'obiettivo di dotare ciascun *process-owner* di una metodologia e di strumenti di autodiagnosi dei rischi e dei controlli in grado di assicurare un sistema di controllo interno efficace ed efficiente nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

In particolare, l'attività posta in essere riguarda la valutazione e gestione del rischio "amministrativo – contabile" ed è finalizzata al controllo dei potenziali conflitti di interesse tra "gestione" e "controllo".

Le FUNZIONI ed i COMPITI di tale struttura riguardano il monitoraggio, in modo sistematico, sull'adeguatezza e sull'operatività del sistema dei controlli affidati ai competenti assetti aziendali, segnatamente in ordine:

- al corretto uso delle risorse aziendali economiche, finanziarie e patrimoniali;
- alla regolare applicazione delle procedure regolamentari e delle disposizioni operative vigenti;
- all'utilizzo dei beni materiali ed immateriali dell'Azienda;
- al controllo dei risultati conseguiti dai progetti Aziendali;
- predisposizione di *reports* sulle verifiche effettuate;
- formulazione di proposte migliorative dell'organizzazione aziendale;
- monitoraggio del sistema aziendale dei controlli;
- analisi dei processi, dei relativi rischi e dell'efficacia dei controlli effettuati;
- supervisione interna sui processi e sulle attività di tipo amministrativo, caratterizzati da rischi potenziali significativi, al fine di supportare la Direzione Strategica nell'assicurare la conformità alle leggi, ai regolamenti, alle discipline interne e di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali.

## **II. PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DI OPERAZIONI AZIENDALI PER IL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI DI GESTIONE. ANALISI DEI DATI CONTABILI E GESTIONALI PER AREE DI RESPONSABILITÀ**

### **1. RIFERIMENTI NORMATIVI, DELIBERE AZIENDALI E PRINCIPI CONTABILI APPLICABILI**

- D.Lgs. 150/99 s.m.i.;
- Legge Regionale 5/1999;
- D.A. 1821 del 26/09/2011;
- Regolamento di Misurazione e Valutazione della *Performance* dei Dirigenti e del Personale del Comparto e Sistema Premiante (Pubblicato sul sito in Amministrazione Trasparente / *Performance*);
- Delibera del Direttore Generale n. 3862 del 10/08/2011 “ADOZIONE DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE”;
- Delibera Commissario Straordinario n.967 del 06/03/2013 “Piano dei conti della Contabilità Generale. D.D.G. n.2852 del 28/12/2012”;
- Allegato 2.1 e 2.2 D.D.G. n.2852 del 28/12/2012 e D.D.G. n.109 del 10/07/2012;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 3194 del 03/07/2013 “Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo dell’A.S.P. di Trapani raccordato al D.D.G. 874 del 03/05/2013 Istituzione flusso CRIL”;
- DDG 835 del 23/05/2014 “Adozione delle Linee guida per l’implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione e di Contabilità Analitica”;
- Decreto Assessoriale n. 63 del 13/01/2017 “Definizione delle caratteristiche tecniche dei tracciati integrativi del Modello di Controllo di gestione regionale (Flussi COA, SPI, OreSO e OreSA)”;
- Atto Aziendale approvato con delibera del C.S. n.1519 del 28/04/2017;
- Funzionigramma delle Strutture alle dirette Dipendenze del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo” approvato con delibera del Commissario n.3833 del 02/10/2017;
- Delibera del Commissario Straordinario N.3254 del 31/12/2018 “Aggiornamento del Piano dei Centri di Costo dell’ASP di Trapani in vigore dal 01/01/2019 coerente all’Atto Aziendale approvato con Delibera del Commissario Straordinario n. 1519 del 28/04/2017”;
- Atto Aziendale approvato con Delibera del D.G. n. 3237 del 17/12/2019;
- Delibera del Direttore Generale n. 3283 del 31/12/2019 “Approvazione del Regolamento di Contabilità Analitica e Controllo di gestione dell’ASP di Trapani”;
- D.D.G. 343 del 22/04/2020 “Nuovo Piano dei Conti di Contabilità Analitica della Regione Siciliana.

### **2. SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI**

Per garantire un efficace sistema di controllo interno è fondamentale la separazione dei compiti e delle responsabilità nelle varie fasi del processo di gestione in modo tale da ridurre il rischio di errori o irregolarità. Le UU.OO. coinvolte nei percorsi dell’AREA GENERALE hanno funzioni di tipo Autorizzativo, Programmatico e di Controllo nelle fasi del processo.

Per tutte le procedure disciplinate dal presente Manuale, le responsabilità degli adempimenti propri degli Uffici rispondenti a Posizioni Organizzative afferiscono al Responsabile della UOS di pertinenza in assenza di un Titolare di incarico di Posizione Organizzativa. In assenza anche del Responsabile di UOS, afferiscono direttamente al Responsabile di UOC.

Le competenze del Responsabile di UOS e di UOC sono elencate nel vigente Funzionigramma.

### **3. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLA GESTIONE**

Il processo di programmazione e controllo della gestione ha l’obiettivo di organizzare in modo efficiente ed efficace il complesso delle attività finalizzate a definire gli indirizzi dell’Azienda e ad attuarli mediante concreti atti amministrativi, nonché di monitorarne il loro perseguimento. L’Azienda, ai sensi della normativa vigente, adotta i seguenti strumenti di programmazione e controllo:

1. il **Piano della Performance** (triennale) entro il 31/01 del primo anno del triennio di riferimento;
2. il **Piano Attuativo Aziendale** (triennale/annuale) entro i termini che ogni anno indica il

competente Assessorato;

3. il **Bilancio Preventivo Economico Annuale** (il “provvisorio” entro il mese di Dicembre antecedente l’esercizio di riferimento – il “definitivo” successivamente alle Negoziazione delle risorse economiche con il competente Assessorato);
4. la **Relazione Sanitaria Aziendale** entro il 31/01 dell’anno successivo a quello di riferimento;
5. il **Bilancio d’Esercizio** entro il 30/04 dell’anno successivo all’esercizio di riferimento;
6. la **Relazione sulla Performance** entro il 30/06 dell’anno successivo all’esercizio di riferimento.

Il Piano della Performance è un documento programmatico coerente con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione della *Performance* dell’Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il Piano Attuativo Aziendale è un documento programmatico in vigore in Regione Siciliana, con il quale le Aziende individuano, nei limiti delle risorse disponibili, le attività da svolgere coerenti con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale.

Il Bilancio Preventivo Economico Annuale dà dimostrazione del previsto risultato economico finale dell’Azienda, attraverso l’evidenziazione dei costi, dei ricavi e dei proventi, a qualsiasi titolo conseguibili, in rapporto ai programmi di attività per l’esercizio di riferimento.

La Relazione Sanitaria Aziendale espone l’attività svolta dall’Azienda ed i risultati raggiunti, valutati, anche sulla base di specifici indicatori, in relazione agli obiettivi definiti nel programma annuale. Il competente Assessorato della Salute considera la Relazione sul S.O.D.G. (Sistema degli Obiettivi del Direttore Generale) che viene prodotta appunto entro il mese di Gennaio, quale Relazione Sanitaria Aziendale.

Il Bilancio d’Esercizio rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica conseguita al 31 dicembre di ogni anno e si compone della Stato Patrimoniale del Conto Economico e della Nota Integrativa.

La Relazione sulla Performance è un documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato.

Oltre ai documenti suddetti, l’Azienda è tenuta a produrre specifici flussi informativi. I flussi informativi forniscono una serie di dati necessari per la conoscenza dell’andamento gestionale dell’Azienda non solo per i soggetti esterni destinatari dell’informazione, ma anche per gli stessi operatori, i quali hanno a disposizione utili elementi informativi per individuare eventuali situazioni anomale o errori informativi ed intervenire tempestivamente con idonee misure correttive.

## IL PROCESSO

La Direzione strategica, avvalendosi dei Settori Sanitari ed Amministrativi competenti, predispone, nei tempi indicati, il Piano della *Performance* il Piano attuativo aziendale ed il Bilancio preventivo economico annuale delineando quindi programmi, progetti obiettivi e priorità, definendo le linee strategiche di sviluppo dell’azienda e gli indirizzi generali di gestione. Nei documenti citati vengono recepiti gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo dell’offerta dei servizi sanitari e le correlate risorse economico-finanziarie disponibili per il perseguimento degli obiettivi strategici ed operativi aziendali. Inoltre vengono esplicitate le dinamiche del personale ed il programma degli investimenti.

## L’ITER PROCEDURALE PER LA STESURA DEL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE

La Direzione Strategica predispone il Bilancio Preventivo Economico Annuale (art. 25 D.Lgs. n. 118/2011) rispettando le scadenze previste dalla normativa vigente in materia di Flussi

informativi Sanitari ed armonizzazione dei sistemi contabili:

1. Entro il 22 Dicembre precedente all’esercizio di riferimento viene adottato il Bilancio Preventivo Economico Annuale “provvisorio”;
2. Entro il 15 Febbraio dell’esercizio di riferimento viene inserito nell’NSIS il Modello CE

Previsionale;

3. Entro il 31 Marzo dell'esercizio di riferimento vengono Negoziare, in Assessorato, le risorse finanziarie ed i correlati obiettivi economici;
4. Successivamente alla negoziazione viene adottato il Bilancio Preventivo Economico Annuale "definitivo".

Analiticamente:

*Il Bilancio Preventivo Economico Annuale "provvisorio" si compone del:*

- a. Conto Economico Preventivo redatto secondo lo schema di cui all'art. 26 D.Lgs. n. 118/2011;
- b. Conto Economico di dettaglio, redatto secondo lo schema CE di cui al Decreto Ministeriale 15/06/2012 (G.U. Sg n. 159 del 10.7.2012 – Sup. Ord. n.144);
- c. Piano degli Investimenti da effettuarsi nell'esercizio di riferimento (o nel triennio) e relative modalità di finanziamento;
- d. Relazione di accompagnamento del Direttore Generale, che commenti dettagliatamente gli elementi gestionali in base ai quali si è determinata la stima del dato per l'esercizio di riferimento.

*Il Bilancio Preventivo Economico Annuale "definitivo" si compone del:*

- a. Conto Economico Preventivo redatto secondo lo schema di cui all'art. 26 D.Lgs. n. 118/2011;
  - b. Piano dei flussi di cassa prospettici redatto secondo lo schema di cui all'art. 26 D.Lgs. n. 118/2011;
  - c. Conto Economico di dettaglio, redatto secondo lo schema CE di cui al Decreto Ministeriale 15/06/2012 (G.U. Sg n. 159 del 10.7.2012 – Sup. Ord. n.144);
  - d. Nota illustrativa nella quale sono esplicitati i criteri utilizzati nell'elaborazione del Bilancio Preventivo Economico;
  - e. Piano degli Investimenti da effettuarsi nell'esercizio di riferimento (o nel triennio) e relative modalità di finanziamento;
  - f. Relazione del Direttore Generale, con evidenza dei collegamenti con gli ulteriori atti di programmazione aziendali e regionali;
  - g. Delibera del Direttore Generale di approvazione del Bilancio Preventivo Economico Annuale;
  - h. Relazione del Collegio Sindacale.
- Per la redazione dei documenti a) e b) del "Provvisorio" la U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale prende in carico le Direttive sui criteri generali di formulazione che ogni anno vengono redatte dal competente Assessorato della Salute;
- Per la redazione del documento c) del "Provvisorio" la U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale prende in carico le determinazioni assunte dalla Direzione Amministrativa di concerto con la U.O.C. Gestione tecnica per gli Investimenti in Edilizia Sanitaria, e le determinazioni assunte dalla Direzione Amministrativa e la U.O.C. Provveditorato ed Economato per gli Investimenti per Ammodernamento Tecnologico;
- Per la redazione del documento d) del "Provvisorio" vengono coinvolte le seguenti UU.OO.:
- Direzione Sanitaria Aziendale;
  - Direzione Amministrativa Aziendale;
  - Dipartimento Cure Primarie;
  - Dipartimento Salute Mentale;
  - Dipartimento del Farmaco;
  - U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale;
  - U.O.C. Gestione Amministrativa delle Attività Territoriali;
  - U.O.C. Risorse Umane;
  - U.O.C. Gestione tecnica;
  - U.O.C. Provveditorato ed Economato
- o U.O.S. Sistema Informativo e Statistico aziendale.

### IL SISTEMA DI BUDGET

A livello aziendale il *Budget* è uno strumento di programmazione annuale per la definizione degli obiettivi che devono essere conseguiti da ogni Centro di Responsabilità e per l'allocazione delle risorse. A livello di singola unità organizzativa il *Budget* è uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare. Il conseguimento di tali obiettivi

costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti. L'Azienda prevede due tipologie di *Budget*:

- ☒ il *Budget Ordini/Consumi* per il controllo del *Budget* Economico-Finanziario Aziendale;
- ☒ il Documento di *Budget/Scheda degli Obiettivi* indicante gli obiettivi da raggiungere legati al sistema premiante.

### ***Budget Ordini/Consumi***

Con l'entrata in funzione nell'esercizio 2020 del modulo "Gestione delle Autorizzazioni di Spesa" del Programma AREAS della ditta *Engineering* e l'applicazione delle disposizioni aziendali in ordine al decentramento delle funzioni si specifica ulteriormente la sequenza delle fasi che seguono:

Prima Fase: Entro il mese di *Dicembre* l'U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale redige il Bilancio Preventivo Economico Annuale "provvisorio" redatto in base alle specifiche linee guida assessoriali che viene sottoposto all'attenzione della Direzione Amministrativa;

Seconda Fase: Entro il bimestre *Gennaio/Febbraio* l'U.O.C. Controllo di Gestione predispone un apposito prospetto con i *Budget Ordini/Liquidazioni* per singola Macrostruttura Aziendale con il preciso scopo, di carattere gestionale, di garantire un efficace ed efficiente controllo della spesa informando, con opportune istruzioni, le UU.OO. individuate di provvedere al monitoraggio ed al controllo dei *Budget* sui conti economici di costo. Le strutture Aziendali individuate devono garantire il controllo continuo del *Budget Ordini/Liquidazioni* (inteso quale tetto massimo di risorse economiche da impiegare - nel corso dell'esercizio di riferimento - in termini di liquidazioni, in funzione servente di altre strutture aziendali che, invece, devono monitorare i *Budget* di Consumo). In sede di assegnazione degli Obiettivi per la *Performance* Organizzativa ogni Centro di Responsabilità deve garantire il perseguimento dei target legati al *Budget* Consumi (inteso quale tetto massimo di risorse economiche da monitorare per poter inoltrare richieste di ordini/acquisti alle UU.OO. che hanno invece compiti osservazionali sui *Budget* Ordini/Liquidazioni).

Terza Fase: Entro il mese di *Febbraio*, con metodologia top-down, vengono assegnati i *Budget* Ordini/Liquidazioni alle Macrostrutture individuate attraverso specifiche note appositamente predisposte dall'U.O.C. Controllo di Gestione e dall'U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale condivise con la Direzione Strategica.

---

Quarta Fase: È finalizzata ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il rispetto dei tetti assegnati o l'eventuale loro revisione. In particolare in occasione dei CE Trimestrali la U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale ha il compito, insieme agli altri attori del processo, di rappresentare tempestivamente tutti gli elementi ritenuti necessari per procedere ad una razionalizzazione dei costi ed al contenimento degli stessi. Ogni Macrostruttura assegnataria del *Budget* Ordini nel caso in cui avesse la necessità di effettuare variazioni di *Budget* dovrà prioritariamente verificare la possibilità di effettuare storni/impinguamenti tra i conti economici assegnati e concordare con l'U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale gli spostamenti di risorse da effettuare, solo secondariamente si potranno richiedere integrazioni di *Budget* sempre all'U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale che, dopo avere effettuato le verifiche del caso e dandone comunicazione anche alla Direzione Strategica Aziendale, inserirà le eventuali modifiche nel sistema informatizzato AREAS. STRUTTURE ORGANIZZATIVE ALLE QUALI SI ASSEGNA IL "BUDGET ORDINI"

Con la Delibera del Commissario Straordinario n. 1394 del 12/11/2020 ("Ulteriori Disposizioni in ordine al decentramento delle funzioni. Determine dirigenziali proprie e delegate. Revisione Tabella Riepilogativa.") sono state precisate, in modo opportuno, le Macrostrutture assegnatarie del *Budget* Ordini:

- ☒ DISTRETTO DI TRAPANI;
- ☒ DISTRETTO DI PANTELLERIA;
- ☒ DISTRETTO DI MARSALA;
- ☒ DISTRETTO DI MAZARA DEL VALLO;
- ☒ DISTRETTO DI CASTELVETRANO;
- ☒ DISTRETTO DI ALCAMO;
- ☒ GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE ATTIVITA' CONVENZIONATE
- ☒ GESTIONE AMMINISTRATIVA AMBITO TERRITORIALE TRAPANI-SALEMI;

- ☒ GESTIONE AMMINISTRATIVA AMBITO TERRITORIALE MARSALA-ALCAMO-PANTELLERIA;
- ☒ GESTIONE AMMINISTRATIVA AMBITO TERRITORIALE MAZARA DEL VALLO-CASTELVETRANO;
- ☒ RISORSE UMANE;
- ☒ RISORSE ECONOMICHE, FINANZIARIE E PATRIMONIALI;
- ☒ GESTIONE TECNICA;
- ☒ PROVVEDITORATO ED ECONOMATO;
- ☒ AFFARI GENERALI, CONTRATTI E CONVENZIONI;
- ☒ SERVIZI DI *STAFF*;
- ☒ SERVIZIO LEGALE E CONTENZIOSO;
- ☒ OSPEDALITÀ PRIVATA;
- ☒ DIPARTIMENTO DEL FARMACO;
- ☒ DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE;
- ☒ DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA;
- ☒ DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE;
- ☒ DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE.

### **STRUTTURE ORGANIZZATIVE ALLE QUALI SI ASSEGNA IL "BUDGET CONSUMI"**

Tutti i Centri di Responsabilità. Il Controllo sul *Budget* Consumi, che avviene sui conti di contabilità generale, viene ribaltato, in maniera più analitica, sui Centri di Responsabilità attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi descritti nel Documento di *Budget*/Scheda degli Obiettivi legati agli approvvigionamenti da magazzino.

#### ***Documento di Budget/Scheda degli Obiettivi***

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, facendo propri i processi già utilizzati dalle cessate aziende (AUSL n. 9 Trapani ed A.O. S. Antonio Abate), utilizza il "*Management by objectives*" quale modello operativo connesso alla funzione direzionale di pianificazione, programmazione e controllo, in quanto tale processo consente di:

- ☐ procedere alla progressiva attribuzione delle responsabilità di risultato all'interno della struttura;
- ☐ definire per ogni singolo centro di responsabilità obiettivi congruenti con le caratteristiche dei processi da essi governati e con il grado di autonomia decisionale loro assegnato;
- ☐ affrontare in modo sistematico e unitario le decisioni e concentrare l'attenzione su problemi ed esigenze critiche di integrazioni esistenti fra le varie unità organizzative;
- ☐ determinare i parametri rispetto ai quali confrontare i risultati rilevati nel corso del periodo di riferimento;
- ☐ attivare un canale di comunicazione mediante il quale promuovere un linguaggio e una cultura comune all'interno dell'azienda.

Il "*Documento di Budget /Scheda degli Obiettivi*" è uno strumento guida per i dirigenti in quanto indica gli obiettivi da raggiungere con le risorse a disposizione e contestualmente, poiché legato al sistema premiante, svolge un'importante funzione di motivazione degli operatori. Permette, inoltre, di valutare il comportamento dei singoli responsabili e conseguentemente fornire una base di riferimento per i sistemi di gestione e valutazione del personale.

Il "*Sistema Budgetario*" assicura che gli obiettivi e le decisioni dei singoli C.d.R. (Centri di Responsabilità) non siano in contrasto tra di loro e siano coerenti con gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda. Rappresenta, inoltre, uno strumento di risoluzione dei conflitti che sorgono tra i diversi C.d.R. in sede di allocazione delle risorse. Infine, attraverso il confronto con i risultati, il "*Sistema Budgetario*" consente di verificare gli effetti delle decisioni prese e quindi stimola un processo di apprendimento attivo che evita la ripetizione dei medesimi errori.

La Direzione Strategica Aziendale, sulla base delle indicazioni Nazionali e Regionali, definisce le linee strategiche aziendali, esplicitandole nel Piano della *Performance*, con le quali orienta le UU.OO. Aziendali nell'implementazione delle attività.

L'Unità Organizzativa deputata alla funzione aziendale del "*Controllo di Gestione*" predispone delle apposite "*Schede di Budget*", in base all'articolazione organizzativa aziendale, costituite da tre sezioni fondamentali:

- a) Obiettivi da conseguire ed indicatori utili per la verifica del raggiungimento degli stessi;
- b) Dati di attività, di risorse e di costo, storici;

- c) Tabella per l'esplicitazione delle azioni e delle risorse necessarie al conseguimento degli Obiettivi.

Nel periodo che intercorre dal 01 Febbraio al 31 di Marzo (a meno di indicazioni diverse da parte del Direttore Generale/Commissario) le schede con gli obiettivi di *budget* vengono presentate e consegnate, in parte già compilate, ai Responsabili dei Centri di Responsabilità, affinché questi ultimi forniscano informazioni che chiariscano le azioni da porre in essere per conseguire gli obiettivi assegnati.

Sulla base delle direttive formulate dalla Direzione Aziendale, i Responsabili delle strutture Complesse, predispongono proposte in ordine agli obiettivi da perseguire, alle attività da realizzare, alle risorse organizzative a tal fine necessarie.

Prima di procedere alla negoziazione delle proposte di *budget*, fase cruciale di tutto il processo la Direzione Generale/Commissario tramite il "Controllo di Gestione" effettuerà la verifica della compatibilità e della coerenza degli obiettivi proposti con la programmazione aziendale.

Il Comitato di *Budget*, se costituito con provvedimento della Direzione Aziendale, è composto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal responsabile della funzione aziendale del "Controllo di Gestione".

La negoziazione è effettuata dal Comitato di *Budget* se costituito, o dal Direttore Generale/Commissario insieme al responsabile della funzione aziendale del "Controllo di Gestione" con i Responsabili del Secondo livello Gerarchico dell'organizzazione Aziendale coincidenti con le Unità Operative Complesse (sono possibili delle eccezioni previste dall'articolazione organizzativa) alla presenza dei Direttori di Dipartimento di riferimento. In generale la Negoziazione dovrebbe concludersi entro il mese di Maggio. I C.d.R titolari di Schede di *Budget* devono essere coerenti con l'impianto organizzativo stabilito dall'Atto Aziendale pro-tempore in vigore.

Il Responsabile della funzione aziendale del "Controllo di Gestione" provvede al monitoraggio continuo dei risultati intermedi (al 30 Giugno ed al 30 Settembre) conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, procedendo alla stesura di opportuni *report* per ogni Centro di Responsabilità, trasmettendone copia a ciascun responsabile ed alla Direzione Strategica Aziendale (entro il mese successivo alle scadenze intermedie).

Qualora dall'analisi dei *report*, l'andamento di un C.d.R. risulti notevolmente scostata rispetto agli obiettivi e/o ai risultati gestionali, la Direzione Generale su richiesta del responsabile/referente del "Documento di *Budget*/Scheda degli Obiettivi", può disporre la rinegoziazione degli obiettivi o i necessari provvedimenti di riequilibrio.

La revisione infrannuale degli Obiettivi di *budget* è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

- 1) risultati effettivi di attività/qualità che si discostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- 2) indici sull'effettivo consumo di risorse che si discostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
- 3) modificazioni significative delle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) disponibili al momento della chiusura della negoziazione degli Obiettivi di *budget*.

Il conseguimento degli Obiettivi assegnati in sede di negoziazione di *budget*, tenuto conto del grado di scostamento accertato a consuntivo e degli eventuali impedimenti causati da fattori esterni ed imprevedibili, formerà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica Aziendale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V. per le proprie prerogative istituzionali), agli effetti della conferma dell'incarico e della retribuzione di risultato, secondo quanto previsto dalle norme contrattuali vigenti.

I dati relativi ai fattori produttivi utilizzati ed ai volumi di attività prodotti sono elaborati e validati dalla funzione aziendale del "Controllo di Gestione" che si avvale del Sistema Informativo Aziendale. La Direzione Strategica Aziendale e l'O.I.V. deputati al giudizio/valutazione, per le loro attività usufruiranno dei *report* compilati dal "Controllo di Gestione" che ha anche il compito di certificare i risultati conseguiti, dalle singole articolazioni organizzative, sugli Obiettivi il cui conseguimento è verificabile oggettivamente tramite specifiche rilevazioni.

### **STRUTTURE ORGANIZZATIVE REFERENTI**

U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali: Il responsabile *pro-tempore* della struttura organizzativa è il referente per l'implementazione della presente procedura relativamente ai documenti di programmazione e controllo n. 1, 2, 4, 6.

U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale: Il responsabile *pro tempore* della struttura organizzativa è il referente per l'implementazione della presente procedura relativamente ai documenti di programmazione e controllo n. 3, 5.

### **STRUTTURE ORGANIZZATIVE DEPUTATE ALLE ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI**

Presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani è istituita, con Atto Aziendale – Delibera D.G. 756 del 10/03/2016, l'U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali. Tale Unità Operativa Complessa è istituzionalmente preposta per l'attività di analisi almeno trimestrale degli scostamenti tra i dati preventivi che consuntivi di periodo sia con riferimento agli Obiettivi Strategici, Operativi che Specifici per Centro di Responsabilità sia nel contesto della Contabilità Analitica oltre che nel monitoraggio dell'andamento delle Attività Sanitarie desumibili dai flussi informativi. Relativamente ai documenti di programmazione 3 e 5 è la U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale ad occuparsi dell'analisi degli scostamenti.

#### **4. SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE**

La misurazione e la valutazione della *Performance* è intesa come il contributo che ciascun soggetto (definito come unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e per la soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

La Misurazione e Valutazione della *Performance* mira a:

- ☑ Verificare il conseguimento annuale degli obiettivi di salute definiti in ambito aziendale, nella cornice della pianificazione regionale e nazionale, per la tutela della salute umana, per la sanità veterinaria, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'igiene e la sicurezza degli alimenti;
- ☑ Innescare un processo virtuoso orientato al miglioramento continuo dei servizi resi al cittadino.

#### **Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa**

<b>FASI:</b>	<b>ARGOMENTI:</b>
<b>OGGETTO</b>	Verifica del raggiungimento degli obiettivi inseriti nel Piano della <i>Performance</i>
<b>SOGGETTO</b> <b>VALUTATORE</b>	O.I.V.
<b>STRUMENTI</b>	1. Le Relazioni conclusive dei Responsabili dei C.d.R.; 2. I <i>Report</i> conclusivi dell'Unità Organizzativa deputata alla funzione del "Controllo di Gestione"
<b>TEMPI</b>	Entro il 30 marzo invio dei <i>report</i> dall'Unità Organizzativa deputata alla funzione del "Controllo di Gestione" ai responsabili del CdR ed entro il 31 maggio valutazione da parte dell'O.I.V.

**Il ciclo di gestione delle Performance** può essere definito come il complesso articolato delle fasi e delle attività attraverso le quali si attivano i diversi strumenti e processi, al fine di programmare, misurare, gestire e valutare le *Performance* relative ad un periodo temporale determinato.

Il ciclo di gestione delle *Performance* organizzativa si articola nelle seguenti fasi:

FASI:	DESCRIZIONE:	TEMPI:
<p><u>A</u></p> <p><b>AVVIO</b></p>	<p>Definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere corredati dai rispettivi indicatori e dai valori attesi previa negoziazione anche delle risorse umane tecniche e finanziarie;</p> <p><b><i>Il Piano della Performance e conseguentemente le schede di Budget dovranno essere opportunamente aggiornati in caso di:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Ulteriori obiettivi assegnati alla Direzione Strategica;</i></b></li> <li>• <b><i>Ulteriori Obiettivi definiti in sede di programmazione Sanitaria Regionale</i></b></li> </ul>	<p><b>Entro il 15/12</b> dell'anno precedente i responsabili dei C.d.R. presentano alla Direzione Strategica una proposta di Obiettivi/Attività;</p> <p><b>Entro il 31/01</b> la Direzione Strategica valuta gli Obiettivi proposti integra le attività proposte con obiettivi di carattere strategico ed approva il Piano della <i>Performance</i> ed il Piano Attuativo Aziendale;</p> <p><b>Entro il 31/03</b> la Direzione Strategica restituisce ai singoli C.d.R. attraverso la consegna delle schede di <i>Budget</i>, obiettivi e risorse;</p> <p><b>Entro il 31/05</b> è prevista la fine della Negoziazione con una delibera di presa d'atto.</p>
<p><u>B</u></p> <p><b>MONITORAGGIO</b></p>	<p>Monitoraggio in corso di esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi (Rinegoziazione eventualmente richiesta dai titolari dei C.d.R.);</p>	<p>l'Unità Organizzativa deputata alla funzione del "Controllo di Gestione" predispone una reportistica sull'andamento degli obiettivi oppure sugli obiettivi non monitorati dal Controllo di Gestione saranno gli stessi Responsabili dei C.d.R. ad effettuare un controllo al:</p> <p>- <b>30/06;</b> - <b>30/09</b></p>
<p><u>C</u></p> <p><b>MISURAZIONE</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>VALUTAZIONE</b></p> <p><b>E</b></p>	<p>Misurazione e valutazione annuale della <i>Performance</i> organizzativa dei Centri di Responsabilità preposti alla negoziazione del <i>Budget</i></p>	<p><b>Entro il 31 Marzo</b> dell'anno successivo invio dei <i>report</i> dall'Unità Organizzativa deputata alla funzione del "Controllo di Gestione" ai responsabili del CdR;</p> <p><b>Entro il 31 maggio</b> valutazione da parte dell'O.I.V.</p>
<p><u>D</u></p> <p><b>RENDICONTAZIONE</b></p>	<p>Stesura della «Relazione sulla <i>Performance</i>» con la quale si illustrano i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato con successiva validazione da parte dell'O.I.V. Viene redatta inoltre anche una "Relazione Sanitaria Aziendale" nella quale viene esposta l'attività svolta ed i risultati raggiunti, valutati, anche sulla base di specifici indicatori, in relazione agli obiettivi definiti nel Piano</p>	<p><b>Entro il 30 Giugno</b> approvazione da parte dell'Azienda della "Relazione sulla <i>Performance</i>" dell'anno precedente e validazione entro la stessa data da parte dell'O.I.V.</p> <p><b>Entro il 31 Gennaio</b> stesura della Relazione Sanitaria Aziendale con riferimento all'anno precedente ed approvazione formale da parte della Direzione Strategica</p>

	AttuativoAziendale.	
--	---------------------	--

Per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi l'O.I.V. basa le sue determinazioni sulle relazioni conclusive predisposte dai Responsabili dei C.d.R. e sull'esame delle singole schede di *budget* negoziate, nelle quali saranno esposti sinteticamente i passaggi progettuali concordati e i corrispondenti indicatori di risultato. L'O.I.V. provvederà ad elaborare la percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi tenendo conto dei dati forniti dall'Unità Organizzativa deputata alla funzione del "Controllo di Gestione". La percentuale di raggiungimento degli obiettivi sarà data dalla somma dei pesi relativi ai singoli obiettivi raggiunti. L'O.I.V. per ciascun obiettivo realizzato almeno al 60% potrà attribuire una valorizzazione dei pesi in modo proporzionale al risultato conseguito. Il raggiungimento di ciascun obiettivo al di sotto del 60% comporterà il mancato raggiungimento dello stesso e pertanto una penalizzazione pari al peso attribuito all'obiettivo. Conseguentemente si esplicita che per:

1. OBIETTIVI che prevedono INDICATORI DI PROCESSO/ATTIVITÀ la cui Unità di Misura/Scala è SI/NO

<b>Valore Conseguito</b>	<b>Obiettivo % raggiunta</b>	<b>Coefficiente di Calcolo</b>
NO	0%	0,0
Sufficientemente	60%	0,6
Parzialmente	75%	0,75
Globalmente	90%	0,9
SI	100%	1,0

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo si rifletterà in misura linearmente proporzionale sui pesi attribuiti per l'obiettivo in esame secondo la seguente formula:

$$PCO \text{ i-esimo} = \%Ragg \times Pi$$

*PCOi-esimo* (Peso Convalidato dall'OIV per l'obiettivo i-esimo) arrotondato aritmeticamente al primo decimale:

*%Ragg* (Percentuale raggiunta espressa in decimali / applicazione del Coefficiente di calcolo):

*Pi* (Peso dell'Obiettivo i-esimo attribuito nella scheda di budget).

Esempio: l'obiettivo è stato conseguito al 60% ed il peso attribuito è 30. Il Peso Convalidato dall'OIV sarà  $\approx 0,6 \times 30 = 18,0$

2. OBIETTIVI che prevedono INDICATORI DI TIPO QUANTITATIVO la cui Unità di Misura/Scala è espressa in %; N Numero; etc.

<b>Valore Conseguito</b>	<b>Obiettivo % raggiunta</b>	<b>Coefficiente di Calcolo</b>
NO	< 60%	0,0
Parzialmente	Da >=60% A < 100%	Linearmente Proporzionale
SI	100%	1,0

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo si rifletterà in misura linearmente proporzionale sui pesi attribuiti per l'obiettivo in esame secondo la seguente formula:

$$PCOi-esimo = \%Ragg \times Pi$$

*PCOi-esimo (Peso Convalidato dall'OIV per l'obiettivo i-esimo) arrotondato aritmeticamente al primo decimale;*

*%Ragg (Percentuale raggiunta espressa in decimali arrotondata aritmeticamente alla seconda cifra decimale);*

*Pi (Peso dell'Obiettivo i-esimo attribuito nella scheda di budget).*

Esempi:

- ☑ L'obiettivo è stato conseguito al 50% ed il peso attribuito è 30. Il Peso Convalidato dall'OIV sarà ☑  $0,00 \times 30 = 0$ ;
- ☑ L'obiettivo è stato conseguito al 70% ed il peso attribuito è 30. Il Peso Convalidato dall'OIV sarà ☑  $0,70 \times 30 = 21,0$ ;
- ☑ L'obiettivo è stato conseguito al 100% ed il peso attribuito è 30. Il Peso Convalidato dall'OIV sarà ☑  $1,00 \times 30 = 30,0$ ;

Il peso complessivamente conseguito da ciascun Centro di Responsabilità è dato dalla somma dei pesi convalidati dall'OIV per ogni singolo obiettivo:

$$Puo = \Sigma PCOi-esimo$$

*Puo (Peso complessivamente conseguito dal Centro di Responsabilità) arrotondato aritmeticamente alla prima cifra decimale;*

*PCOi-esimo (Peso Convalidato dall'OIV per l'obiettivo i-esimo);*

*Σ (Simbolo della Sommatoria);*

*[Vigente regolamento di Misurazione e Valutazione della Performance dei Dirigenti e del Personale del Comparto e Sistema Premiante (Pubblicato sul sito in Amministrazione Trasparente / Performance)]*

## **5. MODELLI DI REPORTING PER IL MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE**

### **REPORTISTICA**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani attraverso l'U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali ha adottato, di base, i modelli di rendicontazione previsti dal D.D.G. 835 del 23/05/2014. Inoltre è prevista una serie di modelli di *report* costruiti ad hoc per far fronte a specifiche esigenze informative aziendali. In merito ai contenuti del Sistema di *Reporting* dell'A.S.P. di Trapani, si può fare riferimento al paragrafo 4.4 delle "Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione" con qualche eccezione dovuta ai Sistemi Informativi in uso. La reportistica legata al D.D.G. 835/2014 è costruita con i prodotti *MS Office* e *COGNOS IBM* vero e proprio "cruscotto direzionale" che sarà a regime completo entro il 31/12/2019 permettendo l'integrazione delle informazioni provenienti dai principali Sistemi Informativi in uso in Azienda utili alla funzione del "Controllo di Gestione"; SW Quani SDO per la parte relativa alle attività di ricovero svolte nei Presidi Ospedalieri e presso leCase di Cura; AREAS di *Engineering* per tutti i dati necessari alla Contabilità Analitica.

### **TIPOLOGIA DI REPORT E TEMPISTICA**

Le tipologie di *report* sono strutturati con l'obiettivo di identificare le variabili rilevanti ai fini del processo decisionale dei destinatari, conseguentemente i contenuti della reportistica devono essere congruenti con l'area di responsabilità del destinatario.

Il set di *Report* Istituzionali prodotti attualmente dall'U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali sono:

- ☒ **Attività Acuti Indicatori – Risorse – Prestazioni per CRIL** - Realizzato dall'U.O.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Attività Intera Azienda e Presidi** - Realizzato dall'U.O.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Consumato per CRIL** - Realizzato dall'U.O.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Attività Quani SDO Ospedali** - Realizzato dall'U.O.S. Sistema Informativo e Statistico Aziendale che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Attività Quani SDO Reparto** - Realizzato dall'U.O.S. Sistema Informativo e Statistico Aziendale che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Personale Convenzionato per Attività e per CRIL** - Realizzato dall'U.O.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Personale Dipendente per Attività per CRIL** - Realizzato dall'U.O.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione che cura puntualmente la fonte e l'attendibilità delle informazioni e provvede al controllo globale del *report* prima dell'inoltro ai destinatari secondo la tempistica evidenziata nel Cronoprogramma;
- ☒ **Report sui risultati conseguiti sugli Obiettivi dell'anno ai fini del salario di risultato.**

Tranne che per il "*Report sui risultati conseguiti sugli Obiettivi dell'anno ai fini del salario di risultato*" che viene predisposto dall'U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali ed inoltrato a tutti i Centri di Responsabilità normalmente entro il 30/03 dell'anno successivo all'esercizio di riferimento, tutti gli altri costituiscono il Set informativo routinario che viene inviato secondo la seguente tempistica:

- ☒ *Set di Report di Verifica I Trimestre* (Primi tre mesi) inoltrati generalmente nel mese di Aprile;
- ☒ *Set di Report di Verifica II Trimestre* (Primi sei mesi) inoltrati generalmente nel mese di Luglio;
- ☒ *Set di Report di Verifica III Trimestre* (Primi nove mesi) inoltrati generalmente nel mese di Ottobre;
- ☒ *Set di Report di Verifica IV Trimestre* (Anno intero) inoltrati generalmente nel mese di Gennaio dell'anno successivo;

N. FASI	Cronoprogramma Attività per i Report	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen Anno+1
1	Acquisizione e validazione dei dati dalle procedure gestionali e predisposizione della reportistica													

2	Analisi e Controllo dei <i>Report</i>												
3	<i>Feedback</i> ai destinatari												

**6. VERIFICA DELLA CORRETTA ESECUZIONE DELLA PROCEDURA DEFINITA AI PUNTI 6 ED 8**

Per una verifica della corretta esecuzione delle procedure di cui ai punti 6 e 8 è necessario riscontrare le seguenti attività:

1. Redazione del **Piano della Performance** entro il **31/01** del primo anno del triennio di riferimento;
2. Redazione del **Piano Attuativo Aziendale** entro i termini indicati annualmente dal competente Assessorato;
3. Stesura del **Bilancio Preventivo Economico Annuale "provvisorio"** entro il  **mese di Dicembre** antecedente l'esercizio di riferimento;
4. Stesura del **Bilancio Preventivo Economico Annuale "definitivo"** successivamente alla Negoziazione delle risorse economiche con il competente Assessorato;
5. Redazione della **Relazione Sanitaria Aziendale** entro il **31/01** dell'anno successivo a quello di riferimento;
6. Deliberazione del **Bilancio d'esercizio** nei termini (entro il **30/04** dell'esercizio successivo a quello di riferimento oppure entro la data individuata in proroga dal competente Assessorato);
7. Redazione e Validazione della **Relazione annuale sulla Performance** entro il **30/06** dell'anno successivo all'esercizio di riferimento;
8. **"Predisposizione"** entro il bimestre di Gennaio/Febbraio - di un apposito prospetto con il **Budget Ordini** per singola Macrostruttura Aziendale;
9. **"Assegnazione"** entro il mese di Febbraio, con metodologia top-down, del **Budget Ordini** alle Macrostrutture;
10. Produzione dei **Set di Report di Verifica** con la tempistica descritta.

La U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali è responsabile per i punti 1; 2; 5; 7; 8; 9; 10.

La U.O.C. Risorse Economiche, Finanziarie e Patrimoniali per i punti 3; 4; 6.

Esempio di : *Checklist*/Verbale di verifica dell'esecuzione della procedura

CHECKLIST / VERBALE DI VERIFICA DELLA CORRETTA ESECUZIONE DELLA PROCEDURA							
N.	DOCUMENTO	REALIZZAZIONE ENTRO	VERIFICA		FIRMA DEL VERIFICATORE	DATA VERIFICA	NOTE
			SI	NO			
1)	PIANO DELLA <i>PERFORMANCE</i>	31-gen	SI	NO			
2)	PIANO ATTUATIVO AZIENDALE	entro il termine indicato dall'Assessorato	SI	NO			
3)	BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE "PROVVISORIO"	31-dic	SI	NO			
4)	BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE "DEFINITIVO"	successivamente alla negoziazione	SI	NO			

5)	RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE	31-gen	SI	NO			
6)	BILANCIO D'ESERCIZIO	30-apr	SI	NO			
7)	RELAZIONE ANNUALE SULLA <i>PERFORMANCE</i>	30-giu	SI	NO			
8)	"PREDISPOSIZIONE" TO PROSPET <i>BUDGET ORDINI</i>	28-feb	SI	NO			
9)	"ASSEGNAZIONE" TO PROSPET <i>BUDGET ORDINI</i>	28-feb	SI	NO			
10)	<i>REPORT ATTIVITÀ ACUTI</i> INDICATORI - RISORSE - PRESTAZIONI PER CRIL	30-apr	SI	NO			

11)	REPORT ATTIVITÀ ACUTI INDICATORI - RISORSE - PRESTAZIONI PER CRIL	31-lug	SI	NO			
12)	REPORT ATTIVITÀ ACUTI INDICATORI - RISORSE - PRESTAZIONI PER CRIL	31-ott	SI	NO			
13)	REPORT ATTIVITÀ ACUTI INDICATORI - RISORSE - PRESTAZIONI PER CRIL	GENN SUCC	SI	NO			
14)	REPORT ATTIVITÀ INTERA AZIENDA EPRESIDI	30-apr	SI	NO			
15)	REPORT ATTIVITÀ INTERA AZIENDA EPRESIDI	31-lug	SI	NO			
16)	REPORT ATTIVITÀ INTERA AZIENDA EPRESIDI	31-ott	SI	NO			
17)	REPORT ATTIVITÀ INTERA AZIENDA EPRESIDI	GENN SUCC	SI	NO			
18)	REPORT CONSUMATO PER CRIL	30-apr	SI	NO			
19)	REPORT CONSUMATO PER CRIL	31-lug	SI	NO			
20)	REPORT CONSUMATO PER CRIL	31-ott	SI	NO			
21)	REPORT CONSUMATO PER CRIL	GENN SUCC	SI	NO			
22)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOOSPEDALI	30-apr	SI	NO			
23)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOOSPEDALI	31-lug	SI	NO			
24)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOOSPEDALI	31-ott	SI	NO			
25)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOOSPEDALI	GENN SUCC	SI	NO			
26)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOREPARTO	30-apr	SI	NO			
27)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOREPARTO	31-lug	SI	NO			
28)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOREPARTO	31-ott	SI	NO			
29)	REPORT ATTIVITÀ QUANI SDOREPARTO	GENN SUCC	SI	NO			
30)	REPORT SUI RISULTATI CONSEGUITI OBIETTIVI SPECIFICI	MARZO SUCC	SI	NO			

## 7. FUNZIONIGRAMMA AZIENDALE

L'art. 9 comma 3 della L.R. n.5 del 2009 prevede che "l'Organizzazione ed il funzionamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in conformità alle previsioni di cui alla L.R. 03/11/1993 n. 30 e successive modifiche ed integrazioni, sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato". Conseguentemente l'A.S.P. di Trapani con deliberazione del Direttore Generale n. 332 del 09/02/2011 ha adottato il proprio Atto Aziendale, successivamente approvato dall'Assessorato

Regionale della Salute con decreto n. 02376 del 01/10/2010. Il predetto Atto Aziendale, nel delineare in via generale le Macrostrutture che sovrintendono alle attività istituzionali dell'Ente, rimanda alla stesura del successivo Documento di Organizzazione la dettagliata articolazione interna delle strutture organizzative e la loro analitica descrizione di funzioni ruoli e responsabilità.

Per le ragioni su esposte l'A.S.P. di Trapani con deliberazione del Direttore Generale n. 3862 del 10/08/2011 ha adottato il proprio Documento di Organizzazione non ancora aggiornato all'ultimo Atto Aziendale approvato con delibera del C.S. n. 1519 del 28/04/2017 ma integrato da un "Funzionigramma delle Strutture alle dirette Dipendenze del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo" approvato con delibera del Commissario n. 3833 del 02/10/2017 (documenti riscontrabili sul sito *internet* aziendale).

Il Documento di Organizzazione attribuisce a ciascuna UU.OO., dotata di poteri gestionali, le relative competenze ed attribuzioni in ragione di diverse materie ed ambiti territoriali. Nel richiamare il contenuto degli articoli 19 e 20 del vecchio Atto Aziendale, il Documento opera il rinvio all'istituto della delega di funzioni e delle competenze proprie della dirigenza gestionale. In tale ambito l'Amministrazione ha da poco varato un articolato sistema di delega di funzioni amministrative e gestionali da parte del Direttore Generale verso alcuni Dirigenti Apicali con specifici limiti di autorità e di *budget*. In tal senso lo strumento prescelto è quello della determina dirigenziale (delegata o propria) attraverso la quale il Dirigente assume direttamente gli atti di propria competenza, impegnando l'Amministrazione verso l'esterno, e comunque in presenza di un articolato sistema di controllo dei medesimi atti in capo agli organi della Direzione Strategica.

Dalla fine del 2017 è in uso la Determina Dirigenziale.

## 8. PIANO DEI CONTI DI CONTABILITÀ GENERALE

Con riferimento a quanto disposto dall'art. 34 del D.Lgs. n.118/2011, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha modificato i Modelli di rendicontazione economica e patrimoniale (CE ed SP) di cui al precedente Decreto Ministeriale del 13/11/2007.

Tale modifica ha comportato la conseguente variazione dello schema del Piano dei Conti della Contabilità Generale della regione Sicilia adottato con D.D.G. n. 193 del 13/03/2008 ed integrato successivamente con D.D.G. n. 1394 del 19/06/2008.

Con delibera del Commissario Straordinario n. 967 del 06/03/2013 è stato adottato il nuovo Piano dei Conti aziendale che rispetta nella sua struttura il livello minimo di dettaglio dei conti come richiesto all'art.1 D.D.G. n. 2852 del 28/12/2012.

Documenti:

**Vecchio Piano dei Conti (PdC)  
della Contabilità Generale  
(Co.Ge.) delle Aziende Sanitarie  
regione Sicilia.**

**Nuovi modelli di rilevazione  
economica/patrimoniale  
(CE/SP)**

**Linee Guida**

Riferimenti normativi:

Decreto Ministro della Salute del  
15/06/2012

D.D.G. n.2852 del 28/12/2012

D.D.G. n.109 del 10/07/2012

L.R. n.5 del 14/04/2009

Riordino sistema sanitario siciliano

D.D.G. n. 193 del 13/03/2008 succ.  
integrato con D.D.G. n. 1394 del  
19/06/2008.

Allegate al D.D.G. n.2852 del  
28/12/20102

- Confronto (*Excel*) dei due diversi schemi del PdC:

Pdc D.D.G. n.193/2008	Pdc D.D.G. n. 2852/2012
--------------------------	----------------------------

- Analisi e confronto della struttura, articolata su cinque livelli, per entrambi i PdC;
- Analisi dei contenuti dei singoli conti di 5° livello:
- Conseguente integrazione con nuovi conti di 5° livello;
- Conseguente ripartizione delle singole voci contenute nei conti del vecchio PdC in due o più conti previsti dal nuovo PdC, quando il rapporto dei conti (vecchio/nuovo) non è 1/1;
- Adozione del Nuovo PdC con delibera Commissario Straordinario n. 967 del 06/03/2013 “Piano dei conti della Contabilità Generale. D.D.G. n. 2852 del 28/12/2012”;
- Inserimento sul *software Oliamn* – ditta *Engineering* del PdC adottato con delibera D.G. n. 967 del 06/03/2013 e successivamente transcodificato nel *software AREAS* sempre della ditta *Engineering*;
- Transcodifica e trasferimento dei dati contenuti nei singoli nuovi conti;
- Stampa del Bilancio di Verifica per il controllo finale dei dati inseriti;
- Trasmissione del nuovo PdC all’Assessorato Regionale Sanità, in data 12/03/2013, per la validazione dello stesso;
- Diffusione a tutti gli uffici interessati del nuovo PdC;
- Eventuale recepimento di criticità riscontrate da altre strutture aziendali.

## **9. PIANO AZIENDALE DEI CRIL E TRASMISSIONE DEL CORRELATO FLUSSO REGIONALE**

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani per effetto del D.A. n. 2376 del 01/10/2010 e della deliberazione n. 3862 del 10/08/2011 con i quali sono stati approvati ed adottati rispettivamente l’Atto Aziendale ed il relativo Documento di Organizzazione, nel corso dell’anno 2012 con delibera del Commissario Straordinario n. 4830 del 25/10/2012 ha approvato un nuovo specifico Piano dei centri di Responsabilità/Costo che per propria caratteristica concettuale rappresenta uno strumento operativo necessario per il Controllo di Gestione ed è strumento fondamentale per i processi connessi all’implementazione ed alla gestione della Contabilità Analitica.

Il Piano dei centri di Responsabilità/Centri di Costo dell’A.S.P. di Trapani già dal 2012 è stato costruito coerentemente con le “Linee guida per l’implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione” (versione 0.1 del 31/05/2012) definite dalle aziende che per la Regione Siciliana forniscono servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall’Accordo di Programma sottoscritto in data 11/12/2009, tra il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, il Ministero dell’Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana, in attuazione dell’art. 79, comma 1-*sexies* lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008. Nelle citate Linee Guida era stato già definito un Piano dei Centri di Rilevazione *Standard* (CRIL) che permettesse una identificazione omogenea, su scala regionale, dei centri di rilevazione dei Costi/Ricavi utile a supportare la generazione di parametri gestionali coerenti con le esigenze di monitoraggio a livello regionale che nazionale.

Con l’emanazione del DDG n. 874 del 03/05/2013 “Adozione Piano dei Centri di rilevazione di interesse regionale” è nata l’esigenza, anche per l’A.S.P. di Trapani, o di adottare con atto formale un nuovo Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo conforme al Decreto citato o di riaccordare il Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo vigente al Piano dei CRIL. La soluzione scelta dalla nostra Azienda è stata quella di recepire il DDG n. 874 del 03/05/2013 riaccordando il Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo Aziendale al Piano dei Centri di Rilevazione di Interesse Regionale (CRIL).

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani per le argomentazioni su esposte ha approvato, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 3194 del 03/07/2013, “Il Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo” riaccordato al DDG 874 del 03/05/2015 costituito dai seguenti tre documenti:

- ☒ Il Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo;
- ☒ Il documento di Transcodifica Centri di Costo / CRIL;
- ☒ Il documento contenente l’elenco dei “Punti Fisici dell’A.S.P. TP (Indirizzi Strutture Aziendali).

Il Piano dei Centri di Responsabilità/Centri di Costo” riaccordato al DDG n. 874 del 03/05/2015 è pubblicato su sito *internet* dell’Azienda.

Come già descritto il DDG 874 del 03/05/2013 istituisce il Piano dei Centri di Rilevazione di interesse regionale (CRIL) che rappresenta il livello regionale di dettaglio informativo per destinazione delle informazioni gestionali e di contabilità analitica. L'art. 4, dello stesso decreto, sancisce l'entrata in vigore di uno specifico Flusso informativo dedicato al Piano dei CRIL. "Le Aziende dovranno predisporre i prospetti di cui all'allegato 1 al presente decreto e provvedere a trasmetterli all'Area interdipartimentale 4 Sistemi informativi, statistiche e monitoraggi del Dipartimento per la Pianificazione Strategica in modalità FTP, secondo le specifiche di cui all'allegato 2 del presente decreto. I prospetti dovranno essere trasmessi con cadenza trimestrale entro l'ultimo giorno del mese successivo al trimestre di riferimento, anche in assenza di modifiche rispetto al trimestre precedente."

L'A.S.P. di Trapani ha puntualmente trasmesso "in autonomia" il flusso informativo sui CRIL attualmente utilizzando gli strumenti di *MS Office* per la gestione del processo. Il flusso di rilevazione del Piano dei CRIL è inserito tra i flussi informativi regionali di nuova istituzione monitorati dall'Assessorato da "Prendere in Carico" aziendalmente rispetto alle attività espletate dai Consulenti del Progetto ex art. 79. Nel Febbraio 2015 l'A.S.P. di Trapani ha superato il "Collaudo organizzativo della presa in carico delle attività del progetto art. 79" presentando un Progetto di autosufficienza per la gestione autonoma dei nuovi flussi informativi regionali. Come già segnalato in precedenza è stato modificato il Piano dei Centri di Costo con la Delibera del Commissario Straordinario n. 3254 del 31/12/2018 "Aggiornamento del Piano dei Centri di Costo dell'ASP di Trapani in vigore dal 01/01/2019 coerente all'Atto Aziendale approvato con Delibera del Commissario Straordinario n. 1519 del 28/04/2017".

#### PROCEDURA DI PRODUZIONE E CONTROLLO DEL FLUSSO INFORMATIVO DI RILEVAZIONE DEL PIANO DEI CRIL (CENTRI DI RILEVAZIONE DI INTERESSE REGIONALE)

Con D.D.G. n. 874 del 03.05.2013 è stato istituito il flusso informativo di rilevazione del Piano dei CRIL - Centri di rilevazione di interesse regionale. Il decreto 874 è stato modificato ed integrato con il D.D.G. n. 2061 del 27/10/2016.

Il presente documento definisce le procedure organizzative finalizzate alla produzione e al controllo del flusso informativo, individuando le fasi e le attività da svolgere, i soggetti coinvolti e le relative responsabilità, i necessari controlli.

Per il contenuto informativo di dettaglio dei tracciati di cui si compone il flusso informativo, si rimanda al D.D.G. n. 874 del 3 maggio 2013 e ss. mm. ii.

#### Acronimi

<b>Acronimo</b>	<b>Definizione</b>
CdC	Centro di Costo
CRIL	Centro di Rilevazione
Modello HSP - STS - RIA	Modelli ministeriali di rilevazione dei dati delle strutture diricovero e riabilitazione pubbliche e private
TXT	Formato generico di testo
XLS	File formato <i>MS Excel</i> ®
FTP	<i>File Transfer Protocol</i> - modalità di trasmissione file

#### Informazioni relative al flusso informativo

Il flusso informativo CRIL si compone dei seguenti 3 tracciati:

- ☑ TRACCIATO 1: Raccordo CdC\_CRIL
- ☑ TRACCIATO 2: Anagrafica punti fisici
- ☑ TRACCIATO 3: Raccordo CRIL\_HSP12\_Flusso A\_Flusso DSAO

Con riferimento ai tempi di invio, il flusso informativo deve essere trasmesso con cadenza trimestrale entro l'ultimo giorno del mese successivo al periodo di riferimento, secondo la schedulazione riportata nella seguente tabella:

Invio	Data inizio periodo	Data fine periodo	Periodo riferimento invio
1	1 gennaio	31 marzo	15 aprile
2	1 gennaio	30 giugno	15 luglio
Invio	Data inizio periodo	Data fine periodo	Periodo riferimento invio
3	1 gennaio	30 settembre	15 ottobre
4	1 gennaio	31 dicembre	15 gennaio anno successivo

Ad ogni trasmissione è richiesto l'invio dei dati relativi al periodo compreso tra la data di inizio anno e la data corrispondente all'ultimo giorno del periodo di riferimento.

Eventuali rettifiche potranno essere trasmesse entro il termine massimo di un mese dalla data di prima trasmissione. Per apportare rettifiche è necessario procedere al rinvio di tutti i tracciati trasmessi, che pertanto si intendono integralmente sostitutivi del precedente invio.

La trasmissione dei dati deve essere effettuata esclusivamente in modalità FTP come da specifiche di cui alla nota assessoriale n. 72068 del 02/10/2012.

#### Owner del processo di produzione

La procedura rappresentata nel presente documento coinvolge, nelle diverse fasi di svolgimento del processo, diversi soggetti all'interno delle strutture aziendali interessate. Tali soggetti sono costituiti in gruppi di lavoro operativi competenti per le attività necessarie alla produzione del flusso informativo, formalmente istituiti tramite provvedimento interno n. 7 CdG del 30/11/2015, al quale si rimanda per il dettaglio relativo alla composizione e all'area di competenza.

Nella tabella seguente sono riportate le strutture aziendali interessate alla produzione e controllo del flusso e le relative responsabilità.

Servizio	Responsabilità
UO Sistema Informativo e Statistico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione informazioni riferite ai Modelli HSP12</li> <li>• Gestione flussi informativi A e DSAO</li> <li>• Produzione Tracciato 1 - Raccordo CdC - CRIL</li> <li>• Produzione Tracciato 2 - Anagrafica Punti Fisici</li> <li>• Produzione Tracciato 3 - Raccordo CRIL_Flusso A/Flusso DSAO</li> <li>• Controllo periodico tra flusso C e relativo raccordo CRIL</li> <li>• Controllo e Trasmissione Flusso CRIL</li> </ul>
UO Controllo di gestione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione a sistema del Piano Centri di Costo aziendali</li> <li>• Gestione attività di raccordo tra Piano CdC e Piano CRIL</li> <li>• Monitoraggio della presenza di un unico Piano CdC in tutti i sistemigestionali aziendali</li> <li>• Verifica periodica dell'allineamento tra organizzazione aziendale(organigramma) e Piano CdC</li> </ul>
UO Gestione Tecnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione e monitoraggio della mappatura dei punti fisici/sedi aziendali</li> <li>• Comunicazione periodica della mappatura dei punti fisici aziendali alReferente CdG</li> </ul>

#### Tracciato 1 – Raccordo CDC - CRIL

Il tracciato rileva le informazioni relative al Piano dei Centri di Costo aziendale e al raccordo dello

stesso con il Piano CRIL alla data di rilevazione (si rimanda al disciplinare tecnico per il dettaglio dei contenuti dei singoli campi previsti e del formato corretto del *file* da produrre e inviare).

Presupposto necessario per la corretta e completa produzione del Tracciato 1 è la tracciatura sistematica e tempestiva nel gestionale in uso delle informazioni riferite ai Centri di Costo aziendali al verificarsi delle seguenti fattispecie:

- ☒ Apertura/Chiusura Centri di Costo
- ☒ Modifiche/Variazioni Centri di Costo Il referente operativo della UO Controllo di Gestione esegue tempestivamente, entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque in tempo utile per la comunicazione agli altri uffici coinvolti, le attività di creazione/variazione e manutenzione del Piano dei CdC tramite lo strumento informatico a supporto e autorizzate dal Responsabile.

Il Responsabile del Controllo di Gestione, entro il giorno 7 del mese successivo al trimestre di riferimento, comunica al Responsabile SIS la creazione, chiusura e/o variazione dei CdC/CRIL inviando il file contenente le modifiche.

Il Responsabile SIS, ricevuta la comunicazione, prima della produzione del Tracciato 1, effettua i necessari controlli, come di seguito riportati:

Obiettivo del controllo	Descrizione	Responsabile
Controllo completezza campi	È necessario verificare che all'interno di ogni singolo tracciato siano presenti le informazioni previste	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo della data di validità delle informazioni contenute nel tracciato	È necessario verificare che le informazioni riportino correttamente il periodo di validità (valido da - valido a)	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo logico - formale	È necessario verificare la correttezza dei digit dei campi rispetto a quanto previsto dal disciplinare	Sistema informativo e statistico (SIS)

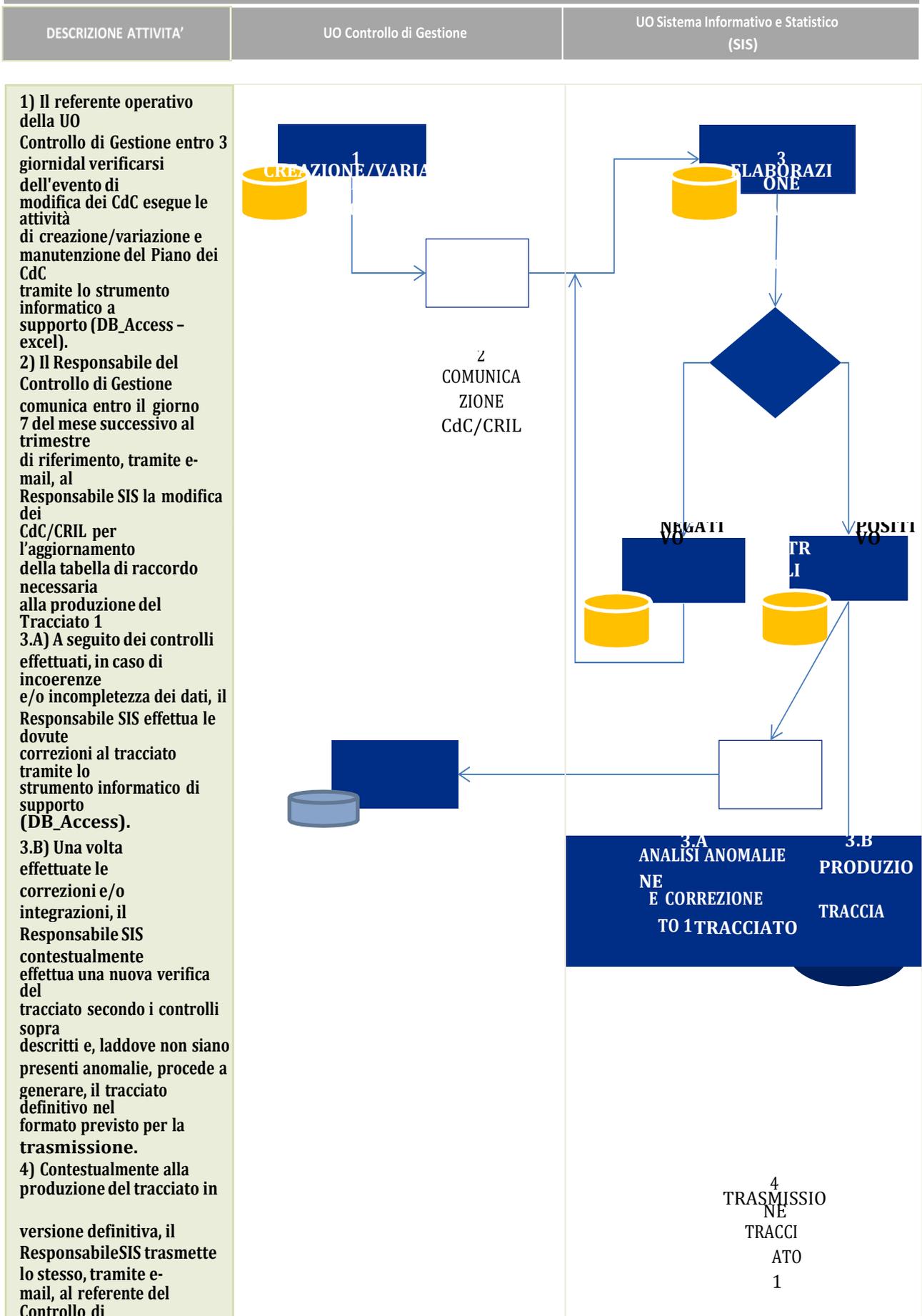
A seguito dei controlli effettuati, in caso di incoerenze e/o incompletezza dei dati, il Responsabile SIS effettua le dovute correzioni al tracciato tramite lo strumento informatico di supporto.

Una volta effettuate le correzioni e/o integrazioni, il Responsabile SIS contestualmente effettua una nuova verifica del tracciato secondo i controlli descritti nella tabella sopra riportata e, laddove non siano presenti anomalie, procede a generare il tracciato definitivo nel formato previsto per la trasmissione.

Contestualmente alla produzione del tracciato in versione definitiva, il Responsabile SIS trasmette lo stesso, tramite e-mail, al referente del Controllo di Gestione.

Il referente operativo del CdG, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento, effettua le operazioni di aggiornamento della tabella di raccordo CdC/CRIL presente nel sistema amministrativo-contabile, al fine di garantire la coerenza dei flussi informativi (Flusso Personale SSR, Flusso Personale Convenzionato, Flusso Beni sanitari e non sanitari) rispetto al Flusso CRIL. Si riporta di seguito la *flow-chart* di processo relativa alle attività necessarie alla produzione e controllo del **Tracciato 1**, come sopra descritte.

# Produzione e controllo Tracciato 1 – Raccordo CdC-CRIL



**Gestione.**

5) Il referente operativo del CdG, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento, effettua le operazioni di aggiornamento della tabella di raccordo CdC/CRIL presente nel sistema amministrativo-contabile, al fine di garantire la coerenza dei flussi informativi (Flusso Personale SSR, Flusso Personale Convenzionato, Flusso Beni sanitari e non sanitari) rispetto al Flusso CRIL.

**Tracciato 2 – Anagrafica punti fisici**

Il tracciato rileva le informazioni riferite alle sedi fisiche aziendali (punto fisico), attive e non attive, alla data di rilevazione (si rimanda al disciplinare tecnico per il dettaglio dei contenuti dei singoli campi previsti e del formato corretto del file da produrre e inviare).

Presupposto necessario per la corretta e completa produzione del Tracciato 2 è la tracciatura e comunicazione sistematica e tempestiva delle informazioni riferite a:

- Apertura/chiusura sede fisica aziendale
- Variazione indirizzo sede fisica

Entro il giorno 5 del mese successivo al trimestre di riferimento, il Responsabile della U.O. Gestione Tecnica trasmette, tramite *e-mail*, le eventuali variazioni dei punti fisici al Responsabile del Controllo di Gestione. Laddove, per il trimestre di riferimento, non siano presenti variazioni ai punti fisici aziendali, il Responsabile della Gestione Tecnica ne dà comunque comunicazione, tramite *e-mail*, al Responsabile del Controllo di Gestione.

Contestualmente alla ricezione della comunicazione, il responsabile operativo del Controllo di Gestione, effettua le variazioni al tracciato, tramite lo strumento informatico a supporto, e trasmette, entro il giorno 7 del mese successivo al trimestre di riferimento, le informazioni aggiornate, tramite *e-mail*, al Responsabile SIS per la produzione del tracciato 2 e i relativi controlli, come di seguito riportati:

Obiettivo del controllo	Descrizione	Responsabile
Controllo completezza campi	È necessario verificare che all'interno di ogni singolo tracciato siano presenti le informazioni previste	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo della data di validità delle informazioni contenute nel tracciato	È necessario verificare che le informazioni riportino correttamente il periodo di validità (valido da - valido a)	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo logico - formale	È necessario verificare la correttezza dei digit dei campi rispetto a quanto previsto dal disciplinare	Sistema informativo e statistico (SIS)

A seguito dei controlli effettuati, in caso di incoerenze e/o incompletezza dei dati, il Responsabile SIS effettua le dovute correzioni al tracciato tramite lo strumento informatico di supporto.

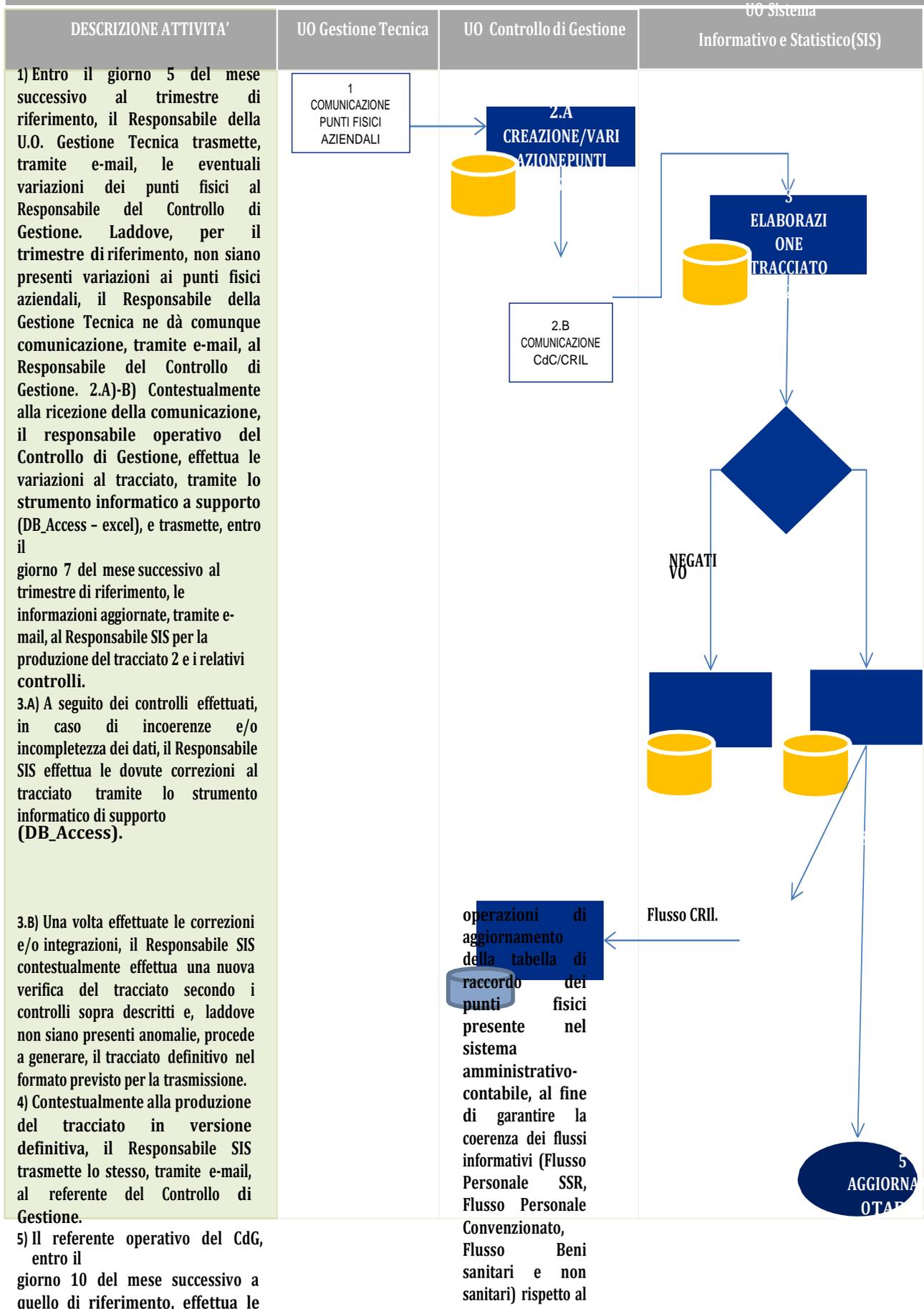
Una volta effettuate le correzioni e/o integrazioni, il Responsabile SIS contestualmente effettua una nuova verifica del tracciato secondo i controlli sopra descritti e, laddove non siano presenti anomalie, procede a generare, il tracciato definitivo nel formato previsto per la trasmissione.

Contestualmente alla produzione del tracciato in versione definitiva, il Responsabile SIS trasmette lo stesso, tramite *e-mail*, al referente del Controllo di Gestione.

Il referente operativo del Controllo di Gestione, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento, effettua le operazioni di aggiornamento della tabella di raccordo presente nel sistema amministrativo-contabile, al fine di garantire la coerenza dei flussi informativi (Flusso Personale SSR, Flusso Personale Convenzionato, Flusso Beni sanitari e non sanitari) rispetto al Flusso CRIL,

Si riporta di seguito la *flow-chart* di processo relativa alle attività necessarie alla produzione e controllo del **Tracciato 2**, come sopra descritte.

Produzione e controllo Tracciato 2 - Anagrafica punti fisici



4  
TRASMISSIONE  
TRACCIATO  
2

### Tracciato 3: Raccordo CRIL HSP12 FlussoA Flusso DSAO

Il tracciato rileva le informazioni riferite alle discipline che erogano prestazioni di ricovero, ordinario e diurno, e/o prestazioni in regime di *day service*, attive e non attive, alla data di rilevazione, (si rimanda al disciplinare tecnico per il dettaglio dei contenuti dei singoli campi previsti e del formato corretto del *file* da produrre ed inviare).

Entro il giorno 10 del mese successivo al trimestre di riferimento, il Referente SIS estrapola dal gestionale in uso le informazioni necessarie alla generazione della tabella di raccordo tra il Piano CRIL, il modello ministeriale HSP12 e i flussi informativi A e DSAO e ai fini della produzione corretta del tracciato, effettua i seguenti controlli:

Obiettivo del controllo	Descrizione	Responsabile
Controllo completezza campi	È necessario verificare che all'interno di ogni singolo tracciato siano presenti le informazioni previste	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo della data di validità delle informazioni contenute nel tracciato	È necessario verificare che le informazioni riportino correttamente il periodo di validità (valido da - valido a)	Sistema informativo e statistico (SIS)
Controllo logico - formale	È necessario verificare la correttezza dei <i>digit</i> dei campi rispetto a quanto previsto dal disciplinare	Sistema informativo e statistico (SIS)

A seguito dei controlli effettuati, in caso di incoerenze e/o incompletezza dei dati, il Responsabile SIS effettua le dovute correzioni al tracciato tramite lo strumento informatico di supporto.

Una volta effettuate le correzioni e/o integrazioni, il Responsabile SIS contestualmente effettua una nuova verifica del tracciato secondo i controlli sopra descritti e, laddove non siano presenti anomalie, procede a generare, il tracciato definitivo nel formato previsto per la trasmissione.

Contestualmente alla produzione del tracciato in versione definitiva, il Responsabile SIS trasmette lo stesso, tramite e-mail, al referente del Controllo di Gestione.

Si riporta di seguito la *flow-chart* di processo relativa alle attività necessarie alla produzione e controllo del **Tracciato 3**, come sopra descritte.

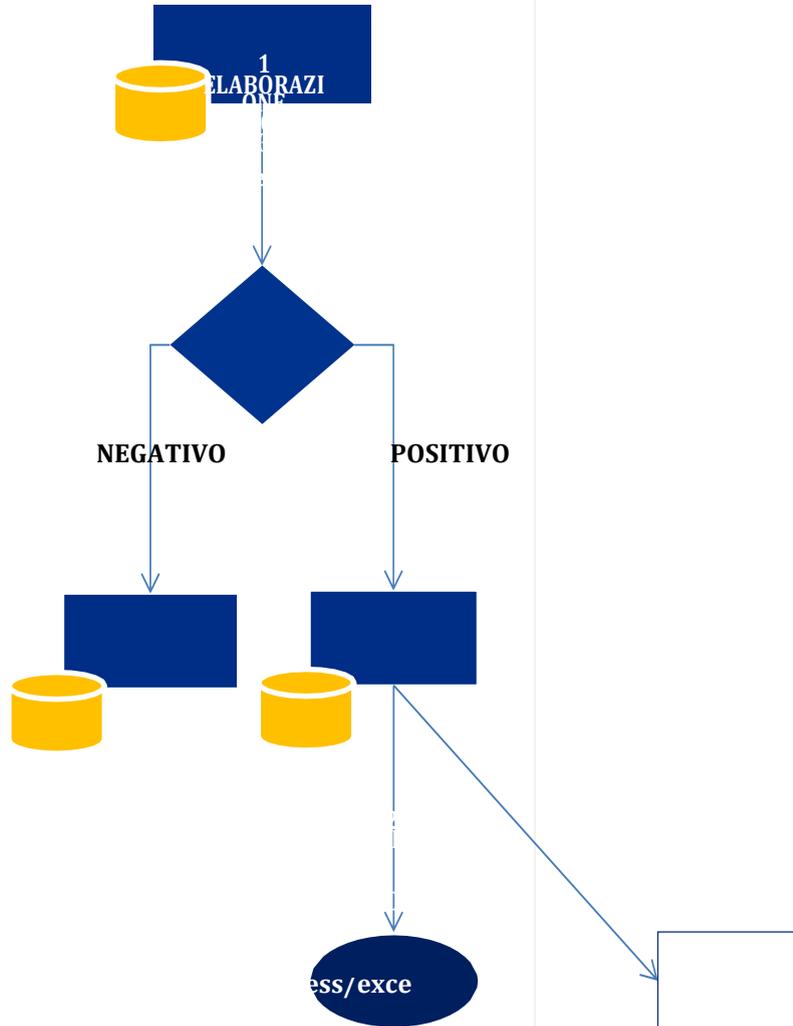
# Produzione e controllo Tracciato 3 – Raccordo CRIL\_HSP12\_Flusso A\_Flusso DSAO

DESCRIZIONE ATTIVITA'	UO SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO (SIS)	UO CONTROLLO DI GESTIONE
-----------------------	---	--------------------------

1) Entro il giorno 20 del mese successivo al trimestre di riferimento, il Referente SIS estrapola dal gestionale in uso le informazioni necessarie alla generazione della tabella di raccordo tra il Piano CRIL, il modello ministeriale HSP12 e i flussi informativi A e DSAO e ai fini della produzione corretta del tracciato, effettua i relativi controlli.

2.A) A seguito dei controlli effettuati, in caso di incoerenze e/o incompletezza dei dati, il Responsabile SIS effettua le dovute correzioni al tracciato tramite lo strumento informatico di supporto (DB\_Access).

2.B) Una volta effettuate le correzioni e/o integrazioni, il Responsabile SIS contestualmente effettua una nuova verifica del tracciato secondo i controlli sopra descritti e, laddove non siano presenti anomalie, procede a generare, il tracciato definitivo nel formato previsto per la trasmissione.



3  
TRASMISSIONE  
TRACCIATO

3

**3) Contestualmente alla produzione del tracciato in versione definitiva, il Responsabile SIS trasmette lo stesso, tramite e-mail, al referente del Controllo di Gestione**

## APPLICAZIONE E MESSA A REGIME DEL MODELLO DI CONTROLLO DI GESTIONE REGIONALE

Le linee guida di Controllo di Gestione regionale definiscono la metodologia e le regole comuni per la rilevazione e la rendicontazione di prestazioni, risorse, ricavi e costi, atte a consentire, ad ogni livello di governo del SSR la definizione degli obiettivi da conseguire e la valutazione della *Performance* realizzata per ciascun livello, anche per il tramite del confronto dei parametri produttivi e gestionali realizzati da ciascun attore ai tre livelli del sistema.

Il modello di Controllo di Gestione delineato, infatti, prevede applicazioni coerenti e omogenee a livello:

- ❑ **regionale:** l'adozione di logiche coerenti con le logiche definite a livello nazionale in ambito SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria) è fondamentale per la programmazione regionale e per il confronto con la *Performance* di altre regioni;
- ❑ **aziendale:** il modello deve consentire di definire obiettivi coerenti con la programmazione regionale e valutare le *Performance* conseguite dall'azienda con riferimento al bilanciamento tra domanda (appropriata) e offerta (efficiente);
- ❑ **intra-aziendale:** il modello è strumento di programmazione e controllo a livello di Unità Operativa/Distretto, nonché strumento di stimolo al miglioramento continuo attraverso il *benchmark* tra diverse UO all'interno di una stessa azienda o tra UO omogenee appartenenti ad aziende diverse.

L'alimentazione, la rendicontazione e il confronto sono effettuati sulla base della disponibilità di dati raccolti secondo tracciati *standard*, codificati in modo uniforme e analizzati attraverso metriche comuni.

L'implementazione del Modello di Controllo di Gestione regionale, pertanto, richiede:

- ❑ **l'applicazione coerente della metodologia in tutte le aziende** - La metodologia costituisce il riferimento da utilizzare per una realizzazione *ex novo* del modello di controllo presso ciascuna azienda, nel caso in cui ne sia necessaria l'implementazione e l'avvio a regime, o per la sua revisione/aggiornamento, nel caso in cui lo stesso sia già esistente;
- ❑ la produzione sistematica dei dati al livello aziendale, in coerenza sia con i "modelli dati" definiti a livello nazionale (NSIS, Conto annuale, art. 50, etc.), sia con gli specifici "modelli dati" definiti a livello regionale (Pilastrini, contestualizzazioni dei modelli dati nazionali alle esigenze regionali, etc).

Le principali caratteristiche della metodologia regionale di controllo di gestione, con riferimento:

- ☒ all'approccio complessivo al controllo di gestione, nelle dimensioni di analisi sia del fabbisogno espresso di **assistenza** (lato domanda di prestazioni), sia della rete di assistenza regionale (lato offerta di servizi);
- ☒ alla definizione delle **anagrafiche del modello**, tra cui principalmente:
  - il Piano dei Centri di Rilevazione di interesse regionale (d'ora in avanti "**Piano dei CRIL**"), che consente la rispondenza alle esigenze di specificità a livello locale e, allo stesso tempo, il grado di omogeneità necessario per il confronto tra le Aziende sanitarie del SSR;
  - il Piano dei Conti di Co.An. (d'ora in avanti "**Piano di Co.An.**"), che è coerente con il grado di analiticità dei dati disponibili e che permette l'utilizzo di adeguati parametri gestionali;
- ☒ all'individuazione dei flussi di alimentazione del sistema e delle modalità di controllo dei dati;
- ☒ alle logiche di alimentazione e funzionamento del modello;
- ☒ al sistema di rendicontazione (*reporting*) costituito da un *set* di strumenti *standardizzati* di rappresentazione dei fenomeni gestionali "per destinazione" omogeneo su base regionale e organizzato con una logica modulare al fine di consentire una progressiva disaggregazione delle informazioni.

Il Modello di Controllo di Gestione regionale:

- ☒ si articola su tre dimensioni fondamentali: prestazioni, risorse e strutture;
- ☒ si caratterizza per una doppia prospettiva in riferimento alla domanda e all'offerta.

In funzione dell'integrazione degli elementi fondanti del modello di controllo di gestione regionale (strutture, prestazioni, risorse) sono impostate:

- ☒ la *standardizzazione* del linguaggio e dei termini;
- ☒ la schematizzazione e la definizione dei flussi alimentanti e delle loro caratteristiche;
- ☒ le relazioni per legare le misure (che verranno rappresentate a partire dai dati elementari che le determinano) al piano delle destinazioni *standard*.

La metodologia di controllo di gestione regionale prevede una duplice prospettiva di rappresentazione dei fenomeni aziendali che distingue tra la prospettiva di sistema finalizzata al

monitoraggio delle prestazioni ovunque erogate agli assistiti (*governo della domanda*) e la prospettiva finalizzata al monitoraggio dell'efficienza produttiva della rete di offerta (*governo dell'offerta*).

La **vista per offerta** consente di guardare ai fenomeni dalla prospettiva delle strutture che hanno erogato prestazioni sanitarie nel territorio regionale: in questa prospettiva, presente sia per le A.S.P. che per le AO, il Modello di Controllo di Gestione regionale deve consentire il monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate e delle risorse disponibili utilizzate a fronte di tali erogazioni. È attraverso questa vista che si approfondiscono le tematiche di efficienza e produttività della rete di offerta. Il monitoraggio effettuato per destinazione individua "unità aziendali elementari omogenee" (nel modello genericamente denominati come "strutture", quali per esempio presidi, ambulatori, unità operative, distretti etc.) cui attribuire le prestazioni erogate e le risorse assorbite per l'erogazione delle stesse. La struttura progressivamente più dettagliata delle destinazioni consente di disaggregare la *Performance* del SSR e di ciascuna azienda per consentire sia l'omogeneità dei confronti tra le Aziende sia la rispondenza alle esigenze di specificità locali.

La **vista per domanda** consente di guardare ai fenomeni dalla prospettiva dell'assistito cui sono (ovunque) erogate le prestazioni. Secondo questa prospettiva, presente solo nelle ASP, si monitora la capacità di garantire i LEA nell'ambito del finanziamento ricevuto (quota capitaria).

In questa prospettiva quindi gli assistiti sono classificati per aree omogenee di provenienza e con dettaglio progressivamente crescente: per A.S.P. di residenza, per distretto di appartenenza, fino, a tendere, per MMG.

Per le A.S.P. quindi, il modello prevede dal punto di vista dell'offerta, la rilevazione:

- ☒ delle prestazioni (e dei conseguenti ricavi) erogate ai propri assistiti e in mobilità attiva dalle strutture direttamente gestite;
- ☒ dell'utilizzo (e dei conseguenti costi) dei fattori produttivi per la produzione delle prestazioni stesse;

dal punto di vista della domanda, la rilevazione:

- ☒ delle prestazioni ovunque ricevute dai propri assistiti, e dei relativi costi generati.

L'A.S.P. di Trapani attualmente ha messo a regime il modello di Controllo di Gestione regionale utilizzando gli strumenti *MS Office* per, in particolare, la realizzazione della reportistica prevista. A partire dal 2018 per la reportistica del Controllo di Gestione regionale si utilizza anche un "Cruscotto Direzionale" COGNOS della IBM.

## **10. ADOZIONE DELLE LINEE GUIDA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA METODOLOGIA REGIONALE SUL CONTROLLO DI GESTIONE E SULLA CONTABILITÀ ANALITICA**

Il DDG 835 del 23/05/2014 istituisce le Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione e di Contabilità Analitica. L'art. 2 del citato decreto statuisce che: "*È fatto obbligo alle aziende di recepire il presente provvedimento e le linee guida in allegato che ne costituiscono parte integrante, con provvedimento formale da trasmettere entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto all'Assessorato regionale della salute, Dipartimento pianificazione strategica, Servizio 5 economico-finanziario*".

L'art. 4 dello stesso decreto prevede la produzione di una reportistica che renda esplicita la metodologia regionale per il controllo di gestione.

Le linee guida di Controllo di Gestione regionale definiscono la metodologia e le regole comuni per la rilevazione e la rendicontazione di prestazioni, risorse, ricavi e costi, atte a consentire, ad ogni livello di governo del Servizio Sanitario Regionale la definizione degli obiettivi da conseguire e la valutazione della *Performance* realizzata per ciascun livello, anche per il tramite del confronto dei parametri produttivi e gestionali realizzati da ciascun attore del sistema.

Con la Delibera del Direttore Generale n.3192 del 16/07/2014 "Preso d'atto del Decreto Assessoriale n. 835 del 23/05/2014 ed adozione Linee Guida per l'implementazione della metodologia Regionale uniforme di Controllo di Gestione, viene sancita la presa in carico della metodologia regionale sulle tematiche descritte da parte dell'A.S.P. di Trapani.

## **11. PROCEDURE DI RACCORDO TRA LA CONTABILITÀ ANALITICA E LA CONTABILITÀ GENERALE**

Il sistema di contabilità analitica ha come finalità specifica la produzione di informazioni sui costi e ricavi delle Unità Organizzative dell'Azienda, che rappresentano lo strumento di supporto alle decisioni direzionali sia con finalità di controllo che come base per scelte di programmazione. Come citato in premessa, la contabilità analitica è costituita dall'insieme delle determinazioni economico - quantitative che consentono di individuare il costo delle variabili aziendali di tipo interno e, per quanto riguarda espressamente l'azienda sanitaria, si concentra sull'analisi dei

costi imputati ai diversi centri di responsabilità.

La contabilità analitica permette pertanto di sviluppare un sistema informativo di controllo interno in grado di accedere ad una pluralità di analisi e controlli da parte della Direzione Aziendale per finalità diverse, come ad esempio:

- ☒ l'efficienza economica dei centri di responsabilità;
- ☒ l'impatto che tali analisi comportano sulle condizioni di efficienza aziendale;
- ☒ la conoscenza sulla quantità di risorse assorbite dalle attività realizzate nell'azienda, in modo da poter anche realizzare delle comparazioni basate sul confronto del dato di costo riferito a diversi periodi di tempo o un dato di costo medio dell'azienda.

Tra i diversi sistemi di rilevazione adottabili dalle Aziende Sanitarie sulla base delle risultanze della contabilità analitica citiamo:

- ☒ **Modello a costi diretti puro:** Ai centri di responsabilità vengono allocati i soli costi variabili direttamente impiegati;
- ☒ **Modello a costo pieno:** L'attribuzione ai centri di responsabilità di tutti i costi, anche quelli generali.

L'Azienda tende ad utilizzare attualmente, soprattutto per valutazioni in termini di efficienza, sistemi intermedi che privilegiano il focus sull'effettiva possibilità di gestione e di controllo delle risorse assorbite (costi variabili *in primis*, ma anche alcuni costi fissi quali il personale).

Quanto sopra nell'ottica di privilegiare strumenti di analisi i quali, oltre che maggiormente fruibili, consentano di valutare l'effettiva incidenza delle azioni ed i risultati in termini di economicità di chi è chiamato a svolgere ruoli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.

Per tali motivazioni il sistema di contabilità analitica diventa funzionale non solo limitatamente all'analisi dei costi dei settori aziendali, ma più orientato a supportare i processi di programmazione e controllo strategico.

Tali presupposti comportano:

1. maggiore attenzione ai concetti complessivi di "qualità" e di gestione strategica;
2. maggiore attenzione per i processi e le attività nella determinazione dei costi e nella pianificazione;
3. maggiore attenzione per parametri ulteriori rispetto a quelli economico-finanziari.

In questo quadro il sistema di contabilità analitica, basato sull'imputazione dei costi per centri di costo ha contribuito a:

1. effettuare analisi per le scelte organizzative adottate in sede di processo di revisione della rete ospedaliera aziendale;
2. garantire i processi decisionali dei diversi livelli di responsabilità aziendale;
3. permettere la redazione dei conti economici per centri di costo, per centri di responsabilità, per presidi ospedalieri e per l'A.S.P. così come previsto dal D.D.G. 835 del 23/05/2014.
4. implementare la predisposizione ed il monitoraggio di indicatori gestionali.

Sul sistema di contabilità analitica, al fine di garantirne la sua affidabilità viene operato un:

**CONTROLLO FORMALE:** per verificare la corretta e coerente struttura del flusso dati rispetto ai piani dei conti e centri di costo aziendali;

**CONTROLLO DI QUALITÀ:** per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità generale.

## **SITUAZIONE ATTUALE**

Il piano dei fattori produttivi o piano dei conti di contabilità analitica dell'A.S.P. di Trapani, all'interno del sistema amministrativo contabile AREAS di *Engineering*, è allineato al Piano dei Conti di contabilità generale aziendale che, a sua volta, è coerente con il Piano dei conti di contabilità generale regionale. Sempre in AREAS, in maniera automatica, il Piano dei fattori produttivi è transcodificato con quello previsto dal D.D.G. 835 del 23/05/2014 s.m.i. La contabilità analitica dell'ASP di Trapani è alimentata dalle scritture di prima nota in contabilità generale, dalle movimentazioni di magazzino, dalla contabilità cespiti, dalla contabilità del personale.

Tali movimentazioni vengono associate ad un centro di costo che di default è il CdC (Centro di

Costo) A.S.P. Trapani; Pertanto, tutte le movimentazioni contabili derivanti dai sottosistemi aziendali vengono associati ai relativi CdC sostituendo il CdC di *default* per alcune operazioni contabili manualmente, per altre in modo automatico secondo l'associazione effettuata nei sottosistemi contabili.

La contabilità analitica, come già ricordato, ha un proprio piano dei conti che è stato creato in maniera speculare al piano dei conti di contabilità generale ed è transcodificato con il Piano dei Conti di Contabilità Analitica del D.D.G. 835 del 23/05/2014 s.m.i. Per ogni conto elementare vi sono i conti comuni che alimentano entrambe le contabilità (Analitica e Generale); i conti civili che creano due scritture una per la contabilità generale ed una per la contabilità analitica ed i conti gestionali per la sola contabilità analitica che provengono dai sottosistemi contabili e da essi generati (es.: Magazzini, cespiti, personale).

Il sistema AREAS permette, grazie ad alcune funzionalità, la possibilità di controllare periodicamente, per conto elementare, la quadratura delle due contabilità generale ed analitica. Il sistema consente inoltre anche un controllo di tutti i movimenti contabili imputati al centro di costo di "Default" generico aziendale A.S.P. Trapani con l'indicazione dell'utente che ha effettuato la registrazione permettendo quindi una celere individuazione dell'anomalia.

Inoltre vi è la possibilità di creare dei riclassificatori in base alle esigenze ed alle necessità dell'operatore e secondo le richieste di soggetti esterni. Ad esempio per il *report* del modello CP (Costi di Presidio) sono state create, dalla contabilità analitica, delle tabelle generiche distinte per conto e per centri di costo dei PPOO e così il sistema produce un *report* per presidio ospedaliero distinto per conto.

Attualmente i modelli obbligatori per legge quali ad esempio il modello LA ed il modello CP vengono generati estraendo direttamente dal sistema AREAS in maniera automatica la quasi totalità delle informazioni necessarie. A tal proposito sarà necessario adeguare il sistema informativo alla nuova combinazione di dati richiesti per la compilazione dei nuovi modelli CP e LA decretati alla fine del 2018 dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che entreranno in vigore con l'esercizio 2019.

Il controllo delle quadrature e del CdC generico è effettuato dal titolare di posizione organizzativa giornalmente procedendo alla comunicazione dell'anomalia agli utenti interessati per l'eventuale modifica o operando direttamente nel sistema di contabilità generale ed analitica per sanare l'eventuale anomalia quando la documentazione permette di individuare il giusto CdC.

L'imputazione ai CdC per il personale dipendente avviene, a partire dall'anno 2014, in maniera automatica importando dalla procedura stipendi i dati e i CdC associati ai singoli dipendenti. Tale automatismo dal 2015 è stato effettuato anche per il personale convenzionato come guardia medica e medicina dei servizi, tranne che per i Medici di Medicina Generale (MMG) e per i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L'attuale sistema informatico utilizzato per la gestione della COAN consente di effettuare controlli all'atto dell'importazione dei dati in contabilità analitica. Di conseguenza è possibile provvedere all'inserimento di fattori produttivi qualora venissero istituiti nuovi conti di bilancio.

Le Attività quotidiane effettuate dall'ufficio preposto alla COAN sono:

- ☒ costante e periodico controllo e monitoraggio delle scritture di prima nota in COGE imputate al centro di costo generico di default A.S.P. TRAPANI;
- ☒ individuazione degli operatori che hanno effettuato registrazioni contabili in COGE e che erroneamente hanno utilizzato un CdC non pertinente e successivo contatto telefonico o tramite *email* per la conseguente correzione;
- ☒ trasmissione agli operatori di tutte le scritture in prima nota COGE che hanno generato un'anomalia di CdC e conseguente correzione;
- ☒ controllo costante e periodico delle risultanze COGE con i movimenti gestionali COAN per una quadratura delle scritture;
- ☒ individuazione delle squadrature per conto e successiva comunicazione delle anomalie alla ditta gestore del *software* per la successiva correzione se si tratta di errori non modificabili, ed eventualmente agli operatori interessati se trattasi di errori dovuti ad una anomala gestione delle scritture contabili relativi a CdC effettuando ove è possibile la correzione;
- ☒ controlli effettuati con supporto di riclassificatori appositamente creati in AREAS al fine di avere una più agevole e celere visione delle possibili anomalie.

Come già accennato la contabilità generale e la contabilità analitica costituiscono due distinti sottosistemi del più articolato e complesso sistema informativo a supporto del processo di programmazione e controllo. La contabilità generale si riferisce per definizione all'azienda nel suo complesso, e si esprime attraverso idonee aggregazioni di costi e ricavi secondo la loro natura, mentre la contabilità analitica, ed in particolare la contabilità per centri di costo, analizza come i

costi e i ricavi si distribuiscono nelle diverse articolazioni operative aziendali, attraverso una riclassificazione degli stessi non solo in relazione alla loro natura ma anche in relazione alla loro destinazione. Il concetto di riconciliazione tra le due contabilità fonda le sue basi anche dal "Progetto ex art. 79" attivato, dalla Regione Siciliana per introdurre nelle Aziende del SSR, in modo graduale, un modello di controllo di gestione uniforme. Fin dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015 sono stati individuati degli obiettivi da conseguire in ogni Azienda nell'arco di un triennio quali:

1. L'adozione del Piano Regionale dei Centri di Rilevazione (PIANO CRIL) da implementare per la omogeneizzazione delle codifiche dei centri di costo aziendali;
2. L'adozione del Piano dei Conti di Contabilità Analitica che espliciti i conti di natura gestionale funzionali alla rilevazione dei ricavi e dei costi dei fattori produttivi con modalità che rendano agevole sia l'analisi dei dati che l'aggregazione nel modello LA.

Entrambi i punti sono stati realizzati dall'ASP di Trapani.

Inoltre l'Azienda, nel corso del 2018 si è dotata di un "Cruscotto Direzionale" COGNOS di IBM in grado di supportare pienamente l'implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione. Attraverso AREAS è possibile la presa in carico delle tabelle di riconciliazione tra CO.AN. e CO.GE. pubblicate sul D.D.G. 835 del 23/05/2014.

Il progetto Regionale ex art. 79 è stato rinnovato per un ulteriore triennio dall'Assessorato della Salute con la seguente denominazione: "Servizi di consulenza direzionale per il supporto all'Assessorato Salute della Regione Siciliana nelle attività connesse al mantenimento, alla gestione ed all'evoluzione del modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale ed al consolidamento delle attività e dei processi per il controllo di gestione".

Con il Decreto Assessoriale n. 63 del 13/01/2017 sono stati emanati 4 nuovi flussi informativi integrativi del Modello di Controllo di Gestione Regionale. Tra questi flussi è stato decretato il COA che permette la rilevazione e l'invio dei dati di contabilità analitica. Tramite il flusso COA per l'Assessorato sarà possibile comprendere le dinamiche di costo/ricavo nelle singole unità operative delle aziende sanitarie della Regione. Entro la fine del 2019 l'ASP di Trapani si è dotata di un Regolamento di Contabilità Analitica e Controllo di Gestione nel quale si riscontrano tutte le informazioni sull'argomento.

#### VERIFICA RACCORDO CONTABILITÀ ANALITICA E CONTABILITÀ GENERALE

Per una verifica della corretta esecuzione della procedura descritta il titolare di posizione organizzativa sulla Contabilità Analitica deve necessariamente riscontrare le seguenti attività:

1. Produzione mensile del Report "Controllo Quadratura" del SW AREAS;
2. Verifica delle squadrature sui conti di costo;
3. Riscontro Anomalie di registrazione utilizzando specifici riclassificatori creati in AREAS;
4. Comunicazione delle Anomalie alla ditta che gestisce il *software* per la successiva correzione se trattasi di errori determinati dall'applicativo, altrimenti vengono contattati gli operatori interessati se gli errori sono dovuti ad una anomala gestione delle scritture contabili.

### **III. PROCEDURA DI RACCOLTA E CONDIVISIONE DEI RILIEVI/SEGNALAZIONI DELLA REGIONE, DEL COLLEGIO SINDACALE E DEL SERVIZIO DI INTERNAL AUDIT**

L'attività aziendale è sottoposta a continui controlli da parte della Regione (Controlli Esterni) e da parte del Collegio Sindacale (Controlli Interni).

Il controllo da parte della **Regione** mira a valutare se l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dell'Azienda avviene in modo corretto ed efficace in relazione:

- ✓ ai livelli di assistenza erogati, da un punto di vista qualitativo;
- ✓ all'appropriatezza delle prestazioni rese;
- ✓ al perseguimento degli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale e/o aziendale;
- ✓ al rispetto dei vincoli di bilancio nonché dei processi per la certificabilità del bilancio stesso.

Il controllo da parte del **Collegio Sindacale** mira a verificare:

- ✓ il rispetto delle norme di legge nello svolgimento dell'attività aziendale;

- ✓ la regolarità della gestione dal punto di vista contabile e finanziario.

Entrambe le attività di controllo possono concludersi con:

- ✓ **Rilievi:** osservazioni su comportamenti aziendali illegittimi e/o comunque non adeguati alla salvaguardia degli interessi della Pubblica Amministrazione. In questi casi l'Azienda dovrà dare riscontro uniformandosi a quanto indicato e rimuovendo le criticità procedurali evidenziate;
- ✓ **Segnalazioni:** suggerimenti riguardanti, principalmente, i processi organizzativi aziendali e miranti ad una loro maggiore efficienza ed efficacia. In questo caso l'Azienda avrà l'obbligo di verificare l'applicabilità di quanto segnalato e, in caso positivo, uniformarsi ad esso.

## 1. SCOPO DELLA PROCEDURA

Scopo della presente procedura è definire le modalità di

- raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di *Internal Audit*, in merito ad:

- ✓ amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- ✓ vigilanza sull'osservanza della legge;
- ✓ regolare tenuta della contabilità;

nonché

- di monitoraggio delle azioni poste in essere per superare/recepire i rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e – ove presente – del Revisore Esterno.

-

## 2. RACCOLTA E CONDIVISIONE DEI RILIEVI/SEGNALAZIONI

Le modalità di raccolta e condivisione dei rilievi/segnalazioni variano in relazione all'organo di controllo interessato, nello specifico:

- ✓ **rilievi/segnalazioni della Regione:** in questo caso i rilievi/segnalazioni vengono acquisiti al protocollo generale dell'Azienda e trasmessi alla Direzione Generale che – individuata l'unità operativa competente – procede a trasmetterli in indicando il termine ultimo per il relativo riscontro.
- ✓ **rilievi/segnalazioni del Collegio Sindacale:** in questo caso i rilievi/segnalazioni risultanti dai verbali di seduta di tale organo, vengono trasmessi – tramite la propria segreteria – alla Direzione Generale la quale, individuate le aree gestionali coinvolte, procede a inviargli stralcio del verbale indicando il termine ultimo per il relativo riscontro.

## 3. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il **Dirigente Responsabile del procedimento**, una volta ricevuta la comunicazione, provvede:

- ✓ **per i rilievi**, ad adottare tutte le azioni ed i provvedimenti necessari per rimuovere le irregolarità evidenziate ed elaborare una risposta con la quale: ☐ in caso di rimozione della irregolarità: descrivere le azioni intraprese; ☐ in caso di impossibilità immediata di rimozione delle criticità: fornire un crono programma per il superamento delle stesse, individuando eventuali fattori ostativi e le possibili risoluzioni;
- ✓ **per le segnalazioni**, a verificare l'applicabilità delle stesse ed elaborare una risposta con la quale: ☐ in caso di immediata attuabilità: descrivere le azioni svolte; ☐ in caso di attuabilità differita: fornire un crono programma indicante le azioni previste per l'adeguamento alle segnalazioni fornite, i fattori ostativi e le possibili soluzioni; ☐ in caso di inattuabilità: indicare i

motivi ostativi la realizzazione delle segnalazioni.

#### 4. TEMPESTIVITÀ DEI RISCONTRI

Il riscontro – elaborato nei termini superiormente indicati dal Responsabile del Procedimento – dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica, al fine di consentire alla stessa di condividerne il contenuto, **entro e non oltre giorni 15** dal ricevimento della relativa richiesta, ovvero per i rilievi/segnalazioni della Regione entro il termine indicato da quest'ultima.

#### 5. TRASMISSIONE DEI RISCONTRI

La **Trasmissione dei Riscontri** all'Organo di controllo interessato avviene:

- ✓ per rilievi/segnalazioni della Regione: a mezzo posta elettronica, seguita da spedizione del documento cartaceo in originale protocollato in uscita;
- ✓ per rilievi/segnalazioni del Collegio Sindacale: mediante documento cartaceo opportunamente protocollato in uscita.

#### 6. MONITORAGGIO DEI RISCONTRI

Il puntuale **MONITORAGGIO DEI RISCONTRI** agli Organi di controllo sarà effettuato con cadenza quindicinale; sarà di competenza della Direzione Amministrativa e avverrà attraverso l'utilizzo di uno scadenziario – distinto per Organo di controllo – così composto:

Richiesta Organo di Controllo	Data Richiesta	Data Ricezione al Protocollo	Termine ultimo per riscontro alla richiesta	Responsabile del Procedimento chiamato a rispondere	Data trasmissione al Responsabile del Procedimento	Termine per riscontro da parte del Responsabile del Procedimento	Data di riscontro da parte del Responsabile del Procedimento	Evasa	Evasa parziale	Inevasa
-------------------------------	----------------	------------------------------	---	---	--	--	--	-------	----------------	---------

In caso di mancato riscontro entro in termini da parte del Responsabile del Procedimento, la Segreteria della Direzione Amministrativa provvederà ad inviare tempestivi solleciti e – esistendone i presupposti – la Direzione Aziendale provvederà ad adottare i provvedimenti conseguenti, potendo tenerne conto anche in sede di valutazione, ferma restando ogni ulteriore responsabilità che potrà conseguire alla mancata rimozione delle irregolarità evidenziate dall'Organo di Controllo.

## 7. RUOLI E RESPONSABILITÀ

U.O.C. Direzione Strategica	Provvede ad acquisire i rilievi/segnalazioni della Regione e del Collegio Sindacale, a trasmetterli alle unità operative competenti e ad inoltrare i relativi riscontri
Responsabile del Procedimento della U.O. competente in relazione ai rilievi/segnalazioni sollevate	Provvede ad elaborare il riscontro a rilievi e segnalazioni ed a trasmetterlo alla Direzione Strategica

## IV. SISTEMI INFORMATIVI PER LA GESTIONE OTTIMALE DEI DATI CONTABILI E DI FORMAZIONE DELLE VOCI DI BILANCIO

### 1. MAPPATURA DEGLI APPLICATIVI IT IN USO

La ASP di Trapani ha informatizzato la propria area amministrativo contabile con un ERP (*Enterprise Resource Planning*) che supporta l'azione amministrativa delle singole aree attraverso l'integrazione di tutte le diverse procedure di gestione.

La nativa condivisione di dati e la comunione di regole e vincoli di consistenza, consentono ad ogni singolo processo di poter operare sull'intero dominio informativo aziendale, potenziando così il suo potenziale inferenziale e la possibilità di supporto agli utenti

Riguardo all'azione A3.1 è stata elaborata una mappatura degli applicativi divisa per aree:

#### Area Economico Finanziaria e Patrimoniale

Quest'area risulta in atto completamente coperta per quanto concerne tutte le attività fondamentali (Contabilità Generale, Analitica, Gestione del Patrimonio, Gestione Magazzini farmaceutici, Gestione Casse, Gestione magazzini di reparto, Fatturazione attiva e passiva); è attualmente in corso l'interfacciamento - via *web services* - con il Portale della Certificazione dei Crediti del MEF.

#### Area Risorse Umane

Anche per questa Area è stata realizzata una completa copertura informativa; le principali procedure riguardano la gestione economica e giuridica del personale, la gestione dei fondi, la rilevazione delle presenze/assenze, il portale del personale.

#### Area Provveditorato

In questa Area si possono annoverare la Gestione Ordini, Gestione Magazzini economici, Gestione Casse economiche, Gestione Gare.

#### Area Farmaceutica

In questa Area si possono annoverare la Gestione Ordini da reparto, Gestione Magazzini farmaceutici, Distribuzione diretta dei farmaci, Controllo e gestione DPC (distribuzione per conto).

Si riporta un elenco più dettagliato dei *software* utilizzati e delle aree informatizzate.

ASP 9 di Trapani			
Area Applicativa	Processo	SW	Fornitore
	Anagrafiche assistiti	N.A.R.	SICILIA E SERVIZI
	Esenzioni reddito/patologia	N.A.R.	SICILIA E SERVIZI

<b>Area Paziente/Medico</b>	<b>Esenzioni On Line</b>	Esenzioni	OloMedia
	<b>Scelta MMG</b>	MMG	OloMedia
	<b>Gestione scelta e revoca MMG/PLS</b>	N.A.R.	SICILIA E SERVIZI
<b>Area Accesso</b>	<b>CUP</b>	OLOCUP	OLOMEDIA
	<b>- Prenotazioni LP/Solventi</b>	OLOCUP	OLOMEDIA
	<b>- Gestione liste di attesa</b>	OLOCUP	SICILIA E SERVIZI
	<b>- Accettazione Pronto Soccorso</b>	FIRSTAID	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>- Triage</b>	FIRSTAID	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>- Gestione OBI</b>	FIRSTAID	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>RAD Esito</b>	FIRSTAID	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>Accettazione dimissione e Trasferimento</b>	ADT	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>- Gestione Posti letto (verificare integrazione con PS)</b>	ARIANNA	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
<b>Emergenza Urgenza e 118</b>	Nessun applicativo		
	<b>Calcolo DRG</b>	ADT	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
	<b>- Valorizzazione DRG</b>	ADT	SICILIA SISTEMI TECNOLOGIE
<b>Area Ospedaliera</b>	<b>Sistema Gestione Blocco Operatorio</b>	TNT WEB 2 -	3M
	<b>Gestione Logistica Locale (Armadi di Reparto)</b>	AREAS	ENGINEERING
	<b>Sistema CEDAP</b>	OloCEDAP	OLOMEDIA
<b>Area Servizi - Ambulatorio</b>	<b>Laboratorio Analisi</b>	DNLAB	NOEMA LIFE
	<b>Anatomia Patologica</b>	WINDOPATH	NOEMA LIFE
	<b>Sistema Trasfusionale/ Ematologia</b>	EmoNet	INSIEL
	<b>Controllo Temperatura Frigoriferi</b>	Labguard	LABGUARD
	<b>Radiologia</b>	SUITESTENSA	Ebit
<b>Area Territorio</b>	<b>Screening</b>	Demetra	NOEMA LIFE
	<b>PUA/PTA (*)</b>	ARIANNA	Dedalus
	<b>Gestione informatizzata valutazione multidimensionale</b>	ARIANNA	Dedalus
	<b>Prestazioni residenziali e semiresidenziali</b>	FAR -RSA	OLOMEDIA
	<b>Salute Mentale</b>	SISM	OLOMEDIA
	<b>Dipendenze</b>	PROTEUS	PROTEUS
	<b>Prevenzione (igiene sanità pubblica e igienealimenti)</b>	GEVISAN	TESEO
	<b>Prestazioni di Prevenzione Veterinaria</b>	GEVISAN	TESEO
<b>Vaccinazioni</b>	ONVAC	ONIT GROUP	

	Gestione invalidi Civili	Portale INPS	INPS
	Hospice e Cure Palliative		
	A.D.I. Territoriale	ARIANNA	DEDALUS
	Gestione Consultori		
Area Farmaceutica	Distribuzione diretta	AREAS	ENGINEERING
	Controllo e gestione Farmaceutica DPC	AREAS	ENGINEERING
	Gestione farmaceutica territoriale		
	- Lettura e archiviazione ricette - Rendicontaz. DCR		
	Trattamento Giuridico	AREAS	ENGINEERING
	Rilevazione presenze	RIPRESA	ENGINEERING
	Trattamento Economico	AREAS	ENGINEERING
	Portale Cedolini	AREAS	ENGINEERING
Area Personale	Capitale Umano	Valutazione delle performance	Ing. SAITTA
	Anagrafica MMG/PLS	APMMG	SICILIA E SERVIZI
	Anagrafica Continuità Assistenziale	AREAS	ENGINEERING
	Anagrafica SUMAI	AREAS	ENGINEERING
	Trattamento economico MMG/PLS	APMMG	SICILIA E SERVIZI
	Trattamento economico Continuità Assistenziale	AREAS	ENGINEERING
	Trattamento economico SUMAI	AREAS	ENGINEERING
Area Amministrativa	Contabilità generale	AREAS	ENGINEERING
	Contabilità analitica	AREAS	ENGINEERING
	Budgeting, programmazione e controllo direzionale	ELMI	ELMI
	Approvvigionamenti (ordini)	AREAS	ENGINEERING
	Sistema gestione magazzino (carichi esarichi)	AREAS	ENGINEERING
	Gestione Fornitori	AREAS	ENGINEERING
	Patrimonio/ gestione cespiti	AREAS	ENGINEERING
	Protocollo e Delibere	EDOC	ELMI SOFTWARE
	Fatturazione attiva	AREAS	ENGINEERING
	Fatturazione Elettronica	AREAS	ENGINEERING
	Cassa economale	AREAS	ENGINEERING
	Gestione Gare	Alice Gare	EIdaSoft
Area Cartelle Cliniche	Cartella R.S.A.	OloHealth	OLOMEDIA
	U.F.A. Oncoematologia	DOSSIER	BIMIND
	Flusso M - Convenzionati Esterni	FLUSSOM	DELISA SUD
	Dietologia	HANDY	DS MEDICA
Altre Aree	Controllo Flussi e Statistiche	QUANI	BIM
	Formazione	EDUCA	IT CONSULTING
	SITO AZIENDALE	WEB	Progetti d'Impresa
	Parco Auto	TANGO	Systema Consulting <ROMA
	Percorso Delibere	Integrato nel Sito Az.	Progetti d'Impresa

## 2. PROGETTI DI SVILUPPO ANCHE ATTRAVERSO ATTIVAZIONE DI BANDI PER L'ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI CONNESSI ALLO SVILUPPO IT.

### Progetti di sviluppo

- 1) Saranno avviate delle attività di ricognizione delle attività gestite dagli *outsourcer* in ambito IT al fine di definire specifici controlli di monitoraggio da questi posti in essere.
- 2) Sarà svolta un'attività di ricognizione al fine di implementare/migliorare l'attuale set di controlli automatici in essere sugli applicativi.
- 3) Sarà svolta un'attività di *assessment* dei processi IT (gestione degli accessi logici e fisici ai dati, delle manutenzioni e degli sviluppi degli applicativi, gestione dell'integrità dei dati) con l'obiettivo di individuare prima e porre in essere degli specifici controlli mitigativi poi, per i rischi IT non presidiati o parzialmente presidiati

4) Nell'ambito dell'articolazione delle attività in processi e dell'attribuzione dei compiti e delle responsabilità al personale, sarà svolta una specifica attività di *assessment* volta alla definizione di attività incompatibili, a livello organizzativo ed informatico, con l'obiettivo di allineare i ruoli organizzativi con i profili utente applicativi e, ove ritenuto opportuno, per le attività incompatibili, specifici controlli di monitoraggio.

5) È già in atto un percorso di acquisizione di un sistema di controllo di gestione e di *budgeting* che integra i percorsi di contabilità analitica in uso all'azienda.

### 3. SISTEMA INFORMATIVO PER RILEVAZIONE, ELABORAZIONE E RAPPRESENTAZIONE DEI DATI CONTABILI.

Come specificato in premessa, in Azienda esiste ed è già in produzione un sistema informativo per la rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili, che risulta adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi e limiti all'operatività del singolo.

Il SI consente la raccolta di tutti i fatti aziendali rilevanti sotto il profilo contabile, al fine di consentire una gestione integrata della contabilità e di formare in maniera strutturata le voci di bilancio.

L'intero ciclo passivo è proiettato in un sistema di *workflow* accessibile ai diversi livelli funzionali che, sulla scorta dei documenti contabili, formano il procedimento ed il suo riflesso sul bilancio aziendale.

I fatti che vengono registrati sono, per sommi capi, i seguenti:

Fatto	Dati Contabili	Documento	Attore
Stipula del Contratto	Fornitore, Valore, durata, CIG, Tipologia(fornitura, somministrazione, locazione ...) scadenziario fatture, Centri di Costo destinatari, Articoli/servi zi,Autorizzazioni di Spesa	Contratto	RUP
Ordine	Data, articoli, quantità, Pianificazione,modalità, Trasmissione al NSO	Ordine	DEC
Fornitura	Magazzino, data, articoli, quantità, rif.ordine	Documento iTrasporto (DDT)	Operatore iMagazzino
Inventariazione	Articolo, Centro di Costo destinatario,Conto di Costo, valore, anni di bilancio	Richiesta iiinventariazione	DEC
Fatturazione	Rif. Ordine, Rif DDT, Rif NSO, CIG, Valore, IVA, scadenza, eventuale rifiuto,collegamento alle Note di Credito	Fattura	Uff. Registrazion eFatture
Liquidazione	Rif. Fattura, Fornitore, CIG, DURC, collaudi, Stati di avanzamento,	Liquidazione	DEC
Pagamento	Fattura, CIG, DURC, Liquidazione	Mandato	UOC Economic oFinanziario

Ogni fase del ciclo è accessibile attraverso un sistema autorizzativo, attraverso il quale è sempre possibile conoscere i fatti aziendali e gli attori che li hanno registrati o avallati.

Tutte le diverse fasi di *input* dei dati sono connotate da una rigorosa procedura guidata che, con l'ausilio di liste, *combo box*, campi Vero/Falso, controlli formali sulle date, codifiche di magazzini,

articoli, voci di bilancio, centri di costo e quant'altro, evitano la generazione e la propagazione di errori.

Il sistema genera, per ogni ciclo, un fascicolo di liquidazione, che contiene i dati contabili di tutti i cicli giunti al perfezionamento e al pagamento.