



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(nominato con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 come modificato, in ultimo,
con nota n. ASP/0247285/2022 del 15/12/2022)

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 31/12/2022

PARTE A - DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2022

PARTE B - RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE

La presente relazione è organizzata in due PARTI (A e B) e in paragrafi come indicato di seguito:

Sommario

PARTE A PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2022 aggiornato al 31/12/2022

1. Premessa.....	3
2. La struttura dell'Internal Audit	5
3. Il Manuale di Internal Audit.....	5
4. La Relazione del risk assessment	6
5. Il Piano triennale di Internal Audit 2022/2024 e Piano annuale di Internal Audit 2022	8
6. Le Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC.....	9
7. La Relazione intermedia e finale di internal audit.....	9
8. L'Archiviazione della documentazione	9

PARTE B RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2022 aggiornato al 31/12/2022

1. Premessa.....	11
2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit	11
3. Esito delle verifiche.....	11
4. Archiviazione documentazione.....	45
5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	45
6. Griglia di rilevazione.....	46

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 55252 del 17/12/2021 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n.56133 del 18/01/2022 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n.19635 del 11/04/2022 Assessorato della Salute
allegato A5	nota n.31382 del 21/06/2022 Assessorato della Salute
allegato A6	nota n.26540 del 26/05/2020 ASP PA
allegato A7	nota n.1419 del 26/06/2020 ASP PA
allegato A8	nota n.21472 del 04/03/2021 ASP PA
allegato A9	nota n.4620 del 12/01/2022 ASP PA
allegato A10	nota n.16775 del 31/01/2022 ASP PA
allegato A11	nota n. 28662 del 17/02/2022 ASP PA
allegato A12	nota n. 146394 del 29/07/2022 ASP PA
allegato A13	nota n. 176788 del 16.09.2022 ASP PA
allegato A14	nota n. 247285 del 15.12.2022 ASP PA

allegato B1	Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2022
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2022

Relazione Internal Audit al 31-12-2022



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2022 aggiornato al 31/12/2022

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, con nota n.11786 del 28/02/2020 (**allegato A1**) ha fornito le indicazioni per il monitoraggio delle verifiche di audit PAC e, successivamente, con nota n. 55252 del 17/12/2021 (**allegato A2**) ha comunicato che con D.A. n.1211 del 22 novembre 2021 sono stati rimodulati al 31.12.2022 i termini di consolidamento del PAC.

L'Assessorato, nell'anno 2022, ha inoltrato anche le seguenti note:

- ✓ Con nota n. 56133 del 20/12/2022 (**allegato A3**), ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^a semestre 2022 – Piano annuale Audit – anno 2023", ha richiesto l'inoltro dei seguenti documenti:
 - la griglia di Audit aggiornata al 31.12.2022;
 - il modello strutture PAC da auditare e auditate al 31.12.2022;
 - la relazione di accompagnamento attività di audit aggiornata al 31.12.2022;
 - l'elenco dei referenti PAC per funzione al 31.12.2022.

Inoltre, sempre con la sopracitata nota, l'Assessorato, identificando una scadenza successiva, ha richiesto:

- la Relazione di Risk assesment anno 2023;
 - il Piano Annuale di Audit anno 2023.
- ✓ Con nota n.19635 del 11/04/2022 (**allegato A4**) ha comunicato gli esiti del monitoraggio relativo alle verifiche di audit sulle procedure aziendali PAC al 31/12/2021;
 - ✓ Con nota n. 31382 del 21/06/2022 (**allegato A5**) ha comunicato la proroga al 15/07/2022 del termine per la trasmissione della relazione di audit sulle procedure aziendali PAC al 30/06/2022, e relativi allegati, nonché della seguente documentazione:
 - Griglia degli Audit aggiornata al 30/06/2022;
 - Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 30/06/2022;
 - Elenco referenti PAC per funzione al 30/06/2022;

Considerata la complessità organizzativa e l'estensione territoriale dell'ASP di Palermo, l'Azienda ha deciso di potenziare la funzione I.A., affiancando al Gruppo di Lavoro Internal Audit, un gruppo di professionisti esterni della Società KPMG Advisory S.p.A., per supportare la predetta funzione aziendale nello svolgimento delle relative attività. Ciò al fine di implementare le attività dell'Internal Audit, anche in vista del consolidamento del PAC previsto entro il 31/12/2022 come da D.A. n.1211 del 22 novembre 2021.

Com'è noto, a partire dal mese di febbraio 2020, la diffusione del virus COVID-19 (o Coronavirus) ha comportato l'adozione, anche nel nostro Paese, di importanti misure volte al contenimento del contagio. Di conseguenza, l'ASP di Palermo ha adottato tutte le precauzioni necessarie per la salvaguardia della salute del personale dipendente, con significativi riflessi sulle attività svolte dalla funzione I.A.

Ciò nonostante, nella definizione del programma delle attività, si è voluto intensificare l'impegno della funzione I.A., in termini di numero di verifiche di audit da svolgere nel 2022, al fine di garantire:

- a) un intervento di audit consistente in tutte le aree PAC, e non solo nelle aree PAC individuate come maggiormente critiche (area IMMOBILIZZAZIONI e RIMANENZE);
- b) la verifica di consistenti percentuali di strutture coinvolte, fermo restando la necessità di considerare l'incidenza, in termini economici, delle attività, e dei rischi ad esse connessi, realizzate da talune strutture organizzative rispetto a quelle realizzate da altre strutture in termini di raggiungimento degli obiettivi previsti.

In particolare, l'ASP di Palermo:

- ✓ Con deliberazione n.178 del 12/02/2020 e successive proroghe ha provveduto ad affidare il servizio di Internal Audit alla Ditta KPMG Advisory S.p.A., stante la necessità di dare piena implementazione alla funzione di internal audit con un supporto professionale rispondente a quanto esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute. La Ditta ha iniziato le attività in data 27/05/2020, dopo la fine del primo lock-down imposto dal Governo a causa della pandemia da COVID-19.
- ✓ con nota n.26540 del 26/05/2020 (**allegato A6**) ha nominato quale Responsabile aziendale P.A.C. la Dott.ssa Anna Mancuso;
- ✓ con nota n.1419 del 26/06/2020 (**allegato A7**) ha individuato il personale di supporto alla funzione di I.A. e al Responsabile P.A.C.;
- ✓ con nota n. 21472 del 04/03/2021 (**allegato A8**) ha trasmesso la comunicazione del nuovo Coordinatore del Gruppo di Lavoro per l'attività di Internal Audit;
- ✓ con nota n. 4620 del 12/01/2022 (**allegato A9**) ha trasmesso la comunicazione del nuovo Referente della funzione di Internal Audit;
- ✓ con nota n. 16775 del 31/01/2022 (**allegato A10**) l'Internal Audit ha trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute la seguente documentazione:
 - Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 31.12.2021;
 - Griglia degli audit aggiornati al 31.12.2021;
 - schema struttura da auditare e strutture verificate al 31.12.2021;
- ✓ con deliberazione n. 168 del 15/02/2022 (**visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**) ha approvato e adottato:
 - la Relazione del Risk Assessment anno 2022;
 - il Piano Triennale di Audit 2022-2024;
 - il Piano Annuale di Audit 2022;Mentre, il Manuale di I.A. è stato redatto ed approvato con delibera n.659 del 30/06/2020 ed è stato trasmesso con nota prot. 1665 del 20/07/2020 a mezzo pec in pari data;
- ✓ con nota n. 28662 del 17/02/2022 (**allegato A11**) ha trasmesso la suddetta deliberazione all'Assessorato Regionale della Salute;
- ✓ con nota n. 146394 del 29/07/2022 (**allegato A12**) l'Internal Audit ha trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute la seguente documentazione:
 - Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 30.06.2022;
 - Griglia degli audit aggiornati al 30.06.2022;
 - schema struttura da auditare e strutture verificate al 30.06.2022;
 - Elenco_referenti PAC per funzione_All.B3_;

- ✓ con nota n.176788 del 16/09/2022 (**allegato A13**) ha fornito informazioni integrative a quanto relazionato con la citata nota n. 146394 del 29/07/2022;
- ✓ con nota n.247285 del 15/12/2022 (**allegato A14**) ha rimodulato il gruppo di lavoro per l'attività I.A.;
- ✓ dal mese di luglio 2022 sono iniziati gli audit previsti nel Piano di Audit 2022, con riferimento al 2° semestre, che si sono conclusi a dicembre.

2. La struttura dell'Internal Audit

La funzione di I.A. è svolta all'interno della UOC Programmazione Controllo di Gestione (istituita con il nuovo atto aziendale adottato dall'ASP con deliberazione n. 81/2020, approvato dall'Assessorato della Salute con D.A. n. 512/2020 del 10/06/2020), e il Direttore pro tempore, titolare della UOC è il Coordinatore del Gruppo di Lavoro Internal Audit.

A seguito della predetta rimodulazione della struttura organizzativa l'ASP, con Delibere n. 665 del 02/07/2020 e n. 174 del 18/02/2021, ha indetto avvisi di selezione interna per l'attribuzione della titolarità delle nuove UUOOC rispettivamente per l'Area Amministrativa e Contabile e per l'Area PTA realizzando il processo di attivazione della nuova organizzazione aziendale.

Con quest'ultima Delibera ha proceduto ad avviare le nuove UUOOC dell'area amministrativa e contabile nominando i nuovi direttori.

Per la titolarità di Direttore della nuova UOC Programmazione Controllo di Gestione è stato nominato il Dott. Salvatore Bellomo che, pertanto, è anche il Coordinatore del Gruppo di Lavoro Internal Audit, come comunicato all'Assessorato della Salute con nota ASP n. 21472 del 04/03/2021, (*cf. all. A8*).

Il Gruppo di lavoro (di cui alla nota n.1419 del 26/06/2020, (*cf. all. A7*)) è costituito, dal Coordinatore, da n.1 Dirigente Medico, n.1 Collaboratore Tecnico Professionale Analista, n.1 Collaboratore Amministrativo e n.1 Coadiutore Amministrativo. Per tutti l'attività è svolta in maniera non esclusiva.

Inoltre, a partire dal 2022, al fine di pervenire alla esclusività della funzione di Internal Audit, come richiesto dall'Assessorato della Salute, alla struttura sopra indicata è stato aggregato un Dirigente Amministrativo di nuova nomina che l'Azienda ha individuato quale Referente della funzione di I.A., dandone anche comunicazione all'Assessorato con nota ASP n. 4620 del 12/01/2022 (*cf. all. A9*).

In conclusione, al fine di dare piena implementazione alla funzione di Internal Audit si è ritenuto opportuno rimodulare la composizione del Gruppo di lavoro con nota ASP n. 247285 del 15.12.2022 (*cf. all. A13*).

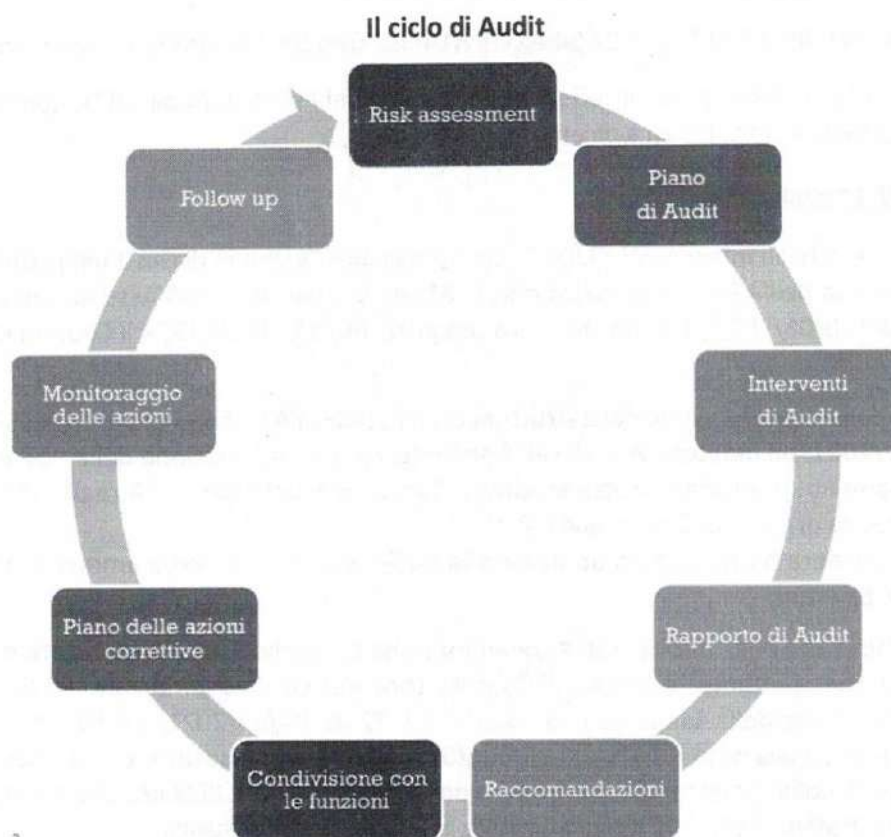
3. Il Manuale di Internal Audit

Il Manuale di Internal Audit, adottato per la prima volta nel 2020 con deliberazione n.659 del 30/06/2020, costituisce il regolamento della Funzione di Internal Audit dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Lo scopo del Manuale è quello di delineare l'autorità e la portata operativa della Funzione di Internal Audit all'interno dell'ASP di Palermo e di fornire ai membri delle funzioni preposte, a vario titolo, al controllo dell'Ente indicazioni pratiche, strumenti e informazioni per gestire l'attività di Internal Audit nella fase di pianificazione, conduzione e reporting, affinché possa essere di supporto ai diversi attori interessati alle attività in oggetto.

L'obiettivo del documento è, dunque, quello di fornire al Responsabile della funzione di Internal Audit ed al suo team di Auditor uno strumento guida per la definizione dei principi, delle procedure, delle metodologie e degli strumenti di lavoro da utilizzare per l'attività di auditing.

I destinatari di codesto Manuale, oltre alle figure sopra riportate, sono tutte le Strutture organizzative aziendali a vario titolo interessate dall'attività di auditing.



4. La Relazione del risk assessment

Il Risk Assessment è un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, ovvero delle aree critiche all'interno delle quali può sorgere un evento sfavorevole. In tal senso il Risk Assessment rappresenta un'attività preliminare alla formazione dei piani delle attività pluriennali ed annuali di audit.

La valutazione del rischio consente l'individuazione delle aree per le quali è necessario procedere con specifici audit nell'arco del triennio.

La funzione di I.A. ha adottato un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto.

Per "probabilità di accadimento", in tal sede, si è voluto intendere la possibilità che l'evento negativo identificato si verifichi, tenuto conto dell'effetto dei controlli aziendali esistenti nonché della percezione acquisita in merito agli stessi all'esito delle attività di auditing sino ad oggi condotte dall'I.A.

Con il termine "impatto", invece, si intende la misura in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento degli obiettivi e della strategia in termini di danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno).

Lo strumento metodologico utilizzato per definire lo scoring del rischio, e dunque il livello di rischio in cui l'Azienda incorre, è rappresentato dalla matrice RACM (Fig. 1 - Risk Assessment Control Matrix).

RACM - Risk Assessment Criteria Matrix			IMPATTO				
			1	2	3	4	5
			IMMATERIALE	BASSO	MEDIO	ALTO	ELEVATO
PROBABILITA'	5	MOLTO PROBABILE	BASSO	MEDIO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
	4	PROBABILE	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTO	ELEVATO
	3	POSSIBILE	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
	2	IMPROBABILE	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
	1	IMPOSSIBILE	REMOTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

Fig. 1 – Risk Assessment Criteria Matrix

La valutazione del rischio è stata effettuata con riferimento a tutte le azioni previste nel piano di attuazione PAC, di cui al D.A. 1559/2016, come di seguito in elenco; inoltre è stata aggiornata con riferimento al semestre di riferimento alla presente relazione e adottata con deliberazione n. 168 del 15/02/2022:

- A - Area Generale
- D - Area Immobilizzazione
- E - Area Rimanenze
- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

5. Il Piano triennale di Internal Audit 2022/2024 e Piano annuale di Internal Audit 2022

Il Piano di Audit, predisposto dalla funzione di Internal Audit e adottato con deliberazione n. 168 del 15/02/2022, ha definito le azioni e/o procedure da verificare nell'ambito del triennio 2022/2024 individuando le Strutture interessate dall'attività di audit.

Il piano pluriennale di audit assicura che l'attività di controllo interno sia organizzata in funzione della problematicità/rischiosità dei diversi ambiti, considerando un lasso temporale superiore all'anno.

Il piano annuale di audit 2022 (adottato con la citata deliberazione n. 168/2022) ha definito le attività da svolgere nel corso dell'esercizio operativo 2022, in coordinamento con quanto riportato nel piano pluriennale di audit.

Nella formulazione del Piano di Internal Audit si è tenuto conto delle indicazioni dell'Assessorato Regionale della Salute fornite con nota n.11786 del 28/02/2020 (cfr. allegato A1), ossia:

- *Svolgimento delle attività di audit, con particolare riguardo alle procedure aziendali delle aree di seguito indicate:*

Area Immobilizzazioni:

- *Verifica della procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi Azione D1.4;*
- *Verifica sulla realizzazione di inventari fisici periodici Azione D2.1;*
- *Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici - Azione D2.5;*
- *Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico — Azione D3.5.*
- *Verifica del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato e della procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti -Azione D4.1 e D4.3;*
- *Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto — Azione D5.4;*
- *Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini) Azione D6.4;*
- *Verifica di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi Co.Ge. di riferimento- Azione D7.2;*

Area Rimanenze

- *Verifica sulla realizzazione degli inventari fisici periodici (almeno annuali), per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici e delle procedure specifiche per la gestione dei conti deposito Azioni E1.1 ed E1.5;*
- *Verifica procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino Azione E2.1;*
- *Verifica di corretta esecuzione delle procedure definite alle Azioni E3.1 e E3.5;*
- *Verifica di corretta esecuzione della procedura definita alle azioni E5.1 e successive.*

Inoltre, la formulazione del piano di audit aziendale ha tenuto conto:

- degli audit il cui esito nel 2021 si era chiuso con riserva e/o negativo;
- delle aree PAC rispetto alle quali il livello di rischio, esposto nel Risk Assessment adottato dall'Azienda, è percepito come più elevato;
- della necessità di intensificare le verifiche per l'area A (per cui le ultime verifiche svolte risalivano agli anni 2017, 2018 e 2019) e l'area F del PAC, rispetto agli anni precedenti.

6. Le Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

L'Assessorato della Salute con nota n.11786 del 28/02/2020 (cfr. allegato A1), ha richiesto, altresì, la produzione di uno schema riportante le strutture da auditare/auditare, riproposto con nota prot. n. 31382 del 21/06/2022 (cfr. allegato A5), come di seguito riportato, da trasmettere con la griglia e alla relazione di accompagnamento:

Ente _____						
Report sugli esiti di Audit						
Descrizione AREA	Strutture Aziendali		Audit delle Strutture		Follow-up degli Audit	
	A		B		C	
	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)
ARE						

7. La Relazione intermedia e finale di internal audit.

Come richiesto dall'Assessorato della Salute, con nota n.11786 del 28/02/2020 (cfr. allegato A1) e con nota n. 56133 del 20/12/2022 (cfr. allegato A3 per il 2° semestre 2022, è stata prevista la scadenza del 16 gennaio 2023 per produrre:

- la Relazione di Internal Audit al 31/12/2022;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti al 31/12/2022;
- il Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 31/12/2022;
- l'Elenco referenti PAC per funzione al 31/12/2022;
- la trasmissione all'Assessorato Regionale della Salute e al Collegio Sindacale dell'ASP della Relazione e della griglia e dell'altra documentazione sopra descritta.

8. L'Archiviazione della documentazione

Per ciascuna verifica svolta, è archiviata e custodita presso la UOC Programmazione Controllo di Gestione tutta la documentazione comprovante la verifica svolta, in modo tale da consentire, in qualsiasi momento a un soggetto terzo, di ripercorrere tutti i controlli svolti e di comprendere le conclusioni a cui si è pervenuti.

Nello specifico saranno archiviati e conservati:

- Le note di comunicazione effettuazione audit interno;
- Per le verifiche documentali: copie di tutta la documentazione esaminata;
- Per le interviste/colloqui diretti al personale: una breve relazione/verbale con indicazione dei soggetti intervistati (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica), data intervista, domande fatte e risposte ottenute, conclusioni raggiunte, firma sia dei membri del GdL IA che dei soggetti intervistati;
- Per i questionari/check-list: tutti i questionari/check-list somministrati con indicazione dei soggetti intervistati (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica) della data di somministrazione e la firma degli IA che del soggetto che lo ha compilato;
- Per i ricalcoli: tutti i fogli elettronici utilizzati con la spiegazione della loro utilità ai fini della verifica;

- Per le richieste di conferma scritta: tutta la documentazione formale relativa alle richieste e alle risposte ottenute;
- Altro: tutto ciò che può comprovare l'effettiva realizzazione della verifica a soggetti terzi.

16 gennaio 2023

Il Referente "Internal audit"
Dr.ssa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Dr. Salvatore Bellomo

Per il Responsabile PAC
Dr.ssa Anna Mancuso

Visto

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Nora Virga

Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Daniela Faraoni

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 55252 del 17/12/2021 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n.56133 del 18/01/2022 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n.19635 del 11/04/2022 Assessorato della Salute
allegato A5	nota n.31382 del 21/06/2022 Assessorato della Salute
allegato A6	nota n.26540 del 26/05/2020 ASP PA
allegato A7	nota n.1419 del 26/06/2020 ASP PA
allegato A8	nota n.21472 del 04/03/2021 ASP PA
allegato A9	nota n.4620 del 12/01/2022 ASP PA
allegato A10	nota n.16775 del 31/01/2022 ASP PA
allegato A11	nota n. 28662 del 17/02/2022 ASP PA
allegato A12	nota n. 146394 del 29/07/2022 ASP PA
allegato A13	nota n. 176788 del 16.09.2022 ASP PA
allegato A14	nota n. 247285 del 15.12.2022 ASP PA



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2022

aggiornata al 31/12/2022

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con nota n.11786 del 28/02/2020 (cfr. All. A1) e con nota n. 56133 del 20/12/2022 (cfr. All. A3) per l'anno 2022 ha richiesto la compilazione della griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit (**allegato B2**) aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 31/12/2021. La presente relazione accompagna la citata griglia.

2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit

Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono state complessivamente conformi alla programmazione (**PARTE A**) effettuata nell'ambito del piano di audit 2022, per il secondo semestre 2022.

3. Esito delle verifiche

Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A. intende illustrare in modo dettagliato gli esiti delle verifiche audit del II semestre 2022, nonché eventuali ulteriori informazioni specifiche circa le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche e i criteri seguiti per la scelta del campione oggetto delle stesse. Più precisamente, si relaziona in ordine all'esito delle verifiche sulle procedure aziendali poste in essere fino al 31 dicembre 2022, per le quali si è provveduto alla compilazione ed all'aggiornamento della griglia (**allegato B2**), distintamente per esiti positivi e con riserva (si vedano rispettivamente i paragrafi 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6).

Prima di procedere con l'analisi di quanto sopra descritto è opportuno rappresentare una serie di situazioni che, in maniera diretta ed indiretta, hanno influenzato lo svolgimento delle verifiche Audit all'interno dell'Azienda comportando un rallentamento nelle attività delle singole UOC.

Innanzitutto, la Pandemia del Covid 19, tutt'ora in corso, ha rappresentato un importante gap nell'organizzazione degli Audit previsti nel Piano Annuale di Audit 2022, in quanto diverse UOC auditate nel periodo di riferimento della presente relazione si trovavano in prima linea nel contrasto alla pandemia e quindi particolarmente oberate nel fornire risposte tempestive alle tante richieste pervenute in questo momento emergenziale.

Ulteriore criticità è quella correlata alla stabilizzazione del personale contrattista con i nuovi profili e la conseguente assegnazione delle nuove sedi di lavoro che ha determinato la necessità di istruire le risorse umane di nuova dislocazione alle attività delle varie UOC.

Nel corso dell'anno 2022 sono state auditate nr. **62 Strutture aziendali** (come da Piano di Audit 2022, approvato con deliberazione n. 168 del 15/02/2022) delle 89 Strutture presenti in Azienda, pari al 70%. Di queste 62 strutture aziendali, 18 sono state anche oggetto di *follow-up* di audit, come dettagliato nell'allegato B1.

3.1 Esito delle verifiche di follow-up

Nel corso del II semestre 2022, non sono state effettuate ulteriori verifiche di follow-up rispetto a quanto esposto nella precedente relazione. Tale fattispecie è coerente con quanto previsto dal Piano Annuale di Audit 2022.

3.2 Verifiche con esito positivo

Nell'ambito del presente paragrafo si mettono in evidenza tutte le verifiche di audit svolte nel secondo semestre 2022 concluse con esito positivo. Nel corso degli interventi di audit in oggetto, tramite intervista ai soggetti partecipanti afferenti alle singole strutture organizzative auditate, è stato ripercorso il processo amministrativo-contabile ed extracontabile previsto dalle procedure aziendali adottate dall'Azienda, al fine di individuare eventuali gap di procedura e/o di processo. Sono state altresì effettuate verifiche documentali ed operative al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato da ciascuna struttura organizzativa oggetto di verifica, previa selezione casuale di un set di *items*. Di seguito vengono indicate le eventuali rilevazioni di aree di miglioramento delle procedure PAC in vigore, di cui si propone altresì un riepilogo in forma tabellare (si veda "Rilevazione miglioramento procedure PAC").

AREA GENERALE

Azione A2.5 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.1 - Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità"*

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.2 - Istituzione di una unità di lavoro (con ruoli e responsabilità) per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo."

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.3 - Istituzione di un sistema di attribuzione chiara degli obiettivi di performance realistici e coerenti rispetto alle funzioni dei singoli responsabili e di un adeguato sistema di monitoraggio e valutazione delle performance."

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.4 - Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione."

Audit del 26/07/2022 - UOC Programmazione Controllo di Gestione

Con riferimento all'assegnazione del budget alle singole strutture, il responsabile dell'UOC riferisce che l'assegnazione avviene con modalità *top-down* dalla UOC Programmazione Controllo di Gestione nel mese di gennaio per un importo pari al 70% di quello assegnato a consuntivo dell'anno precedente (tenuto conto delle eventuali integrazioni richieste nel corso dell'anno). In particolare, la prima settimana di gennaio viene effettuata l'allocazione al 70%, per poi procedere successivamente all'assegnazione del restante 30% e, infine, ad eventuali adeguamenti sulla base di specifici tetti di spesa e contratti in essere.

Con riferimento al Piano delle Performance, esso viene predisposto nel mese di gennaio, previo confronto con le varie strutture e articolazioni aziendali circa all'eventuale revisione degli obiettivi.

Durante la gestione si procede a monitorare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e a segnalare eventuali azioni correttive. Da *inquiry* con il Responsabile della struttura, oggetto di verifica, emerge che la direzione ha indicato l'inserimento di obiettivi maggiormente sfidanti, basandosi sul piano delle azioni migliorative prodotto dagli audit.

AREA CREDITI E RICAVI

AZIONE F1.11 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.2 - Definizione di una procedura di contabilità per commessa per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi corredati"*

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.4 - Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definito il processo di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività."

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.5 - Implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia."

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.10 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Audit del 24/11/2022 – UOC Sviluppo e gestione dei progetti Sanitari

Con riferimento alle azioni PAC oggetto di verifica, sono state ripercorse le principali progettualità gestite dalla presente UOC, come di seguito riportato:

1) Gestione PSN

In premessa la Responsabile dell'UOC oggetto di verifica comunica che negli ultimi anni non sono state assegnate nuove linee PSN; infatti, le ultime assegnazioni risalgono al 2017 e l'assegnazione del 2020 afferenti alla "Linea 4" relativa alla Prevenzione.

Inoltre, sempre da intervista, emerge come l'UOC SGPS gestisca direttamente alcune linee di progetto per cui vengono effettuate le operazioni di emissione degli ordini e liquidazioni, attraverso il sistema informativo C4H.

Infine, si rileva che, con delibera n.1489 del dicembre 2021 è stato costituito un Ufficio Speciale per la gestione dei fondi vincolati per i quali codesta UOC è stata identificata come stazione appaltante, occupandosi dalle indizioni delle relative gare sino alle liquidazioni. Il suddetto ufficio si occupa anche della gestione progettuale afferente al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il processo relativo alla gestione dei progetti avviene come di seguito descritto.

Annualmente, l'Assessorato Regionale alla Salute comunica, attraverso il decreto di riparto, le linee programmatiche (per la Linea Prevenzione l'Assessorato individua direttamente i progetti assegnando i relativi obiettivi) e l'entità dei finanziamenti attribuiti alle Aziende del SSR per le relative aree finanziabili. L'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari individua le strutture alle quali attribuire i progetti, comunicando alla Direzione Aziendale il ricevimento delle linee programmatiche e le relative strutture individuate (fatta salva l'attribuzione diretta di contributi all'UOC oggetto di audit).

Successivamente, il Direttore della struttura competente invia il progetto esecutivo alla Direzione e all'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari, individuando il Referente scientifico che istituisce il gruppo di lavoro, ed il Responsabile del procedimento amministrativo. L'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari, a seguito dell'esame del progetto, può richiedere ulteriori integrazioni per conferire il parere di congruità. Se lo stesso risulta congruo, il progetto viene sottoposto all'Assessorato regionale per la validazione degli atti, in caso contrario vengono richieste, da parte dell'UOC SGPS, integrazioni o modifiche alla struttura competente.

Una volta ottenuto il parere di congruità e la validazione assessoriale, il Referente scientifico predisponde quanto necessario per la redazione della proposta di deliberazione da parte della Direzione e la invia al Responsabile amministrativo della struttura per la predisposizione dell'atto formale.

Successivamente, l'UOC Bilancio e Programmazione, ricevuto il provvedimento di assegnazione del contributo, procede all'assegnazione del codice identificativo denominato Business Partner.

Ricevuta la deliberazione, il Direttore della struttura competente provvede a richiedere il CUP (Codice Unico di Progetto) e procede a darne comunicazione all'UOC Bilancio per le annotazioni di carattere contabile (indicazione del Business partner ed identificazione dei conti economici sul quale rendicontare). Il Responsabile amministrativo del progetto riceve dalla *software house* il codice alfanumerico per l'accesso a sistema che viene inviato al Direttore di Dipartimento e al Referente scientifico.

I referenti aziendali segnalano che, la "gestione della contabilità per progetto" prevista dalla presente procedura PAC, è un onere a carico della struttura organizzativa assegnataria del contributo vincolato, fatti salvi i contributi legati alle linee progettuali direttamente gestite dalla UOC SGPS.

Infatti, con riferimento ai contributi assegnati alle diverse articolazioni aziendali, la presente UOC effettua un'attività di monitoraggio costante attraverso la visualizzazione delle informazioni sul sistema informativo C4H, coerentemente con quanto stabilito dalla procedura aziendale. Pertanto, semestralmente, la UOC

Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari richiede una relazione alla struttura organizzativa competente sulle attività di progetto per verificarne la coerenza e monitorare l'andamento.

Infine, annualmente, la UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari predispone una rendicontazione riepilogativa dei progetti con indicazione dei soggetti competenti per ogni linea progettuale, il budget impegnato, l'importo assegnato, l'importo sterilizzato e l'importo residuo, per monitoraggio interno, con i dati pervenuti dalla struttura assegnataria.

In sede di chiusura amministrativa del progetto, la UOC Contabilità verifica i costi rendicontati dandone evidenza all'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari, che a sua volta effettua una comunicazione all'Assessorato Regionale con indicazione di eventuali economie rilevate sul progetto.

2) PNRR

Come riportato nella sezione dedicata ai progetti PSN, per la gestione del PNRR è stato istituito all'interno della struttura un Ufficio Speciale. Su tali progetti l'Azienda ha parziale discrezionalità procedurale e gestionale circa le modalità per il raggiungimento degli obiettivi. Di seguito la Regione elenca gli interventi, li sottopone al Ministero per approvazione e successiva trasmissione alla Comunità europea. Successivamente tali interventi sono pubblicati in Gazzetta Ufficiale. In seguito vengono nominati i RUP per linea progettuale. Il Responsabile dell'UOC SGPS segnala che sono stati nominati:

- N. 2 per case di comunità;
- N. 1 per ospedale sicuro e sostenibile;
- N. 1 per Dipartimento di Emergenza urgenza e Accettazione;
- N. 1 per grandi apparecchiature;
- N. 1 per Centrali Operative Territoriali.

La documentazione progettuale viene caricata dall'UOC SGPS su sistema ReGIS e in seguito, l'Amministrazione Regionale emette un parere di congruità sui progetti presentati e conseguentemente l'Azienda effettua, in bilancio, l'accantonamento del 20% dell'intero importo sul bilancio Aziendale per affrontare l'investimento. Infine, per l'ottenimento delle somme, è comunque necessario presentare la documentazione a SAL.

In conclusione, il processo descritto ed esaminato risulta abbastanza strutturato e pertanto l'esito della presente verifica è da ritenersi "Positivo".

Audit del 06/09/2022 – UOC Cure Primarie

Si segnala che con delibera n.123 del 05/02/2020 è stata adottata la revisione del regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria. L'art. 23 del suddetto regolamento prevede una chiara ripartizione ed allocazione dei proventi relativi all'esercizio dell'ALPI, coerentemente con quanto previsto dalla procedura. Si segnala che, a causa delle difficoltà riscontrate nello scorporo dei cosiddetti "costi comuni" il regolamento in esame non prevede una ripartizione degli stessi. Allo stesso tempo, l'art. 21 del regolamento, prevede che i tariffari corrispondenti alle prestazioni sanitarie erogate siano remunerativi di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'ALPI.

All'interno del processo che disciplina l'esercizio dell'attività di libera professione intramuraria, la presente UOC è coinvolta nel processo di determinazione delle agende e delle fasce orarie. In particolare, i medici presentano disponibilità e fasce orarie in cui sarebbero disposti ad esercitare l'attività di libera professione, mentre la macrostruttura di riferimento è chiamata a dare un nulla osta su tali disponibilità, trasmettendo il medesimo al Comitato Tecnico Consultivo (CTC) ALPI per autorizzare l'esercizio dell'attività.

L'approvazione dell'agenda avviene attraverso una determina da parte della macrostruttura di riferimento su cui il CTC ALPI emette parere preventivo e obbligatorio oltre all'apposizione di un timbro.

Tuttavia l'agenda può subire delle variazioni e, nel caso in cui si tratti di modifiche giornaliere, come malattia o ferie, lo specialista richiede di effettuare la variazione all'UOC Cure primarie; invece, nel caso di modifiche sostanziali - quali tariffario, giorni di somministrazione e tipologia di prestazione rese dallo specialista - è necessaria l'autorizzazione a mezzo determina da parte della macrostruttura di riferimento su cui il CTC ALPI emette parere preventivo e obbligatorio apponendo un timbro. A seguito della ricezione della determina, il CTC ALPI trasmette al CUP quanto deliberato e da modificare in agenda.

Conseguentemente alla verifica documentale, non emergono rilievi in merito all'adeguatezza dei processi aziendali con riferimento alle azioni PAC F1.4 – F1.5 e F1.10 e pertanto l'esito è da ritenersi "Positivo".

Audit del 01/09/2022 – Comitato Tecnico Consultivo ALPI (CTC)

Si rileva che l'ultimo regolamento che disciplina l'esercizio dell'ALPI è stato approvato in data 05/02/2020 con delibera prot.n. 123. L'art. 23 del suddetto regolamento prevede una chiara ripartizione ed allocazione dei proventi relativi all'esercizio dell'ALPI, coerentemente con quanto previsto dalla procedura. Si segnala che, a causa delle difficoltà riscontrate nello scorporo dei cosiddetti "costi comuni", il regolamento in esame non prevede una ripartizione degli stessi. Allo stesso tempo, l'art. 21 del regolamento, prevede che i tariffari, corrispondenti alle prestazioni sanitarie erogate, siano remunerativi di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'ALPI. Di contro, il sistema informativo WHR, sulla base delle percentuali di allocazione dei ricavi stabilite nelle tabelle di ripartizione presenti nell'art.23 del regolamento, effettua automaticamente lo scorporo delle diverse componenti di ricavo.

Con riferimento alle funzioni del Comitato Tecnico Consultivo (CTC) ALPI, lo stesso si occupa di effettuare controlli sulle istanze che provengono dalle parti coinvolte. Dunque si effettuano verifiche circa il luogo di svolgimento delle attività ALPI, controlli sulla congruità delle tariffe imposte dai medici, supporto nell'aggiornamento dei regolamenti e altre attività di carattere autorizzativo che comportano l'emissione di un parere preventivo e obbligatorio sulle proposte di determina dell'ALPI.

Si segnala che l'aggiornamento delle tariffe segue un *iter* distinto rispetto all'approvazione del regolamento che disciplina l'esercizio dell'ALPI, e che l'ultimo tariffario è stato aggiornato nel 2014 con delibera n.417 del 16/12/14. Il Comitato, coerentemente con quanto previsto dal regolamento, contribuisce all'aggiornamento e alla formulazione dei tariffari. Alla luce delle informazioni acquisite dalla intervista svolta si prende atto dell'avvenuta adozione del Regolamento ALPI Aziendale e della sua implementazione. In particolare, attraverso l'analisi della documentazione ottenuta circa le varie fasi di processo, si ritiene che il processo organizzativo risulti, nella sua interezza, sufficientemente strutturato. Con particolare riferimento alle funzioni in capo al Comitato oggetto della presente verifica le attività del CTC ALPI sono coerenti al regolamento Aziendale.

Azione F5.4 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.3 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

Audit del 22/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

In sede di Audit si è verificata la procedura adottata in merito alla gestione dei crediti. Tale iter prevede la mappatura dei crediti in contenzioso, l'analisi dei crediti scaduti, l'analisi dei *credit not material* per arrivare alla definizione di un eventuale accantonamento a fondo e/o alla svalutazione, con particolare riferimento ai crediti.

Da intervista emerge che i crediti in essere sono oggetto di mappatura trimestrale, mediante un'estrazione dal sistema informativo C4H dei referenti della UOC del partitario clienti. Nel caso in cui esistessero poste contabili scadute da oltre 30 giorni la presente UOC effettua dapprima un sollecito a mezzo raccomandata al cliente e trascorsi 30 giorni, se non è ancora avvenuto l'incasso, verrà inoltrata la documentazione all'UOC Legale, composta dalla lettera di sollecito, il partitario e le relative fatture, con richiesta di avviare le procedure di recupero.

Le suddette azioni di controllo sono svolte da soggetti e da unità indipendenti e pertanto l'esito della verifica sulla corretta implementazione dell'azione PAC F5.3 è da ritenersi "Positivo".

Azione F6.2 *"Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correlati"*

Audit del 22/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Con riferimento al sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati, oggetto dell'azione F6.2, il processo può essere sintetizzato come segue:



- 1) Giornalmente il referente UOC Bilancio scarica la giornaliera di cassa da sistema e importa tutti i provvisori in entrata e in uscita e tutti i mandati e le reversali di incasso, estrae da sistema i provvisori in entrata in attesa di regolazione;
- 2) Non appena viene individuato il relativo provvisorio di incasso, il referente provvede a scaricare dal sito istituzionale il decreto di assegnazione da parte della Regione;
- 3) A seguito delle suddette operazioni, i referenti effettuano le relative scritture contabili (Credito verso Regione a contributo).

Il suddetto processo risulta sufficientemente strutturato e coerente con quanto previsto dalla relativa procedura aziendale PAC.

Azione F6.3 *“Attivazione di un sistema di monitoraggio (almeno trimestrale) extracontabile dei ricavi per prestazioni sanitarie rese nel periodo di competenza sulla base dei flussi di produzione sanitaria (ricoveri, prestazioni specialistiche, file F ecc.) e riconciliazione a fine esercizio dei dati di produzione aziendali con i dati di produzione regionali.”*

Audit del 22/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Con riferimento alle prestazioni sanitarie, giornalmente le casse Cup inviano all’UOC Bilancio e Programmazione il dato dei versamenti effettuate. In banca risulta il provvisorio in entrata e, una volta effettuata l’attività di riconciliazione tra quanto comunicato dalla cassa CUP con quanto risultante dalla Banca, viene effettuata la relativa scrittura di incasso. Inoltre, il referente Aziendale riferisce che, oltre alle casse CUP, vengono effettuati gli incassi provenienti da fatturazione attiva per le varie tipologie di prestazioni sulla quali vengono effettuati i suddetti controlli ai fini dell’incasso.

Da inquiry con il referente Aziendale emerge come, trimestralmente, i dati di ricavo relative alle prestazioni sanitarie sono determinati sulla base dell’assegnazione provvisoria da parte della Regione dei relativi contributi, mediante trasmissione della “Tabella A”. Al contrario, tale determinazione, non può avvenire sulla base della produzione effettiva, in quanto tali dati non sono comunicati dalle strutture di riferimento. A fine anno, sulla base dell’assegnazione definitiva vengono adeguati i valori in contabilità del relativo contributo da incassare (che rappresenta il credito) e di quello incassato.

AREA DISPONIBILITA’ LIQUIDE

Azione G1.5 *“Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 - Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economiche e delle casse prestazioni”*

“Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.4 - Individuazione dell’unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell’obiettivo”

Audit del 20/10/2022 – UOC PTA Albanese – Cassa Ticket Aziendale

Nel corso della presente verifica di audit è stata verificata la procedura di chiusura e riconciliazione delle casse ticket, ed è stato ripercorso il processo dal punto di vista dell’utente/pagatore, in modo da poter contestualizzare le attività svolte da parte dei referenti della Cassa ticket del PTA Albanese.

Da inquiry emerge che la cassa ticket del PTA Albanese è composta da tre sportelli attivi per le prenotazioni e uno dedicato esclusivamente all’assegnazione del medico di famiglia. Per gli incassi a mezzo strumenti elettronici viene utilizzato un unico POS per tutte le casse. Si rileva, inoltre, come l’Azienda non abbia ancora aderito al Nodo dei pagamenti PagoPA.

Alla data di verifica si rileva che coesistono tre sistemi gestionali per le casse CUP, come di seguito riportato:

- Sicilia Digitale per la gestione delle prestazioni dei laboratori di analisi;
- OPERA attivo per la gestione degli incassi extra-LEA;
- HERO sul quale transitano tutte le restanti operazioni di cassa.

Con riferimento alle prestazioni che transitano su HERO, l’utente effettua la prenotazione sul sistema CUP (visualizzata dal PTA per mezzo dei lettori ottici applicati sul codice fiscale dell’utente) per poi recarsi fisicamente, ad eccezione dei pazienti esenti, presso lo sportello di cassa per saldare quanto dovuto. Successivamente, il cassiere emette n. 3 ricevute, di cui una viene trattenuta, e rilasciandone una all’utente ed una al medico che dovrà effettuare la prestazione.

Invece per quanto concerne le operazioni di apertura e chiusura cassa, si rileva che:

Apertura Cassa

Le operazioni di apertura cassa vengono effettuate direttamente dal sistema informativo con saldo contabile pari a 0 euro. Si riferisce che esiste un fondo cassa alimentato dalle somme incassate ma non versate nel giorno precedente, il quale è funzionale a garantire lo svolgimento delle prime operazioni della giornata.

Chiusura Cassa

In premessa si segnala inoltre che, da regolamento aziendale, è previsto che l'importo complessivo del fondo cassa non possa eccedere il valore di 2.000 euro pertanto consegna delle somme al vettore di trasporto viene effettuato due volte a settimana. I versamenti conto ticket e conto ALPI vengono effettuati separatamente.

Con riguardo alle operazioni di chiusura cassa, i referenti dell'UOC segnalano che, prima di procedere alla chiusura della cassa su CUP, si riconciliano in via extracontabile:

- il totale incassato in contanti da tutte le casse;
- il totale degli incassi a mezzo POS.

A fine giornata si procede all'estrazione dei dati da sistema e all'elaborazione della prima nota cassa, la quale contiene il riepilogo di tutte le somme incassate e il dettaglio relativo al canale d'incasso (contanti o pagamenti digitali). Si riferisce che a seguito dell'estrazione dei dati da sistema gli operatori procedono a verificare che le somme incassate coincidano con gli importi presenti su piattaforma. Tale reportistica viene inoltrata all'ufficio Economico Finanziario, unitamente alla distinta di versamento, nelle giornate in cui l'incasso viene consegnato al portavalori.

Con riferimento ai rimborsi, l'utente compila un apposito modulo (previsto da regolamento) allegando le ricevute di pagamento e successivamente, se sussistono le condizioni per il rimborso, la richiesta viene inoltrata all'ufficio Economico Finanziario.

Infine, i referenti del PTA Albanese manifestano delle criticità relative alle prestazioni che continuano a transitare sul sistema Sicilia Digitale. In particolare, per le suddette prestazioni, non sono previste prenotazioni; infatti, l'utente si reca fisicamente in laboratorio con la ricetta, riceve le prestazioni per poi recarsi presso il PTA Albanese e pagare il ticket. L'operatore di cassa deve alimentare il sistema manualmente e tale criticità (non imputabile direttamente alla struttura oggetto di verifica) potrebbe generare inidoneità procedurali nella gestione delle casse.

Tuttavia, considerata l'universalità delle azioni e delle attività analizzate, l'esito della verifica è da considerarsi "Positivo".

Azione G4.4 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1 - Definizione di in a procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti e che tali documenti siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione"*

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.3 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Audit del 25/10/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Nel corso dell'intervento di audit sono state analizzate le principali operazioni di contabilizzazione relative al ciclo passivo e a quello attivo effettuate dalla UOC Bilancio e Programmazione, in modo da poter verificare l'aderenza del processo alle procedure aziendali.

Ciclo attivo

Con particolare riferimento alla contabilizzazione del credito per FSR ed FSN, tale operazione non viene effettuata per l'intero importo ma mensilmente. Infatti, il tesoriere comunica il provvisorio in entrata alla UOC Bilancio e Programmazione e quest'ultima procede all'estrazione del decreto di liquidazione delle somme assegnate di FSN ed FSR indistinte dal sito della Regione.

Da intervista emerge inoltre che, giornalmente, si procede all'estrazione del giornale di cassa per poi procedere al caricamento di tutte le reversali di incasso sul sistema informativo C4H, così da chiudere il sospeso di tesoreria.

La UOC procede alla contabilizzazione degli acconti mensili secondo le linee guida regionali; infatti, l'operatore della UOC scarica il DDG o DRS di assegnazione e liquidazione della quota di acconto mensile dal sito della Regione al fine di procedere alla riconciliazione dell'importo. Verificato l'importo assegnato con il sospeso di tesoreria in entrata si procede alla contabilizzazione del Credito vs la Regione a Debito verso la Regione per acconti; il credito viene chiuso con la regolarizzazione dell'incasso della quota.

Con riferimento ai contributi in c/capitale, nel corso del precedente audit, si segnalava che negli ultimi anni non si è provveduto alla contabilizzazione di tali tipologie di contributi senza che venissero fornite opportune delucidazioni. Invece nel corso della presente verifica emerge che tale operazione non è stata effettuata poiché negli ultimi anni non sono state effettuate assegnazioni di contributi in c/capitale; pertanto la criticità precedentemente rilevata non sussiste.

Ciclo passivo

Con riferimento alle operazioni legate all'acquisto di beni e servizi, si rileva che tutte le operazioni di spesa in capo alla presente struttura sono correttamente accompagnate dalla documentazione richiesta dalla procedura aziendale e che la presente UOC si inserisce solo nella parte finale del processo di acquisto, ovvero nella fase legata all'emissione dei mandati di pagamento. Infatti, prima di emettere i mandati di pagamento, gli operatori effettuano i dovuti controlli di merito, come ad esempio il controllo Equitalia sugli importi superiori a 5.000 euro. Tuttavia si segnala che il sistema non impedisce l'emissione del mandato di pagamento nel caso in cui la verifica Equitalia dia un esito negativo.

In ultimo si segnala che, coerentemente con quanto stabilito dalla procedura aziendale, la documentazione analizzata nel corso della verifica di audit viene correttamente validata e siglata digitalmente dai dirigenti responsabili prima che avvengano le operazioni di cassa oggetto dell'azione G4.1.

Date le suddette considerazioni, l'esito della verifica è da considerarsi "Positivo"

AREA PATRIMONIO NETTO

Azione H1.3 "Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 - Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto.... "

Audit del 03/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con il responsabile dell'UOC il processo amministrativo-contabile previsto dalle procedure aziendali adottate, al fine di individuare eventuali gap di processo. Inoltre, è stata svolta una verifica documentale ed operativa al fine di verificare il processo di controllo interno realizzato dalle strutture organizzative oggetto di verifica.

In particolare, state ripercorse le principali tipologie di operazioni che hanno effetto sul patrimonio netto, in particolare sono state analizzate:

- 1) Operazioni sul Fondo di Dotazione:** il Fondo di dotazione non risulta movimentato. Coerentemente con quanto stabilito dalla relativa procedura PAC, tale posta contabile, non può essere modificata senza apposito atto formale della regione o in presenza di altre operazioni straordinarie (per es. per operazione di fusione o scorporo);
- 2) Contributi per investimenti:** A seguito del decreto di assegnazione, tali contributi vengono inseriti in bilancio a fronte di finanziamenti Regionali o Statali e contabilizzati al momento dell'accesso al finanziamento da parte dell'Ente erogatore mediante delibera della Direzione Aziendale. Da inquiry, emerge che negli ultimi anni non sono state effettuate iscrizioni riferite a tali tipologie di contributi, in quanto non sono state rilevate assegnazioni da parte dell'Amministrazione Regionale /statale. Gli acquisti dei cespiti finanziati, attualmente presenti in bilancio, sono riferibili infatti a contributi assegnati in anni precedenti. I referenti informano che gli acquisti sono stati effettuati interamente con contributi c/esercizio e pertanto le scritture contabili vengono eseguite dall'UOC Bilancio e Programmazione previa trasmissione da parte dell'UOC Patrimonio del prospetto in cui si dovrà evidenziare il dettaglio degli ammortamenti per singolo cespite per la relativa sterilizzazione. In assenza di tale comunicazione, a fine anno, gli ammortamenti e sterilizzazioni vengono determinate con file extra contabili prodotti sulla base di un'attività di quadratura tra le fatture pervenute relative ai cespiti finanziati e le risultanze da libro cespiti, per poi essere ribaltati in contabilità.

3) Donazioni Il processo può essere sintetizzato come di seguito riportato:

- Il cespite donato viene preso in carico, sulla base della Delibera della Direzione Aziendale, dalla UOC Patrimonio;
- La UOC Patrimonio segnala all'UOC Bilancio e Programmazione, la presenza del cespite preso in carico, trasmettendo apposita scheda cespite;
- La presente UOC provvede ad effettuare le dovute scritture di contabilizzazione;

I referenti aziendali riferiscono che negli ultimi anni non hanno ricevuto nessun dato relativo a cespiti in donazione. L'unica donazione contabilizzata è riferita ad una donazione per cassa, di circa 4 mila euro, di cui sono state espletate le relative attività di contabilizzazione.

I referenti comunicano altresì che l'incremento delle immobilizzazioni per gli anni 2020, 2021 e 2022, con la relativa identificazione di eventuali fonti di finanziamento ed il relativo calcolo degli ammortamenti e sterilizzazioni, è il risultato di un'attività effettuata, unitamente all'UOC Patrimonio, di quadratura tra le fatture pervenute e il patrimonio aziendale risultante dal libro cespiti. Per gli anni dal 2017 al 2019, per il quale si era rilevata una criticità di importazione dei dati dal vecchio sistema, la suddetta attività verrà svolta in occasione della migrazione al nuovo sistema amministrativo - contabile.

Con riferimento all'azione oggetto di verifica si rileva un'adeguata conduzione delle operazioni gestionali e contabili legate alle fasi di processo che vanno dall'assegnazione del finanziamento fino alla registrazione dell'acquisto a libro cespiti (si fa riferimento alle registrazioni afferenti alle nuove rilevazioni non oggetto di importazione dal precedente applicativo sw), nonostante la nuova procedura è in corso di implementazione all'interno del processo dell'UOC oggetto di verifica.

Si rileva, inoltre, che la procedura aziendale, adottata con delibera n. 1525 del 04.10.2022, individua e descrive le fasi del processo organizzativo ed amministrativo-contabile, indicando ruoli, tempi, responsabilità connessi alle attività da svolgere per il raggiungimento dell'obiettivo PAC.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 - Acquisto prestazioni sanitarie da privato"

Audit del 08/09/2022 – UOC Assistenza riabilitativa territoriale

Nel corso della verifica di audit è stato ripercorso il processo amministrativo contabile inerente all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato, sia per la UOS Coordinamento attività centri di riabilitazione che della UOS Coordinamento Assistenza Protesica, presidi e ausili, in quanto da inquiry è emerso che le due strutture utilizzano processi nettamente distinti in merito all'oggetto della presente verifica.

UOS Coordinamento attività centri di riabilitazione

I referenti della presente UOS segnalano che vengono acquisite prestazioni sanitarie da privati accreditati per i propri assistiti e che il processo, può essere scomposto come di seguito riportato:

- 1) Convenzionamento e creazione/aggiornamento delle schede anagrafiche:** la presente UOS comunica che non interviene sulla creazione/aggiornamento delle schede anagrafiche in quanto, a seguito della delibera da parte della Direzione Generale, il centro convenzionato richiede di essere inserito all'interno dell'albo fornitori alla UOC Bilancio la quale procederà alla creazione delle schede anagrafiche su sistema informativo C4H.
- 2) Rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture convenzionate:** in questo caso le strutture convenzionate hanno l'onere di trasmettere i flussi e la reportistica delle prestazioni sanitarie erogate entro 5 giorni dalla chiusura di ogni trimestre, affinché possano essere rispettate le scadenze di caricamento a sistema. Infatti, una volta ricevuti i flussi, la presente UOS effettua i dovuti controlli dei record presenti nei flussi tramite l'applicativo "flow look" per poi procedere al relativo caricamento e aggregazione ed alla trasmissione su sistema informativo;
- 3) Emissione Fattura e liquidazione:** le strutture private accreditate emettono fatture separate e distinte per ogni tipologia di prestazione autorizzata. Per ogni tipologia di prestazione da fatturare le stesse emettono due fatturazioni separate, la prima equivale all'85% dell'importo liquidato nel corso

dell'ultimo trimestre, mentre la seconda a saldo finale. I controlli avvengono nel corso della seconda fattura di saldo. Tali controlli sugli importi fatturati/ da fatturare, si compiono su uno specifico file extra-contabile che tiene conto anche dei residui sui tetti di spesa; infatti se nel corso del trimestre le strutture non riescono ad erogare prestazioni sanitarie in modo da saturare il tetto di spesa trimestrale, possono trasmigrare tale residuo nel corso del trimestre successivo. Nel caso di errori di fatturazione, la stessa viene tempestivamente rifiutata. Mentre con esito positivo, la stessa viene scaricata dal sistema SDI ed inserita nella lista liquidazione. Successivamente il liquidatore, richiamando la lista liquidazione, seleziona la fattura dal sistema informativo selezionando il tasto "Genera Liquidazione", mentre i dirigenti delle unità operative e il direttore dell'unità complessa procedono alla validazione dell'operazione. Infine, attraverso la nota inviata all'ufficio delibere e al collegio sindacale si invia la copia dei provvedimenti effettuati.

La presente UOS evidenzia come nella fase di controllo del DURC il sistema restituisca in automatico un esito positivo anche in presenza di criticità dello stesso. Pertanto, i DURC, vengono controllati manualmente pure in caso di esito positivo al controllo di *default*. Tale documentazione viene correttamente archiviata dagli operatori della UOS in questione.

Nel corso della verifica di audit è stato acquisito il documento denominato "*Controlli delle strutture accreditate e convenzionate per l'effettuazione di trattamenti riabilitativi es. art.26 L.833/78*", il quale rappresenta il regolamento interno redatto dalla presente UOS per disciplinare il processo che governa i controlli amministrativo-contabili oggetto della presente verifica. Lo stesso dettaglia in maniera analitica tutte le fasi operative del processo, risultando così solido e strutturato.

UOS Coordinamento Assistenza Protesica, presidi e ausili

In premessa si segnala che la presente UOS non acquista prestazioni sanitarie da privati, bensì beni sanitari da fornitori privati. Il fornitore/distretto segnala alla presente UOS una serie di informazioni, che la stessa acquisisce e comunica alla UOC Bilancio la quale crea la scheda anagrafica del fornitore su C4H.

La presente UOS inserisce, invece, le informazioni sul fornitore nel sistema GST, gestionale usato per erogare i *voucher* agli utenti.

Partendo dall'analisi della procedura interna elaborata nel corso della precedente verifica di audit, svolta in data 23.04.21, è stato ripercorso il processo di fatturazione e di liquidazione gestito dalla presente UOS, il quale può essere sintetizzato come segue:

- 1) **Emissione della fattura da parte del fornitore:** il fornitore acquisisce il *voucher* dagli utenti (il quale viene precedentemente rilasciato dagli uffici distrettuali che non dipendono dalla UOC) e, attraverso lo stesso, può procedere alla consegna del dispositivo all'utente e alla successiva emissione della fattura. La presente UOS tramite il gestionale interno, riesce a visualizzare se il prodotto è stato consegnato, previa verifica della documentazione di avvenuta consegna firmata dall'assistito inviata dal fornitore unitamente alla fattura.
- 2) **Caricamento delle fatture su sistema informativo C4H e controlli sulle stesse:** la presente UOS carica su sistema informativo C4H le fatture che vengono scaricate in formato Txt e caricate su GST. Di seguito, si procede alla verifica dei dati riportati, specialmente che gli assistiti siano ancora in vita al momento della liquidazione, che vi sia un'autorizzazione e la corrispondenza tra l'importo fatturato e quello autorizzato.
- 3) **Controlli pre-liquidazione e liquidazione delle fatture:** a questo punto, i liquidatori creano un file con l'acronimo "IUCG" (file txt generato da sistema GST) il quale contiene tutte le fatture precedentemente lavorate (al punto 2) e si procede al caricamento massivo dello stesso su sistema informativo C4H. A questo punto si inserisce su sistema il numero di conto economico, il codice ufficio e il file. Il sistema informativo C4H segnala eventuali errori di caricamento, i quali vengono corretti manualmente dagli operatori. Terminata questa fase, il sistema elabora la lista di liquidazione. Infine, attraverso nota inviata all'ufficio delibere e al collegio sindacale si invia la copia dei provvedimenti effettuati per poter finalizzare il tutto.

Per entrambe le UOS analizzate sono state raccolte due pratiche di acquisto da fornitori privati. In particolare, i processi sopradescritti sono stati ripercorsi da un punto di vista documentale, e dall'analisi incrociata dei documenti/file acquisiti, è possibile verificare l'adeguatezza dei controlli effettuati dagli operatori nonché l'adeguatezza del processo di acquisto di prestazioni/beni sanitari da privati, il quale risulta abbastanza strutturato e pertanto, l'esito della presente verifica, è da ritenersi "Positivo".

Audit del 06/09/2022 – UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna

Con riferimento alle criticità evidenziate nel corso della precedente verifica di audit svolta in data 20.07.21, la presente UOC segnala che i controlli sul DURC in sede di liquidazione sono sempre stati effettuati e che sono formalizzati esclusivamente in formato cartaceo. A tal proposito, è opportuno dare evidenza di tale controllo su sistema C4H caricando il pdf del DURC.

Nel corso della verifica viene ripercorso il processo di acquisto di prestazioni sanitarie da privato. In particolare, sono state analizzate le seguenti fasi:

- **Aggiornamento/creazione delle anagrafiche:** La presente UOC comunica che, in sede di modifica/aggiornamento delle anagrafiche, si procede mensilmente a comunicare le variazioni alla UOC Bilancio. Nel caso di inserimento di una nuova struttura convenzionata, la presente UOC non inserisce la stessa a sistema ma la comunica alla UOC Bilancio, la quale procederà all'aggiornamento a sistema.
- **Rendicontazione periodica ricevuta dalle strutture convenzionate e controllo flusso M:** Le strutture accreditate creano un flusso sulle prestazioni erogate e lo caricano a sistema. Successivamente la presente UOC, tramite sistema FLUCONVEST, procede all'estrazione del flusso che viene incrociato con i riepiloghi delle prestazioni fatturate. Tale operazione viene effettuata direttamente dal sistema informativo. Successivamente se non vengono riscontrate discrepanze, si procede alla trasmissione del flusso al SIS. Inoltre, nel caso di discrepanze all'interno del flusso, il sistema non procederà all'emissione del provvedimento di liquidazione.
- **Verifiche propedeutiche alla liquidazione delle prestazioni rendicontate, ulteriori al controllo sul flusso M, (controllo 12° budget, calcolo enpab, calcolo enpam, verifica prestazioni emodialisi, verifica correttezza importo fatturato, verifica DURC):** Prima dell'emissione degli ordini vengono effettuati dei controlli su file extra-sistema, in modo da garantire la correttezza degli importi. Per rendere efficiente il lavoro di scorporo e il calcolo enpam, la presente UOC comunica che le prestazioni verranno gestite e liquidate in un'unica *tranche*.

Alla luce delle considerazioni emerse nel corso dell'intervista e a seguito dell'analisi sulla documentazione acquisita non emergono rilievi in riferimento all'azione I1.5

Azione I3.6 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti I3.2 - Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti (data, responsabile, tipo di controllo). Tra i controlli da prevedere si evidenziano principalmente; comparazione degli ordini con le offerte scritte precedentemente richieste ai fornitori, comparazione delle bolle di entrata con gli ordini per quanto riguarda la natura e la quantità delle merci, i termini e le condizioni di consegna, controllo delle fatture dei fornitori, controllo della sequenza numerica degli ordini, delle bolle di entrata e delle fatture, comparazione fattura con determina di pagamento, ecc."*

Audit del 13/10/2022 – Distretto Sanitario 39 - Bagheria

Da intervista emerge che, per gli acquisti di farmaci, il presente Distretto non effettua gli ordini di acquisto e non ha un budget assegnato in quanto sono di competenza della Farmacia Territoriale afferente al Dipartimento strutturale. In relazione a tali beni, la presente struttura, effettua le operazioni di liquidazione e l'aggancio bolla-fattura, anche se tali operazioni non sarebbero strettamente di competenza del Distretto. Ogni tal volta il distretto riceve una fattura, l'operatore verifica che la stessa abbia un ordine NSO agganciato. Nel caso in cui la fattura non abbia un ordine agganciato, la stessa viene rilevata nel conto "fatture in contenzioso" e non viene liquidata fin quando non viene effettuato il relativo aggancio. Le operazioni di entrata merci vengono effettuate dalla farmacia, il DDT viene caricato sul sistema informativo senza che venga apposto il timbro. Ultimate le operazioni di entrata merci si esegue il controllo del DURC e tutti i dovuti controlli e si procede ad effettuare le operazioni relative alla fase di liquidazione. Nel caso in cui vi sia un disallineamento tra l'ordine e la fattura agganciata, il Distretto lo notifica alla ditta fornitrice in modo da

Relazione Internal Audit al 31-12-2022

sanare la criticità. Successivamente la fattura verrà stornata a seguito dell'emissione, a cura della ditta fornitrice, di una nota di credito.

In sintesi, il distretto predispone la lista di liquidazione, la farmacia territoriale effettua la prima validazione ed il Dipartimento Farmaceutico ne esegue una seconda.

Inoltre, il dipartimento effettua gli ordini per gestione odontoiatrica (es. protesi dentarie), questi vengono effettuati tramite sistema NSO. Tali ordini vengono effettuati successivamente all'assegnazione della protesi all'utente. L'operatore effettua i dovuti controlli in sede di ricezione della fattura e in sede di liquidazione.

Il Distretto così eroga i contributi assegnati dalla Regione relativi ai "disabili gravissimi". Una volta avvenuta l'assegnazione del contributo verrà attribuito un budget mensile e il distretto emetterà gli ordini tramite sistema informativo NSO. Di seguito viene effettuato un monitoraggio relativo all'assorbimento del budget, difatti prima di ogni pagamento all'utente, si verifica che lo stesso sia ancora in vita e quindi abbia diritto al contributo. La verifica viene effettuata attraverso la creazione di un report, il quale viene creato attraverso le singole richieste effettuate dagli utenti. Ad oggi i beneficiari di tale contributo sono 155. Sulla base di tale monitoraggio, viene affidato il budget per il mese successivo. Anche per queste tipologie di beni, la liquidazione viene effettuata dal presente Distretto.

La suddetta procedura si applica anche per gli acquisti legati al servizio di dialisi dei pazienti e al relativo trasporto. Per quest'ultima tipologia di acquisti vengono assegnati budget e conti economici distinti per tipologia di interventi. In particolare, l'iter inizia con una richiesta cartacea da parte dell'utente, la quale viene protocollata e caricata sul sistema informativo DatoSis. Successivamente si contatta l'Associazione (per la gestione del trasporto) e il centro di dialisi (nel raggio di 30 Km dal paziente). Il Distretto successivamente effettua dei controlli incrociati sulle diverse tipologie di trasporti infatti, è necessario avere una corrispondenza tra le operazioni di trasporto dichiarate e le operazioni di dialisi dichiarate dai centri. Se l'esito di tale controllo è positivo, si procede alla liquidazione delle prestazioni. Per quanto riguarda il pagamento il rimborso per i pazienti che utilizzano mezzi propri per il trasporto, si procede al rimborso delle somme utilizzando le tabelle ACI. Per quanto riguarda invece, le prestazioni di dialisi, il centro trasmette il flusso M e la reportistica delle prestazioni effettuate, i quali vengono incrociati al fine di verificarne la corrispondenza. Nel caso tale controllo dia esito positivo la liquidazione viene effettuata dal Dipartimento Cure Primarie.

Audit del 11/10/2022 – UOC Legale

Da intervista si rileva che l'ASP di Palermo non si avvale di legali esterni, eccetto nel caso in cui i legali interni rilevino specifiche incompatibilità. Allo stesso modo, la Direzione Generale si riserva di poter assegnare il contenzioso a legali esterni, come previsto dalla delibera 2/2020.

In particolare, nel caso in cui si proceda attraverso un affidamento esterno, il professionista, nel momento di emissione della fattura, richiede telefonicamente al Direttore della UOC Legale il codice univoco per la fatturazione elettronica.

Successivamente, i referenti della UOC Bilancio e Programmazione, i quali visualizzano tutte le fatture ricevute dallo SDI, identificano la fattura con codice univoco dell'Ufficio Legale e procede alle relative operazioni di contabilizzazione.

A questo punto, il Direttore dell'UOC Legale, una volta ricevuta la fattura, verifica la liquidabilità della stessa e l'effettivo aggancio all'ordine NSO.

Dopo aver effettuato le suddette operazioni, l'UOC Legale emette l'attestazione con ordine di servizio, in modo da autorizzare definitivamente la liquidazione della prestazione.

Audit del 20/09/2022 – Dipartimento di prevenzione

Da inquiry, emerge che le scorte vaccinali vengono stoccate presso l'unico magazzino di competenza del presente Dipartimento mentre i materiali di laboratorio vengono direttamente stoccati presso le strutture finali.

Con riferimento ai controlli previsti dalla procedura aziendale in merito alla consegna della merce, il referente del Dipartimento afferma che i responsabili del magazzino effettuano regolarmente i controlli di conformità quantitativa e qualitativa. Inoltre, nel caso dei vaccini, è necessario verificare che gli stessi siano stati trasportati rispettando la temperatura minima indicata dal fornitore. Tali controlli vengono effettuati alla consegna del bene (e quindi rispettando il termine massimo di 5 giorni stabilito dalla procedura aziendale) e l'operatore addetto effettua un confronto tra il DDT e le scorte vaccinali che sono state consegnate.

Con riferimento ai casi di difformità tra le quantità riportate nel DDT e le quantità effettivamente ricevute, i referenti del Dipartimento oggetto di verifica segnalano che non si è mai verificata una mancata corrispondenza tra la merce consegnata e il DDT. L'unica difformità che può essere rilevata in sede di consegna dei beni può essere ricondotta alla fattispecie di difformità quantitativa. Infatti, nel caso in cui l'operatore di magazzino rilevi che le scorte vaccinali non siano state trasportate seguendo le disposizioni in materia di temperatura e conservazione dei vaccini, né il DDT e né la merce vengono accettati. Successivamente si comunica, a mezzo nota, tale difformità al fornitore, il quale provvederà ad effettuare una nuova consegna.

Sempre con riferimento ai casi di difformità, è possibile che le stesse si presentino confrontando l'ordine di acquisto e il DDT. I referenti della struttura comunicano che l'unica difformità che può presentarsi in questo caso è riconducibile alla fattispecie quantità ordine > quantità consegnate. In questo caso, l'ordine resta "aperto" fin quanto non viene saturato da molteplici "Entrate merci". Nel caso in cui al 31/12 vi siano degli ordini ancora aperti, si provvede alla chiusura degli ordini non saturati. In questo caso si avranno più DDT agganciati ad un singolo ordini.

Da intervista è possibile rilevare che il DDT viene caricato sul sistema informativo C4H tramite la procedura di "Entrata Merci", il sistema, poi, effettuerà automaticamente l'aggancio e il confronto con l'ordine di acquisto. Se l'Entrata Merci viene effettuata prima della registrazione della fattura, il sistema aggancierà automaticamente ordine e fattura, in caso contrario (l'Entrata Merci viene effettuata dopo la registrazione della fattura), l'operatore addetto alla liquidazione procederà ad effettuare l'abbinamento in maniera manuale.

Con riferimento ai controlli di pre-liquidazione, l'operatore segnala che il controllo tra le prestazioni fatturate, ordini e DDT lo effettua automaticamente il sistema informativo C4H. Inoltre, l'operatore predisposto alla liquidazione effettua il controllo di regolarità sul DURC. Come rilevato in altri interventi di audit il sistema informativo C4H non prevede una funzionalità attraverso cui l'operatore possa dichiarare che ha effettuato la verifica dei DURC. Infatti, di *default*, il sistema restituisce che la verifica sui DURC è corretta. In questo caso potrebbero verificarsi situazioni in cui il DURC non è regolare ma consentendo ugualmente all'operatore di procedere al pagamento. Infine, tutta la documentazione strumentale ai controlli viene archiviata in specifici archivi cartacei.

Pertanto, a fine anno si procede a chiudere gli ordini ancora aperti, porre in essere gli inventari di chiusura esercizio. Il sistema informativo C4H confronta automaticamente gli importi da budget e gli importi liquidati nel corso dell'anno.

Dall'analisi documentale, emerge che il DDT viene correttamente caricato sul sistema informativo C4H e che il sistema aggancia lo stesso all'ordine di acquisto. Tuttavia, fermo restando l'esito positivo della verifica, dalla documentazione acquisita emerge che l'operatore di magazzino, addetto ai controlli di conformità, appone un timbro diverso rispetto a quello stabilito dalla procedura. Infatti, l'operatore dovrà apporre il timbro con su scritto "ricevuto a seguito di controlli". Inoltre, si rileva un'incongruenza con la procedura aziendale in merito ai vaccini che sono stati trasportati ad una temperatura diversa rispetto a quella indicata dal fornitore. Con riferimento a difformità equiparabili, la procedura infatti prevede che gli operatori addetti effettuino una scansione del DDT con il timbro "non ricevuto a seguito di completamento dei controlli" e lo carichino sul sistema informativo C4H. Successivamente la struttura ordinante dovrà richiedere (entro 10 giorni) l'invio della nuova fornitura. L'addetto al magazzino (tramite C4H) effettua la procedura di reso in modo da generare il carico della nuova merce e la produzione della documentazione di reso da far firmare al vettore.

Audit del 13/09/2022 – Dipartimento di prevenzione Veterinario

Come già specificato nel corso dell'intervento di audit svolto in data 31.05.22, nel corso del quale è stato analizzato il processo di acquisto (azione PAC I1.1), il presente Dipartimento acquista principalmente tubercolina diagnostica, provette e microchip, nonché particolari tipologie di servizi come il noleggio di autovetture e Personale dalla SAS. Per la tubercolina diagnostica, le provette e i microchip i referenti del presente Dipartimento segnalano che lo stesso non è coinvolto nelle fasi di emissione dell'ordine di acquisto e della liquidazione. Per i restanti servizi esaminati (noleggio di autovetture e Personale dalla SAS), invece, il Dipartimento risulta coinvolto nelle suddette fasi; pertanto, ha l'onere di attivare i relativi controlli, coerentemente con quanto previsto dalla procedura aziendale PAC oggetto della presente verifica.

Con riferimento ai controlli da effettuare nel momento in cui la merce perviene in magazzino, è necessario segnalare che il Dipartimento di Prevenzione Veterinario effettua acquisti avvalendosi principalmente del supporto della UOC Approvvigionamenti e non gestisce direttamente nessun magazzino, in quanto ad esempio, la tubercolina diagnostica viene consegnata presso la farmacia territoriale, la quale provvede ad effettuare i controlli al momento del ricevimento delle merci ed effettuare le relative operazioni di "Entrata Merci" su sistema informativo C4H. Successivamente, la farmacia al momento in cui la merce è stata correttamente ricevuta, comunica l'effettivo ricevimento al dipartimento. Il Dipartimento a seguito di tale comunicazione effettua dei controlli informali sulle quantità ordinate e quelle ricevute, ma da inquiry emerge che raramente si verificano difformità. Le difformità di carattere quantitativo e qualitativo vengono gestite direttamente dalla farmacia territoriale, in quanto competenza esclusiva della stessa. A causa delle suddette considerazioni, non è stato possibile acquisire documentazione che certificasse i controlli sui beni consegnati in magazzino e la corretta registrazione di "Entrata Merci". Allo stesso tempo, positivamente si segnala che nonostante tali controlli e le registrazioni di entrata merci su C4H siano una competenza esclusiva della farmacia territoriale, il Dipartimento oggetto della presente verifica effettua dei controlli incrociati sulla base delle comunicazioni trasmesse dalla farmacia territoriale.

Il dipartimento effettua dei controlli pre-liquidazione, in particolare verifica che i beni/servizi siano stati ricevuti/erogati. Infatti, nel caso del Personale SAS, la SAS elabora un report riepilogativo sul personale impiegato mentre le UU.OO. comunicano le valutazioni del personale. Nel caso in cui gli importi coincidano e la valutazione sia positiva, l'operatore indipendente procede ad effettuare le operazioni di liquidazione. L'operatore del Dipartimento effettua sistematicamente il controllo del DURC, i quali vengono allegati alla determina di liquidazione e archiviati in uno specifico archivio cartaceo, coerentemente con quanto previsto dalla procedura aziendale. Si segnala che, il DURC non viene caricato su sistema informativo C4H. Inoltre, i referenti comunicano che rispetto alla precedente verifica di audit, nella quale si è ripercorso il processo di acquisto, il presente Dipartimento procede ad elaborare un'attestazione di avvenuto servizio, la quale viene caricata su sistema informativo C4H e allegata alla determina di liquidazione.

Dall'analisi documentale si evincono i controlli pre liquidazione effettuati dagli operatori, in particolare nel mese di marzo 2022 suddetti controlli hanno evidenziato un errore nell'invio della fattura n.111 del 28.02.22 da parte del Business Partner, il quale ha inviato tale fattura ad un codice univoco del Dipartimento di Prevenzione veterinario anziché al codice IV73F2. A seguito di comunicazione a mezzo mail, il presente Dipartimento ha ricevuto nota di credito in data 31.03.22 per un importo pari a 4.620,14 euro.

Inoltre, da inquiry emerge che, gli spazi fisici interni al Dipartimento di Prevenzione Veterinario, che vengono utilizzati per accantonare la merce (es. microchip) da spedire alle strutture, vengono gestiti attraverso specifici file Excel per tipologia di bene. Nel corso della presente verifica è stato acquisito il file utilizzato per la gestione dei microchip corredato da tutta la documentazione che potesse permettere di verificare l'accuratezza e la completezza dello stesso. Dall'analisi non emergono rilievi.

In sintesi, si ritiene che la procedura non sia totalmente applicabile al Dipartimento di Prevenzione Veterinario, in quanto non gestendo alcun magazzino, non è possibile applicare tutti i controlli richiesti dalla procedura aziendale PAC in merito a tale fase. D'altro canto, con riferimento alla fase di gestione dei controlli pre-liquidazione, il presente Dipartimento risulta sufficientemente strutturato. Considerate le evidenze emerse nel corso dell'intervista e quelle emerse dall'analisi documentale, l'esito della verifica è da ritenersi positivo.

Azione I4.6 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.1 - Predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"*

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.3 -Verifica delle fatture passive pervenute dopo la chiusura dell'esercizio e sino alla data di approvazione del bilancio al fine di individuare passività che avrebbero dovuto essere rilevate entro la data di riferimento del bilancio."

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.4 "Attivazione di un sistema di ricognizione del contenzioso in essere alla data di chiusura del bilancio e stima da parte del servizio affari legali ovvero legali esterni incaricati dall'azienda, del rischio di soccombenza per ciascuna causa e la relativa quantificazione degli oneri da accantonare a fondo rischi."

Audit del 11/10/2022 – UOC Legale

Audit del 11/10/2022 – UOC Legale

La procedura interna prevede che, a seguito della notifica di un contenzioso, questo si inserisce in un prospetto Excel nominato "rubricazione" che riporta i dati essenziali riepilogativi dell'atto notificato. Tale file extra-contabile contiene anche il riepilogo delle prestazioni affidate ai legali esterni.

Trimestralmente il file viene inviato ai legali per aggiornare l'eventuale importo da accantonare e successivamente al bilancio.

Il file di rubricazione viene veicolato internamente a tutti i legali affinché segnalino quelli per cui provvedere a un accantonamento a fondo rischi, su base % del valore del contenzioso o sulla base di una CTU o della determinazione effettuata dal legale su casistiche simili.

Nel corso del precedente Audit era stato rilevato che in caso di utilizzi dei fondi, l'ufficio legale effettuava l'aggiornamento a consuntivo sulla base delle schede contabili, non sempre tempestivamente sulla base delle sentenze. In taluni casi si sono rilevate delle discrepanze: movimenti Co.Ge. rispetto ai quali il suddetto prospetto non evidenzia variazioni (chiusure per esborsi, etc.) e viceversa. Il Direttore dell'UOC Legale dichiara che, in sede di chiusura del bilancio 2021, è stato effettuato un'attività di aggiornamento analitico delle cause in essere e dei relativi utilizzi o eventuali ulteriori accantonamenti, allineato con la contabilità.

Infine, il Direttore dell'UOC Legale segnala che, a seguito della delibera della Direzione Aziendale 2/2020, è stato centralizzato alla struttura oggetto di Audit la liquidazione non solo delle spese legali ma anche della sorte capitale. Tale fattispecie, comporta un eccessivo onere in capo alla Struttura. Ad oggi l'UOC Legale, infatti, è dotata di n. 4 Legali (di cui n. 2 che si occupano di tutte le tipologie di cause, compreso l'Avv. Livigni, 1 diritto del lavoro e n. 1 per cause relative a sinistri).

Dall'analisi documentale, non emergono particolari rilievi che possano compromettere l'esito della verifica. L'unico rilievo afferisce al file denominato "Rubricazione" per cui il campo dell'importo non sempre risulta valorizzato.

Audit del 02/08/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Con riferimento all'azione PAC I4.1 si è voluto verificare il processo attuato per la definizione delle previsioni dei costi derivanti dalle ft da ricevere. A tal riguardo, durante l'intervista si è ripercorso l'intero processo di registrazione contabile sull'applicativo C4H, distinguendo fra le diverse fattispecie di presenza/assenza dell'ordine di servizio.

Si segnala che, in merito al processo per la determinazione dei costi per fatture da ricevere, questo può essere suddiviso nelle seguenti casistiche:

1) Bilancio chiuso:

- Fattura di competenza anno precedente senza ordine di servizio: in merito a tale fattispecie, la presente UOC comunica due diverse modalità:

- L'UOC Bilancio e Programmazione invia delle note di richiesta di ricognizione dei costi sostenute alle strutture e, una volta ricevuto riscontro, procede a registrare manualmente il relativo costo in contropartita a debiti per fatture da ricevere;
- L'UOC Bilancio e Programmazione riceve la fattura di competenza dell'anno precedente, non ricompresa nella suddetta ricognizione effettuata dalle strutture, e provvede a registrare la relativa sopravvenienza passiva.

- Fattura di competenza anno precedente con ordine di servizio: alla ricezione della fattura essa viene agganciata all'ordine di servizio generando le scritture di debito per fatture da ricevere relativa rilevazione del costo nell'anno di competenza;

2) Bilancio aperto: l'UOC Bilancio e Programmazione prima di procedere alla chiusura del bilancio d'esercizio emette comunicazione a tutte le UU.OO nella quale, comunicando l'attuazione del blocco contabile per la registrazione delle fatture dell'anno precedente, le invita ad effettuare la regolarizzazione delle fatture agganciando l'ordine e registrando il relativo costo. Nel caso pervengano fatture, l'anno successivo a quello di riferimento, non ricompresa nella suddetta ricognizione, l'UOC Bilancio e programmazione provvede alla

registrazione del costo a fatture da ricevere nell'anno di competenza e provvede l'anno successivo alla chiusura di quest'ultimo registrando in contropartita il debito verso il fornitore.

Si apprende inoltre che, in concomitanza con la redazione dei CE trimestrali l'UOC Bilancio e programmazione effettua dei controlli sulle fatture per verificare quali risultano in contenzioso. Trasmesso l'elenco delle fatture, su un file extra contabile, le UU.OO., nel caso in cui risalgono all'ordine di servizio, provvedono alla regolarizzazione delle stesse agganciando il conto di competenza. Nel caso in cui, le strutture non fossero in grado di procedere alla regolarizzazione, la presente UOC provvede ad effettuare le suddette operazioni.

Da inquiry, attraverso la registrazione dell'entrata merce viene alimentato un solo conto relativo a "Fatture da ricevere" (2.04.07.02.99) il quale viene movimentato dalle entrate merci. Si rileva l'esistenza di ulteriori conti per fatture da ricevere riconducibili alle case di cura, alle strutture convenzionate ed al personale.

Azione I6.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura I6.1 - Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati"

Audit del 06/12/2022 – Presidi ospedalieri (PP.OO: "S. Cimino" di Termini Imerese)

Dall'analisi del processo, è stato possibile osservare che le diverse funzioni/ruoli/controlli sono gestite in maniera indipendente e soprattutto da soggetti aziendali diversi. Infatti, emerge come il processo di liquidazione sia presidiato con adeguati controlli e che il provvedimento di liquidazione sia validato dal responsabile della struttura, ovvero da soggetto diverso dal proponente. Inoltre, si evidenzia come il soggetto Responsabile della liquidazione risulta diverso dal soggetto che effettua gli ordini di acquisto. Date le suddette considerazioni, l'esito della verifica è da ritenersi "Positivo".

Audit del 02/12/2022 – UOC Approvvigionamenti

Dall'analisi del processo previsto dall'azione PAC I6.1, è stato possibile osservare che le diverse funzioni/ruoli/controlli sono gestite in maniera indipendente e soprattutto da soggetti aziendali diversi. Infatti, il soggetto che procede alla liquidazione delle fatture è diverso da quello che emette l'ordine.

Audit del 11/10/2022 – UOC Legale

Dall'analisi del processo sopra descritto è stato possibile osservare che le diverse funzioni/ruoli/controlli sono gestite in maniera indipendente e soprattutto da soggetti aziendali diversi. Pertanto, l'esito della verifica è da ritenersi "Positivo".

Audit del 18/10/2022 – UOC Ospedalità Pubblica e Privata

Dall'analisi del processo è stato possibile osservare che le diverse funzioni/ruoli/controlli sono gestite in maniera indipendente e soprattutto da soggetti aziendali diversi. Pertanto, l'esito della verifica è da ritenersi "Positivo".

Audit del 13/10/2022 – Distretto Sanitario 39 - Bagheria

Con riferimento all'azione PAC I6.1 si rileva che le fasi del processo di acquisto in cui il presente Distretto è coinvolto, sono applicate da soggetti aziendali diversi e indipendenti; quindi la verifica è da ritenersi positiva

Audit del 22/09/2022 – Dipartimento della salute della famiglia

I referenti del Dipartimento comunicano che non è presente una figura di categoria C Amministrativa a cui affidare l'incarico di responsabile del procedimento di liquidazione. Inoltre, si rileva che l'organico ha visto l'alternarsi di 3 Direttori nel corso dell'ultimo anno. La carenza di personale ha portato la presente struttura ad affidare l'incarico finalizzato alla liquidazione delle fatture (pro-tempore) al Responsabile della UOC Territoriale. Tale operazione si è resa necessaria, in quanto nel caso in cui non fosse stato affidato tale incarico pro-tempore, non si sarebbe potuto procedere all'emissione dei provvedimenti di liquidazione.

A tal proposito, si segnala che da analisi della documentazione fornita dalla struttura oggetto di verifica emerge come l'utente liquidatore non risulta essere il Responsabile della UOC Territoriale, bensì la dott.ssa Spedale quale Dirigente Medico UOSD Ostetricia e Ginecologia.

Audit del 20/09/2022 – Dipartimento di prevenzione

La procedura interna esaminata prevede una chiara suddivisione dei ruoli e delle responsabilità. Infatti, le diverse fasi sono applicate e gestite da diversi soggetti aziendali. Inoltre, si sottolinea che, il Dipartimento ha

provveduto all'elaborazione di una "Matrice delle Responsabilità" tra i diversi attori coinvolti, in modo da rendere più trasparente il processo di attribuzione dei relativi compiti e responsabilità. Pertanto, non emergono rilievi in merito all'implementazione dell'azione PAC I6.1.

Audit del 13/09/2022 – Dipartimento di prevenzione Veterinario

La procedura interna esaminata prevede una chiara suddivisione dei ruoli e delle responsabilità. Infatti, le diverse fasi sono applicate e gestite da diversi soggetti aziendali. Pertanto, non emergono rilievi in merito all'implementazione dell'azione PAC I6.1 all'interno della struttura oggetto della presente verifica di audit.

Audit del 08/09/2022 – UOC Assistenza riabilitativa territoriale

Dall'analisi del processo previsto dall'azione PAC I1.5, è stato possibile osservare che le diverse funzioni/ruoli sono gestite in maniera indipendente e soprattutto da soggetti aziendali diversi. Infatti, per ogni UOS, i diversi step precedentemente descritti, sono stati illustrati da diversi soggetti aziendali. Pertanto, l'esito della verifica è da ritenersi "Positivo".

Audit del 06/09/2022 – UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed esterna

La struttura oggetto della presente verifica acquista principalmente prestazioni sanitarie da privati. Infatti, la presente UOC non gestisce magazzini in quanto gli acquisti di beni vengono effettuati attraverso la UOC Approvvigionamenti che provvede ad espletare relative procedure con scarico a sistema al CdC della struttura competente. Pertanto, la presente procedura, è applicabile solo in relazione agli acquisti di prestazioni sanitarie di privati. Le stesse sono state esaminate nel contesto della procedura I1.5, e dalle analisi effettuate si evince le diverse fasi che governano il ciclo passivo sono applicate da soggetti aziendali separati le cui principali funzioni concernano. Il processo risulta sufficientemente strutturato, pertanto l'esito della verifica è da ritenersi positivo.

Azione I8.5 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I8.3 - Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento".*

Audit del 03/11/2022 – UOC Programmazione Controllo di Gestione

Il referente dell'UOC Programmazione, Controllo di gestione segnala che non ha un controllo sui consumi, che invece viene monitorata dall'UOC Bilancio sulla base delle fatture. A tal riguardo, il referente aziendale comunica che su sistema informativo C4H viene visualizzato esclusivamente lo stanziamento di spesa effettuato sulla base di una delibera. Allo stesso modo, si rileva, che dal sistema non si evince la spesa effettiva spesa sostenuta.

L'UOC Programmazione, controllo di gestione gestisce l'assegnazione dei budget alle strutture sulla base dello storico calcolato sulla base del 70% dell'anno precedente. Da inquiry, emerge che i budget vengono assegnati all'inizio dell'esercizio economico, e tale assegnazione viene effettuata per tutti i conti economici e per alcune tipologie di conti di natura patrimoniale. In particolare, il processo inizia con la richiesta di assegnazione da parte delle diverse articolazioni aziendali, successivamente la presente UOC predispone una proposta di assegnazione all'UOC Bilancio, al fine di verificare la disponibilità delle somme.

Nel corso dell'esercizio, nel caso in cui sia necessario effettuare acquisti di natura non prevedibile e/o urgenti, è possibile richiedere l'integrazione del budget inizialmente assegnato tramite apposita richiesta, la quale viene acquisita e convalidata dalla UOC Bilancio e Programmazione.

Inoltre, da intervista si rileva che i referenti aziendali comunicano che per alcune strutture (es. UOC Riabilitazione), il processo di assegnazione del budget segue un iter diverso. Infatti, per le suddette strutture ad inizio anno si procede assegnando il 100% delle risorse, fermo restando la verifica preventiva dell'importo da parte della UOC Bilancio e Programmazione.

Dall'analisi documentale, non emergono rilievi tali da pregiudicare l'esito della presente verifica, dunque lo stesso è da ritenersi "Positivo"

➤ Rilevazione miglioramento procedure PAC

Si precisa che nell'ambito della griglia (**allegato B2**) nonché nella presente relazione, sono state considerate concluse con esito positivo anche le verifiche a valle delle quali sono stati unicamente individuati possibili margini di miglioramento delle procedure aziendali attualmente in vigore, in quanto si è ritenuto che le

attività ed i controlli effettivamente già posti in essere dalle varie UUOO, sebbene non mappati nelle procedure, siano adeguati per il raggiungimento degli obiettivi delle varie azioni PAC.

Si riporta di seguito il dettaglio delle verifiche per le quali si è ritenuto opportuno concludere come descritto al periodo precedente. Verrà avviata, con il responsabile PAC aziendale, la revisione delle procedure aziendali in vigore entro il 30 giugno 2023.

AREA	AZIONE PAC	OGGETTO AZIONE	UOC VERIFICATA	OSSERVAZIONI I.A.
Debiti e Costi	I1.1 I1.3	Predisposizione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio	UOC Bilancio e Programmazione UOC Progettazioni e Manutenzioni UOC Approvvigionamenti	. Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica
Debiti e Costi	I1.5	Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna UOC Ospedalità Pubblica e Privata	. Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica
Debiti e Costi	I2.1 I2.4	Impiegare documenti idonei ed approvati, lasciando traccia dei controlli svolti: ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i debiti deve essere comprovata da appositi documenti che siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	UOC Bilancio e Programmazione	. Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica
Debiti e Costi	I3.2	Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti	UOC Progettazioni e Manutenzioni PP.OO "S.Cimino" di Termini Imerese	. Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica
Debiti e Costi	I3.4	Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda l'indipendenza di coloro che hanno il mandato di firma, l'ordine cronologico dei pagamenti e gli altri adempimenti normativi (es. D.L. 35/2013) e l'estinzione del debito al fine di evitare duplicazioni.	UOC Bilancio e Programmazione	Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica
Debiti e Costi	I6.1	Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati	UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna UOC Progettazioni e Manutenzioni UOC Ospedalità Pubblica e Privata UOC Approvvigionamenti PP.OO "S.Cimino" di Termini Imerese	. Occorre confrontarsi con il responsabile PAC aziendale, al fine di rivedere le procedure PAC relative alle azioni oggetto di verifica

Inoltre con Delibera n. 1525 del 04/10/2022 si è provveduto ad aggiornare le seguenti procedure:

- Procedura amministrativa area generale (area PAC A);
- Procedura amministrativa per la gestione di crediti e ricavi (area PAC F);
- Procedura "Ciclo delle immobilizzazioni e patrimonio netto" (area PAC D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7 ed area PAC H).

3.3 Verifiche con esito "con riserva"

Nell'ambito del presente paragrafo si mettono in evidenza tutte le verifiche di audit svolte nel secondo semestre 2022 concluse con riserva, in considerazione della natura del rilievo e delle azioni correttive eventualmente già intraprese alla data di verifica e/o alla data di redazione della presente relazione. Nel corso degli interventi di audit in oggetto, tramite intervista ai soggetti partecipanti afferenti alle singole strutture organizzative, è stato ripercorso il processo amministrativo-contabile ed extracontabile previsto dalle procedure aziendali adottate dall'Azienda, al fine di individuare eventuali gap di procedura e/o di processo. Sono state altresì effettuate verifiche documentali ed operative al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato da ciascuna struttura organizzativa oggetto di verifica, previa selezione casuale di un set di *items*.

AREA RIMANENZE

Azione E3.7 *"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.4 "Adozione di azioni dirette a monitorare la presenza in magazzino di articoli slow-moving e/o obsoleti e la trasmissione delle informazioni in Co.Ge per la rilevazione di eventuali svalutazioni di fine anno."*

Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."

Audit del 02/08/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

In premessa si segnala che la procedura aziendale relativa alla gestione delle rimanenze (Area PAC E) è stata revisionata con delibera n. 1054 del 09.09.2021, inserendo i riferimenti ai beni *slow moving*, scaduti, in scadenza e obsoleti.

Da intervista si segnala che nel caso di dismissione di un bene di consumo sanitario e non sanitario, i responsabili di magazzino effettuano lo scarico su C4H, ma tale attività non si riflette automaticamente sul valore contabile in Co.ge in quanto tale operazione dovrebbe essere effettuata dalla presente UOC in maniera manuale sulla base delle informazioni trasmesse dalle strutture competenti. Tuttavia la dirigenza segnala che, alla data di verifica, la presente UOC non riceve la documentazione amministrativo-contabile necessaria ad effettuare le registrazioni contabili relativamente alle dismissioni.

Relativamente alle rimanenze, il Referente tecnico scientifico del flusso beni e servizi provvede all'estrazione del report dal sistema C4H (beni sanitari e non sanitari) sulla base del quale verranno effettuate le scritture di chiusura. In particolare, per i beni sanitari, il referente tecnico scientifico del flusso beni e servizi riceve dal direttore del Dipartimento Farmaceutico le informazioni relative esclusivamente allo scarico dei beni DPC, le integra e le invia all'UOC Bilancio e Programmazione.

Dall'intervista svolta con i dirigenti amministrativi dell'UOC verificata, si apprende come in sede di predisposizione di bilancio d'esercizio non si rende necessario effettuare scritture di svalutazione del valore delle rimanenze finali, dal momento che le merci, obsolete e scadute, sono oggetto di costante monitoraggio da parte del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, che provvederà a registrare a sistema i movimenti di scarico per scaduto: tali rilevazioni consentono l'allineamento della co.ge. alla contabilità di magazzino. Inoltre, ai fini della predisposizione del bilancio d'esercizio, la UOC Bilancio e Programmazione riceve dalla UOC Approvvigionamenti o Dipartimento interessato il valore delle rimanenze finali da iscrivere in bilancio.

Si rileva un ritardo imputabile alle strutture nel trasmettere la documentazione amministrativo-contabile necessaria ad effettuare le registrazioni contabili relativamente alle dismissioni. Pertanto, è necessario intervenire, congiuntamente alle strutture coinvolte, in modo da velocizzare il processo. Infine, si suggerisce, di implementare un momento di controllo circa i dati a valore delle rimanenze finali comunicati dalle strutture interessate rispetto ai valori risultanti dalla contabilità.

Audit del 28/07/2022 – Dipartimento interaziendale farmaceutico

Il monitoraggio e l'elaborazione delle suddette tipologie di beni vengono effettuati mensilmente tramite applicativo C4H e in caso di merce scaduta si procede alla relativa dismissione. Al momento dell'entrata merce, si carica a sistema informativo C4H l'anagrafica del prodotto con la relativa scadenza. Nel caso in cui vengano riscontrati dei beni in scadenza, si attiva un sistema di condivisione che può essere attivato nelle seguenti modalità:

- i. Il Responsabile del Dipartimento riceve una richiesta di acquisto dal magazzino farmaceutico e, consultando la giacenza e la scadenza del prodotto richiesto già presente a magazzino, blocca la richiesta e reindirizza la richiesta presso i magazzini farmaceutici che hanno a disposizione tali tipologie di beni a sistema C4H;
- ii. Ogni singola farmacia monitora trimestralmente tali beni nei propri magazzini e con nota indirizzata a tutti i responsabili dei PP.OO Ospedalieri, comunica la presenza di beni in scadenza nei propri magazzini per consentirne l'uso da parte di altri presidi.

Con riferimento alle giacenze scadute rilevate all'interno delle estrazioni da sistema informativo, si raccomanda di sollecitare le Strutture competenti ad effettuare una puntuale mappatura dei lotti in scadenza al fine di attivare il meccanismo di condivisione previsto dalle procedure e, nel caso di lotti già scaduti, di effettuare con tempestività l'attività di scarico a sistema.

Azione E5.4 *"Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 - Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"*

"Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.2- Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"

"Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.3 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."

Audit del 27/07/2022 – UOC Approvvigionamenti

Alla data di verifica si è provveduto ad auditare i magazzini afferenti alla UOC, per prima cosa si evidenzia che per il Magazzino di Cancelleria non si riscontra più la fattispecie dell'obsolescenza, ad eccezione di pochi prodotti di cancelleria. Tali prodotti (a titolo di esempio toner, cartucce d'inchiostro e stampati) sono in attesa di essere smaltiti, ma sono chiaramente identificati all'interno del magazzino. Nonostante ciò, a sistema C4H tali beni alla data di verifica sono ancora da identificare come "obsoleti". Inoltre, dalla verifica non è stato implementato un sistema di mappatura extra contabile della merce. Infine nel corso dell'esercizio 2022 non si è potuto procedere ad effettuare dei veri e propri inventari periodici a causa delle carenze di personale. Per quanto riguarda mentre il Magazzino di Igiene e Pulizia non si presenta il fenomeno della scadenza e/od obsolescenza per via della natura dei beni presenti, inoltre per settembre 2022 è programmata una verifica inventariale intermedia.

In conclusione, con riferimento ai due magazzini esaminati, si rileva la non totale implementazione alla procedura aziendale. È opportuno migliorare la gestione delle merci in scadenza/scadute/obsolete attraverso le seguenti azioni:

- 1) Predisponendo dei sistemi formali utili alla mappatura delle suddette merci. Tale attività può essere effettuata extra contabilmente attraverso dei file in formato Excel (i quali saranno funzionali all'alimentazione del sistema informativo C4H), oppure effettuando la mappatura direttamente sul sistema informativo aziendale;
- 2) Procedendo alla corretta alimentazione del software gestionale dando evidenza dello stato dei beni (scaduto/scadenza/obsoleto) ed effettuando le dovute operazioni di scarico e dismissione;
- 3) Ovvviare alle carenze di personale, richiedendo l'assunzione delle risorse necessarie ad effettuare le dovute operazioni oppure effettuando una nuova pianificazione interna del personale.

Audit del 28/07/2022 – Dipartimento interaziendale farmaceutico

Per quanto concerne i prodotti scaduti, le farmacie effettuano il monitoraggio mensilmente, e nel caso in cui si riscontrino beni scaduti, esse stesse effettuano lo scarico su sistema informativo C4H. Il Dipartimento non dispone un controllo formalizzato sugli scarichi effettuati dalle farmacie ma, da intervista con il referente del Dipartimento, emerge che annualmente viene effettuato un monitoraggio degli scarichi rispetto ai prodotti scaduti.

Inoltre, esiste un meccanismo che permette di accantonare i farmaci in scadenza in modo da limitare i nuovi acquisti fino ad esaurimento scorte.

Con riferimento alla dismissione, si procede a confezionare il bene in appositi contenitori, i quali verranno prelevati dalla società affidataria dello smaltimento dei rifiuti. Da intervista si rileva una totale aderenza del processo alla nuova procedura aziendale.

Nel caso in cui si registrino delle entrate merci con una scadenza inferiore a 1/3 rispetto a quella indicata dal capitolato di gara, la questione viene segnalata alla casa farmaceutica, la quale rilascia una nota di credito con riferimento alla merce che non è stata consumata alla data di scadenza del lotto.

Nel corso dell'intervento di audit sono state acquisite le estrazioni da sistema informativo C4H degli scaduti relativi ai magazzini di: PTA Albanese, Carini, Cefalù, Corleone, Lercara Friddi, Partinico, Petralia, Termini Imerese e della farmacia territoriale. Per tutti i magazzini si rilevano giacenze scadute in magazzino, che non risultano dismesse alla data di verifica. Si rileva comunque che l'attività di scarico per i prodotti scaduti residui nell'anno 2021 è stata effettuata.

AREA CREDITI E RICAVI

Azione F4.7 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 - Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo e accurato nonché registrate nei conti di co.ge. e che tutte le prestazioni rese vengano registrate ancorché non ancora fatturate alla chiusura del periodo contabile."*

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.5 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Audit del 31/08/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Dall'analisi della documentazione acquisita in sede di audit, emerge che, nonostante vi siano stati dei leggeri miglioramenti rispetto a quanto riscontrato nel corso del precedente incontro di audit svolto in data 12.07.2021, persistono ancora ritardi con riferimento all'emissione delle fatture. In particolare, dalla suddetta analisi emerge quanto segue:

- 1) **Fattura 234-301:** La prestazione è stata erogata nel periodo compreso tra il 14.02.22 al 03.03.22, mentre la relativa fattura è stata emessa in data 26.08.22;
- 2) **Fattura 233-301:** La prestazione è stata erogata nel corso del mese di giugno 2022, mentre la relativa fattura è stata emessa in data 24.08.22;
- 3) **Fattura 203-301:** Il periodo di riferimento della prestazione è agosto-dicembre 2021, mentre la relativa fattura è stata emessa in data 02.08.22
- 4) **Fattura 121-101:** La fattura è stata emessa in data 26.08.22, ma la prestazione è stata erogata nel periodo compreso tra il 14.02.22 al 03.03.22;
- 5) **Fattura 14-305:** Le prestazioni erogate afferiscono al 2021, mentre la fatturazione è avvenuta nel corso del mese di agosto del 2022.

Alla luce delle suddette considerazioni, l'esito della verifica è da considerarsi "Parzialmente positivo".

Azione F5.4 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1 - Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti al f.do svalutazione crediti."*

Audit del 22/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Nel corso del presente intervento di audit, è emerso che per l'esercizio 2021, per quanto concerne la determinazione del fondo svalutazione crediti, è stata effettuata una svalutazione forfettaria pari al 5% dell'ammontare dei crediti verso clienti privati al 31.12.2021. Tale operazione si è resa necessaria in quanto, in sede di chiusura di bilancio, la presente UOC non ha ricevuto alcun riscontro da parte dell'UOC Legale relativamente allo stato di solvibilità dei clienti in contenzioso.

Per garantire una migliore determinazione del Fondo Svalutazione Crediti, per i futuri esercizi, si chiede di effettuare una valutazione analitica dello stato di solvibilità dei clienti in contenzioso al fine della determinazione dell'accantonamento a fondo svalutazione crediti anche attraverso l'ottenimento dalla UOC Legale della documentazione funzionale alla verifica dei crediti risultanti insoluti oltre i 60 giorni.

Date le suddette considerazioni, l'esito della verifica si ritiene "Parzialmente Positivo"

AREA PATRIMONIO NETTO

Azione H1.3 "Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 - Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto..... "

Audit del 02/12/2022 – UOC Approvvigionamenti

Da intervista con il Responsabile della Struttura oggetto di verifica e dall'acquisizione della relativa documentazione emerge che per gli acquisti gestiti direttamente dalla UOC Approvvigionamenti, coerentemente con quanto previsto dalla procedura PAC H1.1, si provvede ad indicare la fonte di finanziamento con la quale il bene è stato acquistato. Tale informazione è riportata sia all'interno della delibera/determina che all'interno della denominazione CIG (nella quale viene indicata la denominazione del relativo progetto). Di contro, i referenti aziendali affermano che tali informazioni non vengono sempre riportate nel caso di acquisti effettuati da parte delle strutture aziendali periferiche. Infine, i referenti dell'UOC oggetto di verifica evidenziano la mancanza di comunicazioni afferenti a cespiti ricevuti in regime di "Donazione".

Audit del 30/11/2022 – UOC Gestione Patrimonio

La suddetta procedura prevede che l'UOC Gestione Patrimonio debba effettuare annualmente, sulla base dei dati inseriti a sistema dalle strutture che hanno in capo il finanziamento, una riconciliazione tra i dati risultanti da libro cespiti, con identificazione di quelli oggetto di finanziamento. I referenti della UOC oggetto di verifica segnalano che, a causa di una carenza di competenze amministrative all'interno delle diverse strutture aziendali periferiche, il sistema informativo non sempre viene alimentato correttamente, con riferimento alle operazioni di emissione degli ordini, Entrata Merci e collegamento dell'ordine alla delibera.

Nonostante la parziale aderenza alla procedura aziendale sia attribuibile all'erronea alimentazione del sistema informativo C4H da parte delle diverse strutture ordinanti, che determina una gestione extracontabile degli acquisti finanziati, si consiglia di implementare le seguenti azioni correttive:

- 1) Avviare, di concerto con le strutture ordinanti, percorsi di formazione per il personale amministrativo in merito alla corretta alimentazione del sistema informativo;
- 2) Sollecitare le diverse articolazioni aziendali a rispettare le scadenze imposte dalla UOC oggetto della presente verifica;
- 3) Avviare l'attività di migrazione dei cespiti ricevuti in donazione non appena verrà finalizzata l'implementazione del nuovo gestionale.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.1 - Predisposizione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.

La procedura deve tra l'altro prevedere che:

- a) gli acquisti siano effettuati sulla base di appropriate autorizzazioni interne e, laddove richiesto, sulla base di apposite approvazioni regionali coerentemente, anche, ai budget assegnati;
- b) siano chiaramente definiti i poteri di autorizzare ordinazioni ed i relativi limiti;
- c) gli ordini di acquisto siano emessi sulla base di richieste scritte di approvvigionamento;
- d) gli ordini di acquisto siano numerati in sequenza
- e) negli ordini di acquisto venga data chiara evidenza delle quantità ordinate, dei relativi prezzi, delle altre condizioni di acquisto;
- f) gli ordini di acquisto siano regolarmente archiviati
- g) chi autorizza le ordinazioni è indipendente da chi richiede gli approvvigionamenti; ecc...

Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa."

Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare il rispetto della procedura ed in particolare la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget, certificazioni varie ecc..., con predisposizioni di relativi report delle risultanze delle verifiche.

Relazione Internal Audit al 31-12-2022

Audit del 17/11/2022 – UOC Progettazioni e Manutenzioni

Nel corso dell'intervista è stato ripercorso il processo di acquisti in cui è coinvolta la UOC Progettazione e Manutenzione, in modo da analizzare se le procedure relative alle azioni PAC I1.1, I3.2 ed I6.1. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dalla UOC Progettazione e Manutenzione, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica.

Di seguito si riepilogano le principali operazioni legate al ciclo di acquisto, effettuate dalla UOC oggetto di verifica:

1) LAVORI

Da intervista con Il Direttore della UOC Progettazione e Manutenzione emerge che sono stati stabiliti, ma non ancora deliberati, n. 4 accordi quadro inerenti alle manutenzioni, al fine di suddividere per zona (Area 1 Palermo, Area 2 Partinico, Area 3 Petralia e Termini e Area 4 Corleone) gli interventi da assegnare alle ditte aggiudicatrici per lo svolgimento degli interventi edili. Per l'identificazione delle suddette ditte è stato pubblicato un avviso di manifestazione di interesse sulla base del quale sono state sorteggiate, attraverso un sistema automatico effettuato da un generatore automatico gestito dalla Regione Emilia Romagna, n. 10 ditte che verranno invitate sul MEPA per attivare la relativa procedura negoziata.

Inoltre, il Direttore riferisce che tale suddivisione in aree prevede anche le competenze da assegnare alla squadra di lavoro che dovrà controllare l'effettiva effettuazione dell'intervento. Il Direttore riferisce che tale squadra sarà composta dal RUP, dal Direttore dei Lavori e da professionisti interni all'Azienda sulla base delle competenze richieste dalla natura dell'intervento (ad esempio se l'intervento avviene su un macchinario clinico si chiede l'intervento di un ingegnere clinico).

Il processo per gli interventi di natura edile inizia con una richiesta di intervento da parte della Struttura richiedente. Successivamente il direttore dei lavori effettua un computo metrico per quantificare il valore dell'intervento e dare mandato alla relativa ditta per effettuare i lavori. In seguito, sulla base dei SAL presentati ed una volta verificata l'effettuazione dell'avvenuto intervento da parte del gruppo di lavoro competente, viene ricevuta la fattura e predisposta la lista di liquidazione.

Dal punto di vista assicurativo per i lavori edili è prevista da parte della ditta, la presentazione di una polizza fideiussoria (che vale anche per le manutenzioni) da parte della ditta ed una polizza "All risk" su un minimale di 500 mila euro, oltre all'ulteriore assicurazione dell'Azienda per danni accidentali. La polizza viene attivata per competenza sulla base delle deleghe conferite dalla Direzione Aziendale.

2) MANUTENZIONE ORDINARIA

Trattasi di manutenzioni previste da contratto e riportato dal piano biennale delle manutenzioni e triennale dei lavori. Il processo di attivazione e gestione degli interventi è il medesimo di quello descritto nella sezione relativa alle "Manutenzioni straordinarie", come di seguito riportato.

3) MANUTENZIONE STRAORDINARIA

Il processo per l'attivazione e la gestione degli interventi di manutenzione straordinaria, può essere riepilogato come di seguito riportato:

- Il reparto invia la richiesta alla Ditta di riferimento, la quale provvede ad acquisirla;
- La presente UOC richiedente provvede ad indicare in maniera puntuale le azioni da implementare e i tempi previsti, in modo da consentire alla UOC Progettazione e Manutenzione di verificare che il completamento dei lavori avvenga entro i termini indicati nel preventivo medesimo potendo applicare, in caso contrario, una penale per tardivo completamento;
- Se il preventivo viene accettato, si procede a formalizzare l'affidamento del servizio, tramite apposita determina;
- Al completamento dell'intervento la Ditta rilascia il proprio rapporto tecnico, controfirmato da un addetto del personale clinico – detta firma costituisce l'attestazione di regolare esecuzione da parte del clinico di reparto, rispetto a cui si notizia l'UOC Progettazione e Manutenzione.

Per i macchinari clinici è necessario il rilascio del parere di regolare esecuzione sia da parte del R.U.P. che da parte di un clinico. L'UOC Progettazione e Manutenzioni, dunque, procede con l'emissione a sistema dell'ordine con attestazione di servizio automatica.

Ai fini della liquidazione l'UOC Progettazione e Manutenzione avvia le proprie verifiche sulla regolare esecuzione della prestazione e sul DURC. Il certificato di regolare esecuzione del servizio e il DURC vengono allegati all'atto di liquidazione. Con la Determina avviene l'autorizzazione a provvedere alla liquidazione della fattura. La verifica di validità del DURC è effettuata alla data della liquidazione della fattura; in caso di DURC non in regola è chiesto alla ditta di regolarizzare la propria posizione entro 15 gg. come da applicazione del codice appalti.

Con riferimento alla segregazione delle funzioni il direttore della UOC comunica che, a causa del ridotto numero di risorse disponibili dell'ufficio tecnico, non è possibile procedere alla segregazione delle funzioni, l'emissione dell'ordine e la sua liquidazione sono svolti dalla medesima persona.

Anche per gli atti di ogni direttore di funzione è prevista la doppia firma, quella del Direttore della UOC e quella del Direttore del Dipartimento. Al momento si rileva che non è stato nominato un Direttore di Dipartimento. Date tali considerazioni, non è possibile attribuire un esito positivo alla verifica.

Audit del 10/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

Da intervista emerge che la UOC Bilancio e Programmazione non dispone di un budget assegnato quindi, ad esempio per i materiali di cancelleria, la presente UOC si appoggia alle gare espletate dalla UOC Approvvigionamenti. Infatti, la presente UOC alimenta uno specifico prospetto, il quale contiene le quantità richieste e le quantità effettivamente consegnate all'operatore in sede di ritiro presso il magazzino di riferimento.

Con riferimento ai servizi indicati dalla procedura PAC aziendale, per cui la presente UOC deve predisporre il cosiddetto "Prospetto di gestione economica e contabile", si segnala che in sede di invio della proposta di acquisto, le diverse strutture ordinanti indicano i conti su cui contabilizzare i relativi acquisti, i quali vengono validati e/o corretti dalla UOC Bilancio e Programmazione. Nel caso in cui il conto economico indicato dalle strutture non sia corretto, la presente UOC non acquisisce la proposta di acquisto e invita la struttura ordinante ad indicare il conto economico corretto. La presente UOC effettua le attività previste in merito alle indicazioni da dare alle strutture ordinanti ma non hanno provveduto a redazione del "prospetto" da inviare alle strutture, in quanto si attende la revisione della procedura aziendale per redigere un prospetto di dettaglio sulla gestione economica e contabile da inviare alle strutture.

Allo stesso modo, i referenti della presente UOC riferiscono che il controllo sulla saturazione del budget relativo ai suddetti acquisti viene effettuato dalla UOC Controllo di Gestione.

Audit del 02/12/2022 – UOC Approvvigionamenti

Da intervista emerge che la UOC oggetto della presente verifica gestisce direttamente i seguenti servizi:

- 1) Servizi di Pulizie;
- 2) Ausiliariato;
- 3) Servizio mense;
- 4) Servizio di Facchinaggio;
- 5) Servizio di Vigilanza;
- 6) Gara in somministrazione;
- 7) Altre tipologie di servizi

Inoltre, la presente UOC acquista direttamente beni di cancelleria e componenti tecnologici funzionali allo svolgimento delle attività all'interno della struttura.

Inoltre, la suddetta UOC gestisce le richieste di tutte le strutture in merito a servizi, beni a scorta e/o acquisti da fornitori tramite gare o affidamento diretto.

Coerentemente con quanto stabilito dalla procedura aziendale, la UOC Approvvigionamenti redige il "Programma Biennale degli Acquisti", sulla base dei fabbisogni indicati da parte delle diverse articolazioni aziendali.

I referenti dell'UOC Approvvigionamenti comunicano che per il biennio 2023-2024 si è provveduto a determinare i relativi fabbisogni sulla base del consumo storico. Tale determinazione è dovuta in quanto le

strutture competenti hanno trasmesso solo in parte la comunicazione dei propri fabbisogni relativi ai beni/servizi, soprattutto per quanto riguarda le attrezzature sanitarie le informazioni necessarie sono incomplete.

I referenti riferiscono che il suddetto piano, essendo redatto sulla base del consumo storico, non viene seguito per l'acquisto di beni e servizi, in quanto le strutture inviano apposite richieste d'acquisto a mezzo Mail/PEC, le quali vengono trasmesse alla segreteria della presente UOC. Inoltre, se si tratta di beni non a scorta, viene effettuata un'indagine, mezzo nota indirizzata al capo del dipartimento, per intercettare ulteriore fabbisogno da parte delle altre strutture.

I referenti rilevano di aver segnalato alla SW-HOUSE fornitrice dell'applicativo amministrativo-contabile l'opportunità di prevedere un blocco da parte del sistema all'emissione di nuovi ordini nel caso in cui venga superato l'importo identificato dal CIG, che ad oggi non risulta implementato. I referenti comunicano che si prevede di inserire il suddetto blocco con il passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile.

Successivamente, in base alla natura della richiesta ed alle modalità di approvvigionamento, la pratica viene assegnata ad un operatore per la formalizzazione della richiesta a sistema e per la relativa lavorazione. In particolare, gli operatori dell'UOC Approvvigionamenti si occupano sia della fase amministrativa che dell'inserimento a sistema di CIG, anagrafica prodotto, inserimento della delibera, caricamento del contratto, emissione dell'ordine, ad eccezione degli acquisti effettuati per conto del Dipartimento farmaceutico e per il Dipartimento Diagnostica di laboratorio, per i quali si occupano esclusivamente di espletare le procedure di gara, predispongono la proposta di determina con la segnalazione dei conti economici e la trasmettono ai suddetti dipartimenti. L'impegno di spesa, la registrazione della proposta, l'emissione degli ordini e la fase di liquidazione è in carico ai dipartimenti.

I referenti dell'UOC comunicano che gli ordini di acquisto vengono effettuati tramite il sistema informativo C4H, il quale è integrato al sistema NSO. Inoltre, si segnala, che, in merito alle fatture per cui non è presente il riferimento all'ordine NSO, si provvede ad effettuare un'analisi al fine di ricondurre le suddette fatture agli ordini. Nel caso in cui non si riesca a risalire ai relativi ordini, le suddette fatture vengono rifiutate dalla presente UOC.

Con riferimento all'acquisto di servizi, il referente dell'UOC Approvvigionamenti segnala che è stata effettuata la centralizzazione dei servizi di vigilanza e pulizia.

I referenti segnalano che si provvederà a centralizzare anche il servizio di ristorazione, in quanto il monitoraggio dello stesso presenta alcune lacune

Coerentemente con quanto stabilito dalla procedura aziendale, si segnala che la suddetta UOC provvede a verificare i DURC in sede di liquidazione nonché ad allegare sul sistema informativo C4H le attestazioni di avvenuto servizio.

Nel corso dell'incontro è emerso che il ruolo di Ufficiale rogante, negli anni, è stato svolto da personale diverso. L'individuazione del personale cui affidare tale ruolo è avvenuta solo di recente. Per tale motivo, a fronte dell'obbligo legislativo della registrazione telematica dei contratti redatti in forma pubblica amministrativa relativi a gare sopra soglia, la procedura di registrazione telematica non sempre è stata adempiuta, con tutti i conseguenti rilievi che ne derivano sotto il profilo fiscale (con riferimento al pagamento dell'imposta di registro) sia sotto il profilo giuridico.

Il responsabile dell'UOC Approvvigionamenti riferisce che in linea di massima i contratti stipulati dal 2013 al 2017 non sono stati registrati telematicamente ma che la relativa registrazione è avvenuta in forma cartacea. Infine la registrazione dei contratti relativamente alle annualità successive è in corso di verifica da parte della struttura ed eventualmente si provvederà a sanare nel più breve tempo possibile il gap che verrebbe individuato

Azione I1.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 - Acquisto prestazioni sanitarie da privato"

Audit del 18/10/2022 – UOC Ospedalità Pubblica e Privata

Nel corso dell'intervista è stato ripercorso il processo di acquisti di prestazione sanitarie da privati accreditati, in modo da analizzare la corretta applicazione delle procedure PAC I1.5 e I6.1, le quali sono state adottate con delibera aziendale n.171 del 30/10/2017.

È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dalla presente UOC, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica.

In premessa si segnala che, visto l'obbligo di emissione degli ordini di servizio elettronici tramite il Nodo smistamento Ordini (NSO) a partire dal 1° gennaio 2022, il personale della presente UOC ha effettuato un corso di formazione di n. 2 giornate per l'emissione degli ordini su sistema C4H. Gli ordini da emettere dal personale addetto sono suddivisi tra ricoveri intra-regione, (trapianti di cornee e di midollo osseo), i ricoveri extra-regione e altri servizi (emoderivati e rimborso cornee).

Da intervista e dall'analisi della documentazione ottenuta per n. 1 pratica di accreditamento di una struttura si rileva che, l'ordine viene effettuato sulla base della pre-fattura emessa dalle Case di Cura sulla base dei ricoveri, a cui viene allegata la rendicontazione analitica dei pazienti e i dati del flusso SDO e SDAO. Il referente della UOC segnala che nell'anno 2021 il budget è stato determinato in base alla produzione netta e pertanto per effettuare la chiusura è necessario finalizzare i controlli sanitari utili alla rideterminazione del budget.

Nelle more dell'emissione del Decreto dell'Assessorato, la struttura richiede all'UOC Controllo di Gestione lo stanziamento del budget sulla base dello stanziamento dell'anno precedente. Il referente della UOC comunica che per l'anno 2022 è stato assegnato un budget determinato in maniera provvisoria, tramite comunicazione dell'Assessorato, sulla base del budget dell'anno 2020 aumentato per i punti nascita.

In seguito, l'Assessorato assegna, tramite decreto, gli aggregati di spesa, gli obiettivi in capo alle strutture e fornisce, inoltre, il modello di contratto da far sottoscrivere alle strutture accreditate, integrato da alcune segnalazioni effettuate dalla struttura oggetto di verifica sulla base delle fattispecie contrattualizzate (per es. se una struttura deve chiudere per un certo lasso di tempo, è previsto che deve trasmettere motivazione scritta all'UOS Accreditamento, All'UOC Ospedalità e all'Assessorato).

Con riferimento all'assegnazione delle risorse alle strutture, La presente UOC, sulla base del decreto Assessoriale, assegna le risorse in base ai criteri stabiliti, anche ai fini della predisposizione del verbale di negoziazione. In seguito, la Direzione Aziendale notifica alla struttura la pubblicazione del decreto assessoriale che dispone l'assegnazione dell'aggregato provinciale per le seguenti categorie di budget: 1) attività di ricovero ordinario, 2) trapianti di cornea, 3) midollo osseo, 4) alta complessità, 5) mobilità attiva extra-regione, 6) liste d'attesa e trasferimenti da pronto soccorso e 7) ospedali pubblici. Successivamente alla stipula del contratto vengono effettuati i conguagli (in aumento o in riduzione), dei budget precedentemente assegnati sulla base della produzione.

Il budget assegnato a ciascuna struttura è suddiviso in dodicesimi, le economie rilevate da una o più strutture, qualora presenti, sono redistribuite a fine anno fra le altre strutture che hanno prodotto un extra budget se previsto dal Decreto Assessoriale.

Con riferimento alla "pre-liquidazione", i referenti aziendali segnalano che le fatture sono trasmesse mensilmente dalle strutture e saldate entro 60gg dalla contabilizzazione a seguito di una serie di controlli di correttezza e congruità, dai referenti della presente UOC. Infatti, tali controlli sono svolti da n. 3 coadiutori amministrativi, a cui sono assegnate le case di cura in proporzione al numero dei ricoveri rilevati nell'anno precedente. Ad inizio mese le strutture trasmettono pre-fattura, i flussi e la rendicontazione con il dettaglio dei pazienti e la tipologia di ricovero, suddivisi tra ricoveri fatturati ed extra budget e trasmettono la certificazione del flusso siglato dal Direttore sanitario per branca. La presente UOC riceve i flussi SDO e SDAO entro l'8 del mese successivo e l'addetto al caricamento dei flussi, nominato con delibera n. 1496 del 30 settembre 2022, verifica la congruità inserendo gli stessi all'interno del sistema denominato "Verbena Isolabella" aggiornato sulla base dei dati riposti nella piattaforma ministeriale "Grouper", la quale legge i

codici della diagnosi principale, secondaria e le cure applicate, analizzando i DRG e la valorizzazione dello stesso.

Inoltre, si segnala che l'importo della fattura non può eccedere il dodicesimo del budget e che la produzione delle strutture private è costantemente monitorata mediante file extracontabili attraverso cui è possibile evincere quanto è stato contrattualizzato, quanto prodotto e quanto liquidato.

I controlli interni sono volti a verificare la congruenza delle SDO, l'eventuale presenza di contenziosi o di pignoramenti (per cui è previsto l'accantonamento delle somme) e la regolarità del DURC.

Oltre ai controlli amministrativi necessari alla liquidazione delle fatture, tutte le strutture sono sottoposte a verifiche sulle prestazioni erogate selezionate a campione dall'Assessorato della Salute, con cadenza stabilite da quest'ultimo, sia verifiche, che estendono il campione stabilito dall'Assessorato, ad hoc da parte di medici della UOC oggetto di verifica - visibili sulla piattaforma "Qualitasicilia".

Prima di procedere alla liquidazione della fattura viene redatta una relazione riepilogativa per tutte le case di cura che ne attesta la congruità dell'importo, l'assenso alla liquidazione e quanto emerso dai sopraccitati controlli.

Dalla verifica svolta, nel complesso le attività poste in essere risultano strutturate. Tuttavia, emerge un gap della procedura PAC in vigore che, dunque, dovrebbe essere aggiornata rispetto alle effettive attività e controlli posti in essere relativamente alle prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati.

Azione 12.1 *"Predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle operazioni che originano, modificano o estinguono il debito."*

Adozione di controlli periodici e documentabili con riguardo in particolare a: riscontro tra i saldi dei conti individuali ed i saldi dei conti di riepilogo, il riscontro delle risultanze contabili dell'azienda con gli estratti conto inviati dai fornitori di propria iniziativa o su richiesta dell'azienda stessa, riconciliazione partitario fornitori con il libro giornale.

Audit del 10/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

In premessa, i referenti aziendali segnalano che la UOC Bilancio e Programmazione provvede ad accettare/rifiutare le fatture, quanto in realtà tale onere dovrebbe essere in capo alle diverse strutture ordinanti poiché conoscono gli elementi che hanno portato all'emissione della relativa fattura.

Con riferimento alla documentazione che origina il debito, dall'intervista svolta con i partecipanti è stato appurato che il debito nei confronti del fornitore si origina all'atto della registrazione della fattura passiva. Per la registrazione delle fatture il personale addetto presso l'UOC Bilancio e Programmazione procede a scaricare la fattura dallo SDI, e a registrare la stessa a sistema. Ai fini della registrazione della fattura alcuni campi vengono valorizzati in automatico dall'applicativo sulla base dei dati presenti nell'xml della fattura, altri campi saranno compilati dall'operatore (come l'ordine d'acquisto, qualora questo non sia stato indicato in fattura nello stesso modo in cui esso risulta sul sistema C4H). A fine giornata si effettua un'estrazione delle fatture registrate per ciascun ufficio richiedente. I controlli vengono effettuati a monte, quanto la fattura viene accettata/rifiutata dalla struttura competente.

Azione 13.6 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti 13.2 - Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti (data, responsabile, tipo di controllo). Tra i controlli da prevedere si evidenziano principalmente; comparazione degli ordini con le offerte scritte precedentemente richieste ai fornitori, comparazione delle bolle di entrata con gli ordini per quanto riguarda la natura e la quantità delle merci, i termini e le condizioni di consegna, controllo delle fatture dei fornitori, controllo della sequenza numerica degli ordini, delle bolle di entrata e delle fatture, comparazione fattura con determina di pagamento, ecc."*

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti 13.4 - Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro:

- a) *l'indipendenza di coloro che hanno il mandato di firma rispetto alle funzioni di:*
- *approvazione dei pagamenti;*
 - *preparazione degli assegni o bonifici bancari;*

- incassi;

- acquisti e ricevimento merci.

b) che venga garantito l'ordine cronologico dei pagamenti e gli altri adempimenti normativi (es. D.L. 35/2013);

c) l'estinzione del debito al fine di evitare duplicazioni."

Audit del 06/12/2022 – Presidi ospedalieri (PP.OO: "S. Cimino" di Termini Imerese)

In premessa si segnala che il personale competente della gestione degli acquisti di farmaci per il P.O., risulta assente in data odierna. Pertanto, non è stato possibile effettuare le verifiche per le suddette fattispecie. Inoltre, da intervista emerge che il processo di gestione dei suddetti acquisti è interamente in capo al Dipartimento Farmaceutico che, attraverso interlocuzioni formali con i referenti dei singoli reparti ospedalieri, procede all'emissione degli ordini tramite sistema NSO e alla predisposizione delle liste di liquidazione. Inoltre, anche la gestione del magazzino farmaceutico è in capo al suddetto Dipartimento.

Nel corso dell'intervista si riferisce che le procedure di acquisto e di liquidazione vengono effettuate dall' UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2 per conto del P.O. Cimino. Infatti, il Responsabile dell'UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2 comunica che tutti gli acquisti per conto del presente Presidio sono effettuati previa autorizzazione della struttura centrale competente (UOC Approvvigionamenti, Dipartimento Farmaceutico e Ufficio Tecnico), al fine di verificare eventuali gare centralizzate in essere. In particolare, tali acquisti sono riferibili a farmaci salvavita e urgenti, acquistati mezzo cassa economale, farmaci riconducibili al reparto otorino, materiale di consumo e di convivenza, lavori per la messa in sicurezza del Presidio con un tetto di spesa, previsto dalla delibera n.609/2021, pari a € 40 mila.

Invece, il Responsabile segnala che le fattispecie per le quali il Presidio effettua esclusivamente la fase di liquidazione, demandando la gestione amministrativa in capo alla Struttura centrale competente, sono riconducibili al servizio lavanderia e pasti degenti, per le quali ai fini della liquidazione vengono acquisite le comunicazioni di avvenuto servizio da parte dei fornitori. In particolare, per il servizio di lavanderia vengono acquisite le bolle dai reparti e confrontati con i dati comunicati dal fornitore. Invece, con riferimento al servizio pasti, il cui espletamento risulta delocalizzato a Palermo, viene effettuato sia un controllo tra le comunicazioni fornite dal fornitore rispetto a quanto fatturato, sia un controllo tra il numero di degenti in essere nel presidio ed il report dei pasti erogati dal fornitore.

Con riferimento alle attività di programmazione, i referenti aziendali affermano che ad inizio anno, viene sistematicamente svolta un'attività di valutazione del fabbisogno sulla base dei consumi storici. Per gli anni 2020 e 2021, a causa della pandemia, la stima del fabbisogno è stata effettuata sulla base dei consumi infrannuali, richiedendo le integrazioni di budget all' UOC Programmazione Controllo di Gestione, in quanto il dato dei consumi storici non era raffrontabile, in termini di operatività ordinaria, con le stime effettuate durante l'emergenza sanitaria.

Da intervista emerge che, una volta ultimate le operazioni amministrative afferenti alla selezione dei fornitori, i referenti del presente presidio procedono all'emissione dell'ordine di acquisto tramite sistema NSO, collegando lo stesso al relativo contratto. Con riferimento alle operazioni di entrata merci, i beni vengono consegnati nei magazzini di competenza del presente presidio e gli operatori effettuano tutti i controlli previsti dalla procedura aziendale I3.2 (coerenza merci-DDT e coerenza DDT-ordine). Le suddette operazioni di "Entrata Merci" vengono effettuate tramite sistema informativo C4H, inoltre nel corso dell'intervista è emerso che all'interno del Presidio è presente un unico punto di ricevimento del materiale dotato di accesso al sistema informativo C4H. Nel caso in cui la merce consegnata risulti quantitativamente inferiore rispetto a quanto riportato nell'ordine di acquisto, quest'ultimo rimane aperto sino al ricevimento completo della merce prevista. Il referente di magazzino comunica, inoltre, che non si sono mai verificati casi di quantità di merce consegnata superiore a quella prevista dall'ordine.

Ultimate le operazioni di entrata merci, il fornitore emette la relativa fattura, che viene accettata e registrata su sistema C4H direttamente dall'UOC Bilancio e Programmazione per la relativa liquidazione. Nel caso in cui questa non riporti i riferimenti dell'ordine NSO, i referenti comunicano che richiedono la nota di credito al fornitore. Da inquiry emerge che, con l'implementazione del nuovo sistema amministrativo-contabile, le fatture dovranno essere accettate direttamente dal centro ordinante, che effettuerà i controlli di merito ai fini della liquidazione, identificando tempestivamente le fatture da rifiutare.

Successivamente all'emissione della fattura, l'addetta alla fase di liquidazione comunica che effettua il controllo del DURC, il controllo ordine-bolla-fattura e predispone la lista di liquidazione, che viene validata dal Dirigente amministrativo, con delega del Direttore UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2.

In conclusione, risulta necessario avviare ulteriori interlocuzioni per la verifica dei controlli effettuati sulla gestione degli acquisti di farmaci per il P.O, in quanto il personale competente non era presente alla riunione di audit.

Audit del 17/11/2022 – UOC Progettazioni e Manutenzioni

Con riferimento alla verifica sulla corretta implementazione dell'azione PAC I3.2 si rimanda alle considerazioni effettuate per l'azione I1.1.

Audit del 10/11/2022 – UOC Bilancio e Programmazione

I referenti aziendali riferiscono che i debiti non ancora saldati, sono da imputare alla mancata elaborazione delle liste di liquidazione da parte delle diverse strutture ordinanti.

Con riferimento alle cosiddette fatture in contenzioso, I referenti aziendali rilevano che la procedura per la gestione delle fatture passive è in corso di rivisitazione in quanto l'aggancio della fattura all'ordine (e di conseguenza l'imputazione dell'ordine di conto economico) sarà in capo alle strutture ordinanti. Si segnala che la UOC Bilancio e Programmazione provvede ad accettare/ rifiutare le fatture, quanto in realtà tale onere dovrebbe essere in capo alle diverse strutture ordinanti poiché conoscono gli elementi che hanno portato all'emissione della relativa fattura. A causa della mancata conoscenza degli elementi sostanziali che determinano la specifica fattura, la presente UOC può rifiutare la fattura solo ed esclusivamente se mancano alcuni elementi, come ad esempio l'emissione dell'ordine di acquisto tramite sistema NSO. Tale prassi rappresenta un'anomalia (non imputabile alla presente UOC) pertanto si ritiene necessario e prioritario rivisitare la relativa procedura PAC, in modo da trasferire l'onere ai veri owner di tale fase del processo di acquisto, ovvero le strutture ordinanti.

Con riferimento alla fase di pagamento, la quale rappresenta l'ultima fase all'interno del processo di gestione del debito, le strutture ordinanti provvedono ad elaborare la lista di liquidazione, la quale viene trasmessa e correttamente archiviata alla UOC Bilancio e Programmazione. Infatti, partendo dalla verifica a sistema dell'esistenza del provvedimento di liquidazione, ossia dell'autorizzazione al pagamento rilasciata dalla struttura organizzativa competente, l'ufficio mandati procede a effettuare le verifiche necessarie a predisporre i mandati di pagamento.

Audit del 27/09/2022 – UOC Medicina Legale e Fiscale

Con riferimento ai controlli in sede di entrata merci e alle operazioni di Entrata Merci sul sistema informativo C4H, il referente della struttura oggetto di verifica riferisce che non si effettuano operazioni di entrata merci su C4H e che la struttura non gestisce un magazzino. Infatti, acquistano principalmente materiali di cancelleria servendosi della UOC Approvvigionamenti. La presente UOC effettua infatti una richiesta per il ritiro di tali beni, successivamente un operatore procede al ritiro fisico della cancelleria, sulla base della disponibilità del casermaggio. Pertanto, la procedura aziendale PAC non può essere applicata alla presente struttura, limitatamente a questa fase del processo.

D'altro canto, la stessa può essere applicata relativamente ai controlli "Pre-liquidazione". Infatti, la UOC Medica Legale e Fiscale effettua principalmente liquidazioni delle visite di invalidità effettuate dai medici. Quest'ultimo, dopo aver effettuato la prestazione, produce un verbale di visita che certifica l'avvenuta visita. Il risultato delle visite semestrali effettuate da ogni singolo medico viene inviato con prospetto riepilogativo, viene firmato e timbrato dal segretario e inoltrato presso la presente UOC. I medici che fatturano alla presente struttura non sono soggetti al controllo del DURC, in quanto sottoposti ad adempimenti di carattere contributivo diversi. Nel corso della verifica di audit si è acquisita la documentazione relativa alla liquidazione degli importi afferenti alla fattura n.1 del 04/03/2022 per il dott. Giunta Antonio Felice Maria. Incrociando i dati riepilogativi della fattura elettronica e il relativo provvedimento di liquidazione (prov. N. 22002055) è possibile rilevare una squadratura degli importi pari a 58,32 centesimi nelle somme liquidate.

Nel corso della precedente verifica di audit, svolta in data 16/04/2021 si era rilevato che il sistema NSO sarebbe entrato a pieno regime nel corso del primo semestre del 2022, coerentemente con quanto previsto dagli obblighi normativi. Il referente della UOC Medicina Legale e Fiscale segnala che si è provveduto ad

effettuare gli adeguamenti richiesti dalla normativa, infatti nel corso del I semestre 2022, si è provveduto a trasmettere una nota indirizzata a tutti i fornitori di beni e servizi, attraverso la quale si invitano gli stessi a trasmettere i dati necessari alla finalizzazione degli ordini. Alla data odierna, molte fatture sono pervenute ad una data antecedente all'emissione dell'ordine, pertanto non possono ancora essere liquidate. Alla data di verifica la struttura si sta attivando per procedere all'emissione degli ordini in modo da poter smaltire le fatture pervenute per cui non era stato effettuato il relativo ordine.

Nel corso del successivo semestre, la struttura spera di poter entrare pienamente a regime e poter emettere gli ordini prima di Gennaio 2023, in quanto i medici fatturano alla presente struttura semestralmente.

Alla luce delle considerazioni emerse nel corso dell'audit congiuntamente all'analisi della documentazione acquisita, l'esito della verifica si ritiene parzialmente positivo in quanto l'adeguamento al sistema NSO non è ancora stato finalizzato.

Audit del 22/09/2022 – Dipartimento della salute della famiglia

Da inquiry emerge che il presente Dipartimento acquista principalmente materiali di cancelleria e materiali funzionali agli screening del cervico carcinoma. Per quanto riguarda i materiali di consumo si effettua una richiesta al magazzino di casermaggio mentre per quanto riguarda le altre tipologie di beni, la richiesta è effettuata alla Farmacia Territoriale. Il presente Dipartimento comunica che non gestisce alcun magazzino, i beni vengono stoccati in una stanza che non può essere considerata un magazzino, in quanto, oltre a non essere presenti magazzinieri, non risulta mappato a sistema. Date le suddette considerazioni, i controlli da effettuare al momento della ricezione dei beni, previsti dalla procedura aziendale, non possono essere applicati in quanto l'operazione di Entrata Merci spetta alla UOC Approvvigionamenti e/o alla Farmacia Territoriale. I beni richiesti, tramite apposita nota, vengono ritirati fisicamente dai referenti del presente Dipartimento presso le strutture della UOC Approvvigionamenti e/o Farmacia Territoriale.

La presente procedura aziendale può essere applicata solo con riferimento ai controlli pre-liquidazione. Infatti, i referenti aziendali comunicano che liquidano prestazioni da lavoro e per incarichi di natura libero-professionale (es. specialisti esterni). Per quest'ultima tipologia di prestazioni, non è previsto il controllo dei DURC, in quanto gli specialisti esterni sono assoggettati ad obblighi previdenziali diversi e separati. Il presente Dipartimento, prima di procedere alla liquidazione, effettua un controllo sull'avvenuto servizio. Infatti, sulla base di una dichiarazione di attestazione di avvenuto servizio, validata dal direttore della struttura, si procede ad elaborare una dichiarazione di avvenuto servizio, la quale precede la fase di liquidazione. Inoltre, si segnala che alcuni professionisti provvedono a trasmettere una reportistica di dettaglio sulle operazioni effettuate e da liquidare.

Nel corso dell'intervista, i referenti del presente Dipartimento segnalano che la struttura ha recuperato le liquidazioni da effettuare al Dott. Adile, mentre le ultime prestazioni liquidate al Prof. Perino risalgono al mese di aprile. Quest'ultimo ritardo è causato da un ritardo nell'emissione della fattura, non imputabile al presente Dipartimento.

D'altro canto, dall'analisi documentale continuano ad emergere ritardi nell'elaborazione del provvedimento di liquidazione. Infatti, nel corso della verifica documentale è stata acquisita la pratica di liquidazione delle prestazioni erogate dal Prof. Perino nel mese di marzo 2022. In particolare, le fatture Ft 5/a del 31/03/2022, Ft 1/a del 02/03/2022 e Ft 2/a del 03/03/2022, sono state liquidate in data 07/09/2022 attraverso il provvedimento di liquidazione nr. 22005616. Si riscontra quindi un gap temporale di ben oltre 60 giorni dall'emissione della fattura. Allo stesso tempo, si segnala un leggero miglioramento nella tempestività dei pagamenti rispetto al precedente intervento di audit ma non sufficiente a risolvere la precedente criticità.

Inoltre, emerge un disallineamento tra i riferimenti delle delibere di conferimento incarico acquisite con quelle indicate da sistema informativo C4H.

Azione 16.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura"

Audit del 17/11/2022 – UOC Progettazioni e Manutenzioni

Con riferimento alla segregazione delle funzioni il direttore della UOC comunica che, a causa del ridotto numero di risorse disponibili dell'ufficio tecnico, non è possibile procedere alla segregazione delle funzioni, l'emissione dell'ordine e la sua liquidazione sono svolti dalla medesima persona.

Anche per gli atti di ogni direttore di funzione è prevista la doppia firma, quella del Direttore della UOC e quella del Direttore del Dipartimento. Al momento si rileva che non è stato nominato un Direttore di Dipartimento. Pertanto, l'esito della verifica non può ritenersi interamente "Positivo".

Audit del 27/09/2022 – UOC Medicina Legale e Fiscale

Alla luce delle considerazioni emerse relativamente all'analisi sull'azione I3.2, l'esito della verifica si ritiene parzialmente positivo.

3.5 Verifiche effettuate senza esito in quanto strutture non competenti per le azioni verificate

Di seguito sono riportati gli audit per i quali, in sede di *risk assesment*, erano state identificate le strutture competenti alle azioni oggetto di esame, ma che in sede di verifica è stato rilevato il mancato coinvolgimento delle suddette Unità Operative, che, pertanto, non hanno permesso di esprimere un esito.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I3.6 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I3.2 e I3.4"

Audit del 21/09/2022 – UOC Servizio di Prevenzione e Protezione

Nel corso dell'intervista è stato ripercorso la fase di ciclo passivo in cui è coinvolta la UOC Servizio di Prevenzione e Protezione, in modo da comprendere se le procedure relative alle azioni PAC I3.2 ed I6.1 possano essere applicate alla presente struttura.

Da intervista emerge che la presente struttura complessa non gestisce alcun magazzino e non è coinvolta nella fase di liquidazione. Per garantire lo svolgimento delle proprie attività quotidiane, la presente UOC effettua una richiesta d'acquisto alla UOC Approvvigionamenti per richiedere principalmente materiale di cancelleria. La UOC Servizio di Prevenzione e Protezione non effettua l'operazione di "Entrata Merci" in quanto la stessa è effettuata dalla UOC Approvvigionamenti (e di conseguenza i controlli oggetto della presente procedura sono in capo a quest'ultima). Una volta effettuata la richiesta, un referente della presente UOC si reca fisicamente presso il magazzino della struttura ordinante e ritira la merce richiesta.

Con riferimento ai beni strumentali alle attività di prevenzione (es. segnaletica di sicurezza), da inquiry emerge che la UOC oggetto della presente verifica si limita ad attribuire un parere di regolarità sulla pratica. Tali beni, infatti, vengono consegnati presso i magazzini degli utilizzatori finali e non presso la presente UOC. Alla luce delle suddette considerazioni, non è possibile attribuire un esito alla presente verifica in quanto le Azioni PAC I3.2 e I6.1 non si applicano alla presente struttura.

Audit del 20/09/2022 – UOC Diagnostica per Immagini

I referenti segnalano che suddetta UOC riceve principalmente mezzi di contrasto e materiali di casermaggio, in quanto, da inquiry, emerge che non è competenza delle presenti strutture effettuare le procedure d'acquisto. Infatti, le stesse richiedono, tramite apposita nota, l'invio del materiale, il quale viene consegnato presso un punto fisico localizzato all'interno del Dipartimento, che non può essere considerato come magazzino in quanto, oltre ad essere sprovvisto di magazzinieri e responsabili, non risulta mappato a sistema. Non essendo l'operazione di "Entrata Merci" di competenza degli addetti alla gestione di questo punto di stoccaggio, tali figure si limitano a confrontare il quantitativo ricevuto. Una volta controllata la merce, si invia alla struttura che ha inviato la merce una nota nella quale si specifica che la merce è stata ricevuta correttamente. Nel caso in cui da tali controlli informali si evincano degli scostamenti rispetto a quanto richiesto, si procede a richiedere un'integrazione all'emissione del successivo ordine.

Da intervista emerge che il presente Dipartimento non ha predisposto un file utile alla mappatura dei consumi di tali beni. Inoltre, sempre da intervista emerge che il presente Dipartimento non si occupa dei processi di liquidazione in quanto, tale funzione è una competenza esclusiva delle farmacie.

Alla luce delle suddette considerazioni, non è possibile attribuire un esito alla presente verifica in quanto le Azioni PAC I3.2 e I6.1 non si applicano alla presente struttura.

Audit del 06/09/2022 – UOC Cure Primarie

Con riferimento alle azioni PAC I3 e I6, la presente UOC comunica che gli acquisti di beni vengono effettuati tramite l'UOC Approvvigionamenti, ma la presente UOC non gestisce direttamente un budget di spesa. Al momento della richiesta di acquisto, l'UOC Approvvigionamenti provvede ad espletare le relative procedure con scarico a sistema al CdC della struttura competente. La merce viene consegnata nella relativa sede ma,

trattandosi per lo più di beni di consumo per la gestione interna della struttura, non è stato istituito alcun magazzino per le scorte.

Alla luce delle suddette considerazioni, l'azione PAC oggetto della presente verifica non è applicabile alla UOC Cure Primarie, pertanto, non è possibile emettere un esito.

Azione I6.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura"

Audit del 21/09/2022 – UOC Servizio di Prevenzione e Protezione

Nel corso dell'intervista è stato ripercorso la fase di ciclo passivo in cui è coinvolta la UOC Servizio di Prevenzione e Protezione, in modo da comprendere se le procedure relative alle azioni PAC I3.2 ed I6.1 possano essere applicate alla presente struttura.

Da intervista emerge che la presente struttura complessa non gestisce alcun magazzino e non è coinvolta nella fase di liquidazione. Per garantire lo svolgimento delle proprie attività quotidiane, la presente UOC effettua una richiesta d'acquisto alla UOC Approvvigionamenti per richiedere principalmente materiale di cancelleria. La UOC Servizio di Prevenzione e Protezione non effettua l'operazione di "Entrata Merci" in quanto la stessa è effettuata dalla UOC Approvvigionamenti (e di conseguenza i controlli oggetto della presente procedura sono in capo a quest'ultima). Una volta effettuata la richiesta, un referente della presente UOC si reca fisicamente presso il magazzino della struttura ordinante e ritira la merce richiesta.

Con riferimento ai beni strumentali alle attività di prevenzione (es. segnaletica di sicurezza), da inquiry emerge che la UOC oggetto della presente verifica si limita ad attribuire un parere di regolarità sulla pratica. Tali beni, infatti, vengono consegnati presso i magazzini degli utilizzatori finali e non presso la presente UOC. Alla luce delle suddette considerazioni, non è possibile attribuire un esito alla presente verifica in quanto le Azioni PAC I3.2 e I6.1 non si applicano alla presente struttura.

Audit del 20/09/2022 – UOC Diagnostica per Immagini

Alla luce delle considerazioni emerse nel corso dell'intervista, l'azione PAC I6.1 non risulta applicabile alla UOC Diagnostica per Immagini.

Audit del 06/09/2022 – UOC Cure Primarie

Ogni specialista può visionare la propria agenda richiedendo delle credenziali di accesso alla UOC Cure Primarie. La struttura presso cui è ubicato lo specialista monitora le agende ed effettua i controlli in merito al rispetto dei volumi di attività, all'incompatibilità fra le timbrature e all'idoneità alla liquidazione avvenuta a fronte dell'incasso.

L'azione I6.1, dunque, non è applicabile all'UOC Cure Primarie

3.6 Verifiche ulteriori non programmate da piano di audit annuale 2022

AREA RIMANENZE

Azione E1.9 "Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 - Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici.

La procedura deve prevedere tra l'altro che:

- a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;
- b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);
- c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute
- d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;
- e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario"

"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.3 - Definizione di controlli sui riepiloghi d'inventario tali da garantire che:

- a. persone diverse dai magazzinieri o da chi tiene la contabilità di magazzino predispongano i riepiloghi d'inventario.
- b. si instaurino adeguate procedure per garantire la completezza e la correttezza dei riepiloghi d'inventario.
- c. vengano valorizzate le differenze d'inventario.

d. la riconciliazione tra le giacenze fisiche e le giacenze contabili e quindi la correttezza delle eventuali differenze d'inventario sia garantita da adeguate procedure di cut-off.

e. si prevedano apposite riconciliazioni sui sezionali di magazzino dei vari reparti.

f. adeguati controlli ed analisi vengono effettuati sulle differenze d'inventario.

g. anche i controlli sulle differenze di inventario siano svolti da persone indipendenti dai magazzinieri o da chi tiene la contabilità di magazzino.

h. il responsabile approvi i risultati dell'indagine ed i valori finali delle differenze di inventario. e rediga una relazione in merito all'esito dello stesso."

i. sia prevista una preventiva autorizzazione per apportare ogni rettifica ai saldi contabili

"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.4 - Garantire l'adeguamento del dato contabile delle rimanenze alle risultanze dell'inventario, mediante il recepimento delle differenze inventariali."

"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.5 - Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."

"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.8 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Audit del 15/11/2022 – Distretto 34 di Carini

Con riferimento al magazzino economale, da intervista con il referente del Distretto, emerge come per i materiali di cancelleria, igiene e pulizia, il medesimo si serve dei magazzini centrali. Infatti, gli operatori effettuano apposita richiesta di prelievo tramite sistema informativo C4H e i beni vengono consegnati presso il magazzino economale in gestione all'UOC Approvvigionamenti e ritirati dagli addetti del magazzino del Distretto. Le operazioni di trasferimento ed entrata merci vengono effettuate dal magazzino centrale e non dai referenti del magazzino economale. Il referente del magazzino economale del Distretto, oggetto di verifica, segnala dei ritardi imputabili alla struttura centrale circa le operazioni di scarico e trasferimento merce, i quali determinano ulteriori ritardi nella visualizzazione dei carichi sul sistema informativo C4H.

Con riferimento alle operazioni di inventariazione dei beni economici, si riferisce che le operazioni saranno svolte attraverso appositi lettori ottici e attraverso il sistema informativo C4H. Da intervista emerge che in passato gli inventari venivano effettuati a livello centrale. Dall'anno 2022 le attività inventariali verranno effettuate direttamente dagli operatori del distretto. Dall'analisi della documentazione emerge un valore esiguo dei beni presenti presso il magazzino economale del Distretto.

Con riferimento al magazzino farmaceutico del Distretto oggetto di audit, il Responsabile riferisce come gli acquisti lo vengono effettuati mediante le gare espletate dal Dipartimento Farmaceutico. In particolare, i referenti del magazzino effettuano le richieste d'acquisto tramite il sistema informativo che vengono validate ed autorizzate dal Dipartimento farmaceutico. Successivamente, l'operatore procede ad emettere l'ordine a mezzo NSO e la merce viene consegnata fisicamente presso il magazzino della farmacia territoriale. Le operazioni di entrata merce vengono effettuate dal magazzino farmaceutico e si rileva che al momento dello scarico si effettua un controllo di coerenza tra l'ordine, il DDT e le esistenze fisiche.

Per quanto concerne le attività di inventariazione, si riferisce che l'inventario viene predisposto almeno una volta l'anno attraverso la conta fisica dei beni e il confronto delle schede inventario con le giacenze che risultano a sistema. Nel caso di discrepanze tra il dato presente su sistema informativo e la conta fisica si verifica in primo luogo che non siano stati fatti errori nelle operazioni di carico e scarico, per poi successivamente inserire le risultanze della conta fisica sul sistema informativo C4H in modo da allineare le esistenze fisiche ai dati contabili. Inoltre, si rileva che con cadenza mensile, il Dipartimento farmaceutico richiede inventari su determinati campioni di farmaci.

Con riferimento ai beni a lento rigiro si riferisce che gli operatori del magazzino effettuano in maniera autonoma la mappatura dei beni pertanto si effettuano poche movimentazioni. Di fronte a prodotti in scadenza, il presente magazzino invia gli stessi al Dipartimento Farmaceutico, il quale avvierà il meccanismo di condivisione descritto dalla procedura aziendale PAC.

A seguito dell'inventario si rilevano dei beni scaduti, l'operatore del magazzino effettua la dismissione sul sistema informativo C4H per poi inviare i beni al Dipartimento Farmaceutico per la distruzione fisica degli stessi.

Inoltre, da intervista si rileva che in magazzino non sono presenti beni c/terzi e, pertanto, non viene gestito un magazzino conto deposito.

Infine, con riferimento al processo di liquidazione, i referenti del Distretto oggetto di verifica, comunicano che le operazioni per cui vengono predisposte le liste di liquidazione sono relative agli acquisti effettuati dal magazzino farmaceutico, mentre per le restanti operazioni le liquidazioni vengono effettuate dalle strutture centrali di riferimento.

Si suggerisce di collaborare con le strutture centrali per risolvere le criticità e i ritardi precedentemente rilevati. Si chiede, inoltre, di effettuare delle sessioni di formazione al personale di magazzino sul sistema C4H.

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

Azione G1.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.4 - Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"

Audit del 15/11/2022 – Distretto 34 di Carini

Con riferimento alla cassa economale, si riferisce che, come previsto da regolamento aziendale, alla suddetta cassa è assegnato l'importo di 2.000 euro, previa approvazione con atto formale da parte della Direzione Aziendale. Nel caso in cui, fosse necessario effettuare delle spese di carattere straordinario e con carattere di emergenza, è possibile richiedere il reintegro delle somme, allegando l'opportuna documentazione con la relativa motivazione giustificata per gli acquisti.

Il referente della cassa economale del Distretto specifica che, per gli acquisti e/o per le manutenzioni, è cura del Distretto richiedere un'autorizzazione alle Strutture centrali dell'Azienda (in particolare all'UOC Approvvigionamenti e/o all'UOC Progettazione e Manutenzione) al fine di verificare l'esistenza di gare e convenzioni in essere.

Il referente della cassa economale del Distretto oggetto di verifica comunica che le spese effettuate tramite cassa economale vengono rendicontate trimestralmente, predisponendo un prospetto di riepilogo, siglato dall'economista, delle spese del trimestre di riferimento, a cui vengono allegati i giustificativi di spesa e le relative richieste d'acquisto. Inoltre, con riferimento ai controlli tra saldo bancario e residuo di cassa, il referente riferisce che questo viene effettuato in maniera non formalizzata attraverso interrogazione del sistema informativo C4H e confrontato con quanto riportato all'interno del saldo bancario residuo intestato al Distretto. Il referente riferisce che nel caso in cui alla fine dell'anno sussiste un residuo di cassa, per poter procedere alle operazioni di chiusura cassa, è necessario azzerare il saldo attraverso il trasferimento delle suddette somme all'UOC Bilancio e programmazione.

Con riferimento alla cassa ticket, da inquiry con il Responsabile si rileva che la stessa è composta da due sportelli e due operatori. La cassa è dotata di un solo POS per consentire i pagamenti digitali.

Per quanto concerne le operazioni di apertura cassa, il saldo contabile iniziale è pari a 0, anche se gli operatori, per garantire lo svolgimento delle prime operazioni di giornata, hanno la possibilità di utilizzare le disponibilità incassate nei giorni precedenti e non ancora versate al vettore.

Il personale intervistato riferisce che i sistemi gestionali per le casse CUP sono n. 2:

- Sicilia Digitale per le operazioni di recupero crediti e mancata disdetta;
- HERO attivo per tutte le prestazioni erogate.

Con riferimento alle prestazioni che transitano su HERO, è stato ripercorso il processo di pagamento da parte dell'utente, in modo da poter garantire la completezza del processo. Infatti, l'utente effettua la prenotazione sul sistema CUP la quale viene visualizzata dagli operatori sul sistema informativo. Nel caso in cui, gli stessi non siano esenti dal pagamento del ticket, si recano fisicamente presso lo sportello per pagare la prestazione

da ricevere. L'operatore emette tre ricevute, una da consegnare all'utente, una da archiviare per fini di rendicontazione ed una spillata alla prenotazione e destinata allo specialista che eroga la prestazione.

Inoltre, si segnala che a fine giornata si procede all'estrazione dei dati da sistema, che contengono il dettaglio per singolo sportello, ed all'elaborazione della prima nota di cassa, la quale contiene il riepilogo di tutte le somme incassate e il dettaglio relativo al canale d'incasso (contanti o pagamenti digitali). Si riferisce che a seguito dell'estrazione dei dati da sistema gli operatori procedono a verificare che le somme incassate coincidano con gli importi presenti su piattaforma.

La consegna delle somme al vettore di trasporto viene effettuata una volta a settimana circa, in quanto l'importo detenuto non deve eccedere € 2.000 (come previsto da regolamento aziendale). Inoltre, si rileva che a causa degli esigui volumi relativi alle prestazioni ALPI, i versamenti per tali fattispecie vengono effettuati in maniera congiunta con le prestazioni ordinarie.

Con riferimento ai rimborsi, l'utente compila un apposito modulo (previsto da regolamento) allegando le ricevute di pagamento e successivamente, se sussistono le condizioni per il rimborso, la richiesta viene inoltrata all'ufficio Economico Finanziario per provvedere alla restituzione delle somme.

In conclusione, per garantire una maggiore efficienza nelle operazioni effettuate mezzo cassa economale, si chiede di utilizzare la stessa secondo quanto stabilito dal regolamento aziendale, senza la necessità di ottenere l'autorizzazione, peraltro spesso tardiva, da parte delle strutture centrali. Si segnala che, nel caso in cui si presentasse la necessità di effettuare un acquisto e di verificare preventivamente l'esistenza di gare e convenzioni in essere, è possibile consultare in autonomia il sito Aziendale, nel quale sono pubblicate la totalità delle delibere in atto, ed interrogare le stesse attraverso il sistema C4H.

4. Archiviazione documentazione

Tutta la documentazione relativa all'attività di audit interno è stata archiviata come descritto nella PARTE A della presente relazione.

5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

Si riporta in allegato (**allegato B1**) lo schema delle strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC.

Come indicato in premessa (**parte A**) nella definizione del programma delle attività, si è tenuto conto della richiesta, avanzata dall'Assessorato Regionale della Salute con nota protocollo n. 19920 del 20/04/2020, di aumentare significativamente il numero delle verifiche di Audit, nonché delle aree PAC individuate come maggiormente critiche (area IMMOBILIZZAZIONI e RIMANENZE) nell'ambito della nota n. 11786 del 28/02/2020 (cfr. *allegato A1*), ciò al fine di garantire un intervento di audit consistente, volto alla verifica di elevate percentuali di strutture coinvolte.

Le aree PAC delle IMMOBILIZZAZIONI e RIMANENZE sono state presidiate dal G.d.L. tramite lo svolgimento degli audit relazionati.

Rispetto alle altre aree PAC, l'impegno della funzione I.A., in termini di numero di verifiche di audit da svolgere complessivamente nel 2022, è stato significativamente implementato rispetto agli anni precedenti anche con riferimento alle aree PAC relative ai DEBITI E COSTI, CREDITI E RICAVI e area GENERALE. L'aggiornamento delle verifiche più datate verrà completato nel primo semestre 2023.

Infine, l'Assessorato della Salute, con nota prot. n. 31382 del 21.06.2022 (cfr. *allegato A5*), ad esito del monitoraggio degli Audit al 31.12.2021, ha richiesto di esplicitare i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica. A tal proposito, si relaziona che, all'interno dell'Allegato B1 "Tabella strutture per area PAC", nella colonna delle "strutture da auditare", sono state riportate, prendendo a riferimento le UO previste dall'Atto Aziendale, adottato con delibera n.81 del 21 gennaio 2020, le sole strutture pertinenti in termini di operatività, per singola area PAC di riferimento, che possano determinare un potenziale impatto in bilancio.

Si ribadisce che la programmazione delle strutture organizzative da auditare è stata altresì influenzata dalla diffusione del virus COVID-19.

6. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 31/12/2022 (**allegato B2**)

16/01/2023

Il Referente "Internal Audit"
Dr.ssa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Dr. Salvatore Bellomo

Per il Responsabile PAC
Dr.ssa Anna Mancuso

Visto

Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Nora Virga

Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Daniela Faraoni

Allegati:

- | | |
|-------------|---|
| allegato B1 | Schema riportante le strutture da auditare/auditare |
| allegato B2 | Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit -
aggiornata alla data del 31/12/2022 |
| allegato B3 | Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2022 |

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Prot. n° 11786

del 28/02/2020

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^a semestre 2020.

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Responsabili P.A.C
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

e, p.c.

All'Assessore alla Salute
All'Ufficio di Gabinetto

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di coordinamento sul P.A.C

Al Servizio V – Economico Finanziario

Ai Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

LORO SEDI

In ossequio, all'art. 3 del Decreto "Certificabilità" del 17 settembre 2012, gli Enti del S.S.R. inclusi nel P.A.C. della Regione Siciliana, sono quelli di cui all'art.19, comma 2 *lettere a) e c)* del D.Lgs. 23 giugno 2011 n.118.

In accordo con la previsione legislativa contenuta nel Decreto "Certificabilità" (*Decreto Interministeriale del 1° marzo 2013*), la Regione Siciliana è tenuta ad assicurare l'implementazione, nel sistema sanitario regionale, di azioni concrete e dirette a rafforzare l'efficacia e l'efficienza dei controlli.

In tale contesto normativo, l'Assessorato alla Salute si è prefisso con il D.A 1559/2016 ed il successivo D.A 10/2019, di monitorare le Aziende nel percorso finalizzato ad attestare la corretta e completa applicazione degli **standard** "organizzativi", "contabili" e "procedurali" ed a

indirizzare e valutare l'efficacia e l'efficienza delle attività condotte dai principali attori del controllo, al fine di **garantire la certificabilità dei dati e bilanci aziendali**, e porre gli Enti del S.S.R. nelle condizioni di essere sottoposti, alla certificazione di bilancio da parte di una società di revisione o revisore unico (art.4 Decreto "Certificabilità" del 17.09.2012).

Nelle more di definire l'esame delle risultanze degli AUDIT svolti dalle Aziende Sanitarie nella seconda semestralità 2019 e di rideterminare il termine fissato dal D.A. 10/2019 per la conclusione del PAC (31.12.2019) è stato richiesto a ciascun Ente Sanitario (nota prot. 2840 del 21/01/2020) di redigere:

- Relazione del risk assessment;
- Piano annuale Audit - anno 2020;
- Piano triennale Audit.

Giova precisare, che la figura di Internal Audit, espressamente prevista dal D.A. 1559/16 all'Azione A.1.7 del P.A.C, svolge all'interno della singola Azienda, una funzione tenuta al rispetto dei seguenti principi:

- *Indipendenza;*
- *Obiettività;*
- *Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.*

Ne consegue che le Aziende devono attenersi alla scrupolosa osservanza di quanto disposto con le note prot. 65013 del 02.08.2016 e prot. 9795 del 04.02.2019 nelle quali sono stati indicati i profili della funzione svolta dall' I.A, atta a garantire che la gestione aziendale sia svolta in termini di "efficienza", "efficacia" ed "economicità".

Pertanto, nell'ottica di proseguire un costante e preciso monitoraggio dell'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del P.A.C, nonché di superare stabilmente i fattori di criticità, le Aziende avranno cura di proseguire nel corrente esercizio, gli Audit articolati in due semestralità rispettivamente al 30.06.2020 ed al 31.12.2020 con la compilazione della relativa griglia (Allegato 1).

Per la 1^ semestralità 2020, le Aziende, oltre alle attività già programmata nel piano di audit, dovranno prioritariamente aggiornare gli AUDIT il cui esito alla data del 31.12.2019 si era chiuso con riserva e/o negativo e porre in essere tutte le misure atte alla risoluzione definitiva delle criticità.

Inoltre, il numero delle verifiche di AUDIT non potranno, alla chiusura dell'anno 2020, essere inferiori al 70% del numero complessivo delle strutture da auditare per ogni singola Area per le Aziende Territoriali e l'80% per le Aziende Universitarie e Ospedaliere.

Si precisa che per "strutture da auditare", si intende il numero complessivo delle strutture in funzione dell'assetto organizzativo aziendale.

Inoltre, fermo restando l'articolazione programmata dagli Audit nel piano annuale del 2020, e tenuto conto delle macro criticità già riscontrate nell'anno 2019, le attività di Audit avranno particolare riguardo alle procedure aziendali sulle AREE IMMOBILIZZAZIONI E RIMANENZE, al fine di verificarne l'effettiva realizzazione degli inventari fisici.

In particolare, gli Audit, conformemente alle prescrizioni previste dal PAC dovranno verificare per le AREE di seguito indicate, quanto segue:

Area Immobilizzazioni:

- *Verifica della procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi Azione D1.4;*
- *Verifica sulla realizzazione di inventari fisici periodici – Azione D2.1;*
- *Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici – Azione D2.5*
- *Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico – Azione D3.5.*
- *Verifica del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato e della procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti – Azione D4.1 e D4.3;*
- *Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto – Azione D5.4;*
- *Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini) Azione D6.4;*
- *Verifica di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento- Azione D7.2;*

Area Rimanenze

- *Verifica sulla realizzazione degli inventari fisici periodici (almeno annuali), per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici e delle procedure specifiche per la gestione dei conti deposito Azioni E1.1 e E1.5;*
- *Verifica procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino Azione E2.1;*
- *Verifica di corretta esecuzione delle procedura definite alle Azioni E3.1 e E3.5;*
- *Verifica di corretta esecuzione della procedura definita alle azioni E5.1 e successivi.*

Nel caso in cui insistano sulla stessa AREA più strutture da auditare (a titolo esemplificativo le farmacie e/o reparti per l'area delle Rimanenze), la singola sezione della griglia potrà essere duplicata ed intestata alle struttura oggetto di verifica, fermo restando l'articolato come previsto dal P.A.C. che non potrà subire alcuna modifica. Per la compilazione della griglia si rimanda a quanto già disposto con nota prot.45442 del 12.06.2018.

La griglia riferita agli AUDIT effettuati nel 1° semestre 2020 (dal 01.01.2020 al 30.06.2020) dovrà essere trasmessa, entro e non oltre la data 03 luglio 2020 per posta elettronica certificata all'indirizzo: dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it, unitamente alla relazione esplicativa ed alla tabella di cui allo schema di seguito indicato:

Ente _____						
Report sugli esiti di Audit al 30/06/2020						
Descrizione AREA	Strutture Aziendali		Audit delle Strutture		Follow-up degli Audit	
	A		B		C	
	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)
AREA GENERALE						

Ente _____
Report sugli esiti di Audit al 30/06/2020

Descrizione AREA	Strutture Aziendali		Audit delle Strutture		Follow-up degli Audit	
	A		B		C	
	n°	Descrizione (Indicare le strutture)	n°	Descrizione (Indicare le strutture)	n°	Descrizione (Indicare le strutture)
AREA IMMOBILIZZAZIONE						
AREA RIMANENZE						
AREA CREDITI E RICAVI						
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE						
AREA PATRIMONIO						
AREA DEBITI E COSTI						

Ente _____						
Report sugli esiti di Audit al 30/06/2020						
Descrizione AREA	Strutture Aziendali		Audit delle Strutture		Follow-up degli Audit	
	A		B		C	
	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)	n°	Descrizione (indicare le strutture)
<p>Nella colonne:</p> <p>A) indicare le strutture aziendali in ragione dell'assetto organizzativo dell'azienda</p> <p>B) Indicare numero e descrizione delle strutture auditate nel semestre di riferimento</p> <p>C) indicare numero e descrizione delle strutture ove le stesse siano sottoposte a follow-up nel semestre di riferimento.</p>						

Unitamente alla griglia del 1^ semestre 2020 ed alla documentazione sopra indicata, le Aziende dovranno fornire le seguenti informazioni:

Struttura dell'Internal Audit

- *Funzione Esclusiva:* SI / NO;
- *Natura dell'Incarico.* Tempo Indeterminato/ Tempo Determinato / Contratto;
- *Istituzione dell'Ufficio di Audit:* SI/NO
- *Dotazione Personale dedicato alla Struttura:* Numero dipendenti – attività esclusiva/non esclusiva.

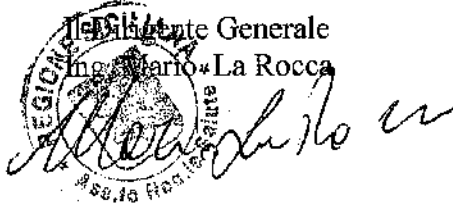
I reports sopra indicati in **formato editabile**, dovranno essere trasmessi all'indirizzo: gscoma@regione.sicilia.it.

L'esito delle verifiche I.A. effettuate nel 2^ semestre 2020 dovrà essere trasmesso, con la stessa modalità di cui sopra, **entro il 8 gennaio 2021**.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca



Allegati:

1. Schema di Griglia di Audit - al 30.06.2020;
2. Modalità di compilazione della griglia di Audit

Allegato A2

C.F. 80012000826
P.IVA: 02711070827

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 -
Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. - Percorsi attuativi di certificabilità

Prot. n° 55252 Palermo 17/12/2021

Oggetto: D.A. n. 1211 del 22 novembre 2021 - *"Percorsi Attuativi di Certificabilità'(P.A.C.) dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario regionale, della GSA e del bilancio consolidato- Definizione del Percorso di Consolidamento del P.A.C"- Modifica D.A. n. 189/2020.*

Ai Direttori Generali
degli Enti del S.S.R.

Al Direttore dell' IRCSS
Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
Ai Responsabili PAC
degli Enti del S.S.R.

All'Internal Audit
Al Responsabile PAC
dell'IRCSS - Bonino Pulejo

Al Servizio V - Economico - Finanziario

E,p,c.

Al Gruppo di Lavoro P.A.C.
LORO SEDI

Con la presente, si comunica che con il D.A n. 1211 del 22 novembre 2021 pubblicato in GURS n. 54 Parte I del 03 dicembre 2021, avente come oggetto: *"Percorsi Attuativi di Certificabilità'(P.A.C.) dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario regionale, della GSA e del bilancio consolidato- Definizione del Percorso di Consolidamento del P.A.C"-Modifica D.A. n. 189/2020"* è stato **rideterminato al 31.12.2022 il termine di conclusione del PAC.**

Tale esigenza, valutata dal Gruppo di Lavoro PAC a seguito degli esiti dell'attività di monitoraggio effettuata al 30.06.2021 da questo Dipartimento e avuto riguardo al perdurare dello stato di emergenza derivante dalla diffusione del COVID 19, si è resa necessaria stante il mancato raggiungimento da parte delle Aziende Sanitarie dell'obiettivo, stabilito dall'art. 1 del D.A. 189/2020, di definizione del percorso di consolidamento del P.A.C. al 30.06.2021 ai fini della successiva certificabilità dei dati e dei bilanci.

Alla luce del predetto differimento del termine al 31.12.2022, non appare superfluo responsabilizzare ancora una volta codeste Direzioni Aziendali affinché provvedano a porre in essere tutte le misure utili a superare definitivamente le criticità rilevate al 1^ semestre 2021, così come già comunicate a seguito dei report di Audit al 30.06.2021 e di cogliere in pieno l'opportunità dettata dal rinvio del termine allo scopo del raggiungimento dell'obiettivo di conclusione del percorso di consolidamento del P.A.C.

Al tal fine, si chiede alle Direzioni Aziendali di provvedere con immediatezza, ove non già fatto, alla nomina degli Internal Auditor in forma obbligatoriamente esclusiva, comunicando i nomi dei soggetti incaricati.

Quanto sopra rappresentato, si conferma, infine, la scadenza del 05 gennaio 2022, stabilita per l'invio del report di AUDIT aggiornato al 31.12.2021, con l'evidenza degli Audit effettuati in tutte le strutture dell'Azienda.

Si invitano le SS.LL. a prendere visione del D.A. oggetto della presente direttamente sul sito della Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del servizio 2
Dott.ssa Paola Proia

Paola Proia

Regione Siciliana
Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca
Mario La Rocca
Ass. to Reg. to Salute



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 – Economico Finanziario
U.O.B. 5.1.

Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Prot. n. 56133

del 20/12/2022

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^ semestre 2022 -Piano annuale Audit- anno 2023.

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Responsabili P.A.C
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

e, p.c. Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di coordinamento sul P.A.C

Ai Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

All'Assessore alla Salute
All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^ semestre 2022

Come è noto, a seguito delle convocazioni di cui alla nota prot. n. 48096 del 27 ottobre 2022, sono stati effettuati presso questo Dipartimento Pianificazione Strategica gli **incontri di monitoraggio** sullo stato di avanzamento del **Percorso Attuativo di Certificabilità** di codesti Enti del SSR alla data del 30 giugno 2022.

Alla luce degli esiti degli incontri effettuati, continua a risultare essenziale il monitoraggio delle attività degli Enti finalizzata ad attestare la corretta e completa applicazione degli **standard "organizzativi", "contabili" e "procedurali"** e a indirizzare l'efficacia e l'efficienza delle azioni condotte dagli Internal Auditor, al fine di garantire la certificabilità dei dati e bilanci aziendali.

Al riguardo, non appare superfluo ricordare che ai sensi dell'art. 2 (Obbligo di certificabilità dei dati) del DM. del 17.09.2012: *"Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 19 comma 2 lettere b) e c) del Decreto legislativo 23 giugno 2011 n° 118, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n° 266 e dall'art. 11 del Patto per la Salute 2010 -2012 devono garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci"*. Ed ancora che il raggiungimento degli obiettivi del P.A.C. ai fini della certificabilità dei dati e del bilancio costituisce oggetto di valutazione nell'ambito degli *"obiettivi contrattuali generali e di salute e funzionamento dei servizi"*.

Pertanto, in linea con quanto previsto dalla nota prot. n. 31382 del 21 giugno 2022, che qui si intende integralmente richiamata e che ad ogni buon fine si allega, si richiede l'acquisizione della seguente documentazione **entro e non oltre la data del 16 gennaio 2023**:

- **Griglia degli Audit** aggiornata al 31.12.2022, avendo cura di riportare per ogni azione la data di ultima verifica, il relativo esito e la UO oggetto di verifica, specificando le articolazioni aziendali sottostanti verificate nel campo **"Fattori di criticità"** e in tal caso attribuendo una valutazione per difetto nell'eventualità di esiti differenti delle verifiche sulle suddette sottostrutture (a titolo esemplificativo se la verifica di una UO è effettuata su n. 3 articolazioni organizzative, di cui n. 1 con esito positivo, n.1 con esito con riserva e n. 1 con esito negativo, dovrà essere riportato, quale esito afferente alla UO, un esito negativo);
- **Modello strutture PAC da auditare ed auditate** al 31.12.2022; A tal riguardo, ogni singola azienda avrà cura di procedere ad una scrupolosa valutazione ai fini dell'individuazione delle UU.OO. da auditare, interessate al *processo* riconducibile alle Azioni da verificare per ogni Area di bilancio. All'interno della **Relazione di accompagnamento attività di Audit**, dovranno essere, inoltre, rappresentati i criteri utilizzati per l'identificazione delle strutture oggetto di verifica;
- **Relazione di accompagnamento attività di Audit** aggiornata al 31.12.2022, la quale dovrà essere suddivisa per "Area" e dare quale minima evidenza i risultati raggiunti, le criticità affrontate e gli eventuali punti aperti da affrontare per ultimare il percorso di consolidamento dei P.A.C.;
- **Elenco referenti PAC per funzione** al 31.12.2022.

Al riguardo, si avvisa che eventuali documenti non conformi a quanto previsto dalla suddetta nota prot. n. 31382 del 21 giugno 2022 non saranno accettati dallo Scrivente Servizio e pertanto sarà richiesta nuovamente la compilazione dei documenti sopraccitati.

Nell'ambito delle attività finalizzate alla definizione dell'avviato **Percorso di consolidamento del P.A.C.**, ed alla conseguente certificazione del bilancio aziendale, le Aziende Sanitarie in indirizzo dovranno trasmettere a questo Dipartimento la seguente documentazione **entro e non oltre la data del 15 febbraio 2023.**

- **Relazione di risk assessment** – Relazione aggiornata sul processo di identificazione e valutazione dei rischi (*strategici, di compliance, operativi, finanziari...*) svolto dall'I.A. nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio;

Al riguardo è opportuno ribadire che il **sistema di controllo interno e la gestione dei rischi** devono consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali e devono essere integrati nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria avuto riguardo ai modelli procedurali previsti dal Percorso Attuativo di Certificabilità che mirano al raggiungimento degli **obiettivi aziendali (attendibilità dell'informativa economico - finanziaria, efficacia ed efficienza della gestione aziendale, rispetto della normativa di settore)**. La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C., è ovviamente subordinata a una **preliminare valutazione del "rischio" aziendale;**

- **Piano annuale Audit anno 2023**, nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale **dovrà essere adottato con delibera aziendale** sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C., successivamente **pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda** e dovrà contenere:

- *Azione /Procedura oggetto di audit;*
- *Struttura aziendale auditata;*
- *Obiettivo dell'intervento;*
- *Ambito dell'Audit;*
- *Crono programma delle attività da svolgersi nell'anno solare.*

Le eventuali modifiche al piano apportate in corso anno dovranno essere sottoposte ad approvazione con le stesse modalità previste per l'approvazione del piano annuale.

Il **piano annuale Audit** deve essere comunicato ai responsabili delle strutture aziendali compreso O.I.V e Responsabile Anticorruzione e Collegio Sindacale.

//////////

La presente nota si inoltra anche ai Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie (*individuate dall'art. 19, comma 2 lettere a) e c) del D.Lgs. n. 118 del 23 giugno 2011*) i quali nell'ambito della propria autonomia, sono tenuti, in ossequio ai compiti previsti dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992 **ad accertare l'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'azienda (cfr MEF circolare n. 35 del 13.12.2018)**. Nello specifico, la vigilanza sulla regolarità amministrativo contabile ascritta al Collegio Sindacale si esplica **anche sull'affidabilità, completezza e correttezza delle procedure aziendali tra le quali rientra il P.A.C.**

La documentazione richiesta a codesti Enti dovrà essere trasmessa **in formato PDF (debitamente sottoscritta)** e in **formato editabile senza modificarne la struttura** all'indirizzo PEC dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it e all'indirizzo di posta elettronica g.scoma@regione.sicilia.it.

In conformità con quanto prescritto dalla nota prot. n. 31382 del 21 giugno 2022, al fine di garantire omogeneità dei riscontri, si allegano alla presente nota:

- ✓ **Griglia di Audit** – formato excel standard da compilare;
- ✓ **Modello strutture PAC** – formato excel standard da compilare;
- ✓ **Elenco referenti PAC per funzione** – formato excel standard da compilare;
- ✓ **Nota prot.n. 31382 del 21 giugno 2022** ad oggetto *“Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C- 1^ semestre 2022”*.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 5
Dott.ssa Paola Proia
Paola Proia



Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

Mario La Rocca

Allegato A4

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Prot. n° 19635

del 11 aprile 2022

Alla Direzione Aziendale
dell'ASP di Palermo

All'Internal Audit
Al Responsabile P.A.C
Al Collegio Sindacale

e, p.c. Al Gruppo di Lavoro Regionale
per l'attività di coordinamento sul P.A.C
LORO SEDI

Oggetto: Esiti Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C al 31.12.2021.

Come è noto con D.A. n. 1211 del 22.11.2021 è stato disposto il differimento al 31.12.2022 del termine per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C, già stabilito al 30.06.2021 dall'art. 1 del D.A. n. 189/2020.

La predetta esigenza si è resa necessaria, oltre che per il perdurare dello stato di emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID-19, che ha limitato e condizionato fortemente l'attività delle Aziende sia nel 2020, che nel 2021, soprattutto alla luce delle risultanze degli Audit e della conseguente attività di monitoraggio effettuata al 30.06.2021 da questo Dipartimento Pianificazione Strategica, che ha valutato **non concluso al 30.06.2021 il percorso di consolidamento dei P.A.C.** ai fini della successiva certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende.

In conseguenza di ciò, nell'ambito del contratto per *"Servizi di consulenza direzionale per il consolidamento e l'evoluzione del modello di monitoraggio e del controllo di gestione del Sistema Sanitario Regionale e per il supporto alla programmazione sanitaria regionale"*, è stata prevista una specifica linea di attività (linea E) per il *"Supporto ai processi di gestione e consolidamento del percorso attuativo di certificabilità (PAC) regionale"*.

A tal fine, il fornitore dei servizi dovrà affiancare l'Amministrazione Regionale nel percorso di consolidamento regionale P.A.C. attraverso interventi di natura metodologica e operativa, diretti al raggiungimento di obiettivi prioritari che consentano di analizzare compiutamente le criticità procedurali ed attuative irrisolte che compromettono il completo raggiungimento degli obiettivi del PAC.

Pertanto, nell'ambito dell'attività di coordinamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci degli Enti del S.S.R., continua a risultare essenziale il monitoraggio delle attività delle Aziende sanitarie finalizzata ad attestare la corretta e completa applicazione degli standard *"organizzativi"*, *"contabili"* e *"procedurali"* ed a indirizzare e valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni condotte dagli Internal Auditor, al fine di garantire la certificabilità dei dati e bilanci aziendali.

In vista della conclusione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C., precedentemente stabilito con D.A. n. 189 del 6 marzo 2020 per il 30.06.2021, è stato richiesto, a seguito dell'attività di monitoraggio effettuata per il 1° semestre/2021, alle Aziende del SSR di porre in essere tutte le misure utili a superare definitivamente le criticità rilevate al 30.06.2021 e a trasmettere entro il 05 gennaio 2022 il report di AUDIT aggiornato al 31.12.2021, integrato da dettagliata relazione con evidenza degli Audit effettuati in tutte le strutture aziendali/territoriali dell'Azienda.

In esito alla predetta richiesta codesta Azienda ha trasmesso con propria nota prot. 16775 del 31.01.2022, acquisita al prot. n. 6101 del 01.02.2022, la seguente documentazione:

- *relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 31.12.2021;*
- *Griglia degli Audit aggiornate al 31.12.2021;*
- *l'elenco delle strutture aziendali da auditare ed auditate al 31.12.2021.*

Ciò premesso, a seguito dell'esame degli Audit al 31.12.2021, si rilevano le criticità e si formulano le osservazioni conclusive contenute nella tabella di monitoraggio sotto riportata:

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Azioni PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Modalità e piano di miglioramento	Criteri di valutazione
Area Generale		<p>Le ultime verifiche afferiscono agli anni 2017 -2018 e 2019. L'Azienda non ha effettuato alcun Audit nell'anno, stante gli esiti positivi delle verifiche. L'attività risulta pianificata nel triennio 2021 -2023.</p>		<p>L'azienda ha proceduto ad effettuare le verifiche di Audit in area Generale con Esito Positivo per le azioni A1.3-A1.8-A3.4-A5.4. Le verifiche per le azioni A2.5 e A4.5 sono state programmate per il 2° semestre 2021. Si registra un aggiornamento parziale degli Audit. Alla data del 30.06.2021 le verifiche delle Azioni A2.5/A2.4-A4.8/A4.6 risultano datate all'anno 2018 ed ante.</p>	<p>Azioni A2.5/A2.1/A2.3/A2.4 (UOC Programmazione, Controllo di Gestione) Esito positivo; Azioni A4.5; Azioni A2.5/A2.4 (UOC Programmazione, Controllo di Gestione) Esito di audit POSITIVO</p> <p>Azione A4.8/A4.6 (Consulente DEDALUS) Esito di audit POSITIVO.</p> <p>Azioni A2.5/A2.2 (UOC Programmazione, Controllo di Gestione) esito Audit con riserva: "fattori di criticità - si rileva che l'attività trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo non risulta presidiata. - si rileva un differimento di procedura che necessita di essere aggiornata con riferimento all'assetto della struttura organizzativa e delle attività da questa svolta. La procedura andrà integrata relativamente alle modalità di assegnazione, gestione e monitoraggio del budget economico preventivo e consuntivo".</p> <p>Azione A4.8/A4.6 (UOC Bilancio e Programmazione UOC Programmazione, Controllo di Gestione) ESITO CON RISERVA: "Il raccordo tra la contabilità generale e la contabilità analitica è in avanzata fase di definizione e, si ritiene, potrà essere completato entro i termini di consolidamento del PAC indicati nella nota n. 55252 del 17/12/2021 dell'Assessorato della Salute - Si rileva che si procederà ad alimentare l'applicativo C4H con il piano dei</p>	<p>Si da atto che le verifiche delle Azioni A2.5/A2.4-A4.8/A4.6, SONO STATE AGGIORNATE AL 2° SEMESTRE/2021. Non RISULTA AUDITATA l'Azione A4.5 nonostante ne era stata programmata la verifica al 2° semestre 2021 - SI CHIEDONO AGGIORNAMENTI</p> <p>L'azione A4.8/A4.6 (Consulente DEDALUS) risulta auditata con Esito POSITIVO - Al riguardo non risulta chiara l'indicazione "consulente DEDALUS" nella colonna U.O. verificate - Si Chiedono al riguardo chiarimenti;</p> <p>Riguardo all'azione A2.5/A2.2 (UOC Programmazione, Controllo di Gestione) l'azienda indica le seguenti azioni correttive" - Si raccomanda l'istituzione di una unità di lavoro per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo entro il 31.12.21. - Si ritiene opportuno procedere alla revisione della procedura aziendale, in collaborazione con il Responsabile PAC aziendale, in quanto la procedura in vigore risulta non aderente al processo in atto da parte della UOC";</p> <p>Al riguardo si evidenzia che non risulta indicata la tempistica per il superamento delle criticità - Si chiedono aggiornamenti</p> <p>Azione A4.8/A4.6 (UOC Bilancio e Programmazione UOC Programmazione, Controllo di Gestione)</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni-2020	Fattori di criticità 1 ^a semestre 2021	Osservazioni 1 ^a semestre 2021	Fattori di criticità 1 ^a semestre 2021	Osservazioni 1 ^a semestre 2021
					<p>fattori produttivi e dei centri di costo. - Si rileva che la procedura PAC in vigore sarà soggetta ad una revisione anche alla luce delle funzionalità e delle implementazioni degli applicativi in uso"</p>	<p>ESITO CON RISERVA, l'azienda indica le seguenti azioni correttive "-Si ritiene opportuno completare l'implementazione del sistema di contabilità analitica nel più breve tempo possibile al fine di raggiungere la piena compliance al PAC. - Si suggerisce di procedere all'aggiornamento della procedura aziendale PAC collaborando con il responsabile PAC affinché vengano definite e rappresentate le azioni svolte dalle UU.OO.CC. coinvolte dall'obiettivo PAC oggetto di verifica.";</p> <p>Al riguardo si evidenzia che non risulta indicata la tempistica per il superamento delle criticità- Si chiedono aggiornamenti-</p> <p>In riferimento alle Azioni A2.5/A2.1/A2.3/A2.4 (UOC Programmazione, Controllo di Gestione) indicate nella griglia come "auditato con esito positivo", si rileva che nella relazione di accompagnamento è stato indicato un "esito parzialmente positivo" dovuto alla rappresentata "necessità di un aggiornamento della procedura con riferimento all'assetto e alle attività svolte dalla nuova struttura organizzativa costituita con il vigente atto aziendale, con l'integrazione delle modalità di assegnazione gestione e monitoraggio del budget economico, preventivo e consuntivo" – si chiedono</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni-2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Data dell'ultimo aggiornamento	Data del prossimo aggiornamento
						<p>aggiornamenti all'esito dell'audit al 30.06.2022.</p> <p>Inoltre si chiedono aggiornamenti riguardo alla "necessità di aggiornamento della procedura PAC con riferimento all'assetto e alle attività svolte dalla nuova struttura organizzativa costituita con il vigente atto aziendale" (relazione cfr pag. 13), rilevato dall'IA in AREA generale azione A2.5 (UOC programmazione e controllo di gestione).</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni-2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Area Bilancio e Bilanciazi (1° semestre 2021)	Osservazioni (1° semestre 2021)
Area immobilizzazioni	<p>Azione D3.3 - Criticità segnalata nel 2019. L'attività risulta presidiata nella sede centrale. In ambito territoriale l'attività ha avuto riguardo a 60 strutture di solo 14 unità territoriali hanno dato riscontro. La misura correttiva consiste nel trasferimento delle U.O.C. Logistica e Servizi Esternalizzati ai Coordinatori dei Distretti 1-2-3.</p> <p>Azione D1.4 - (UOC Provveditorato e UOC Progettazione e Manutenzione) Numerosi e gravi fattori di criticità - Gap di disegno e di operatività della Procedura - segnalazione del riaggiornamento della procedura.</p> <p>Azione D2.4 - (UOC Contabilità analitica e Patrimonio). Presenti numerosi e rilevanti fattori di criticità - Gli inventari fisici non attuati. Assenza di ricognizione dei beni presso terzi. Mancata verifica dei beni in comodato d'uso. Mancato avvio dell'inventario straordinario.</p> <p>Azione D2.5 U.O.C (Contabilità analitica e Patrimonio / Bilancio e Programmazione): Fattori di criticità: Mancato allineamento del libro dei cespiti alle risultanze contabili. Mancata corrispondenza del saldo inventario e voci di bilancio. Procedura informatizzata avviata solo nell'ultimo trimestre 2020. Azione D4.1 (Provveditorato e Progettazione e</p>	<p>Azione D3.3 - Tempistica non definita. Azione D1.4- D2.4 - D2.5 - D5.4 Si rileva una variazione ingiustificata sia del livello di rischio e di esito tra il 2019 ed il 2020. La natura dei rilievi è tenuto conto del periodo temporale trascorso (2016-2020) conducono a ritenere gli esiti negativi piuttosto che con riserve. Azione D4 e D5 - variazione di rischio ed esito degli aduti. D6.4 Ritardo nell'Audit rispetto alla data programmata - 2020. Azione D7. Misura correttiva sebbene avviata con ritardo non risulta definita nella tempistica.</p>	<p>Azione D1.4 (UOC Approvvigionamenti-UOC Progettazione e manutenzioni-UOC Gestione Patrimonio) - Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020 - Numerosi e gravi fattori di criticità - Gap di disegno e di operatività della procedura; Nello specifico: a) gestione delle richieste d'acquisto urgenti - gap di disegno procedurale; b) fase di acquisizione dei cespiti, si rileva che le richieste d'acquisto non vengono emesse tramite C4H ma pervengono all'UOC tramite mail; non viene gestito il cd. "progetto d'acquisto"; c) manca una verifica rispetto al piano degli investimenti, anche al fine di monitorare gli scostamenti tra quanto programmato e gli investimenti che si è reso necessario realizzare. Ne deriva la necessità di revisionare il processo e/o la procedura aziendale attualmente in vigore. Inoltre si rileva: non adeguatezza delle modalità di individuazione fisica dei cespiti. L'applicativo in uso consente di generare a sistema il numero inventariale e di procedere alla stampa della relativa etichetta utilizzando apposite stampanti. Tuttavia, non tutti i soggetti preposti</p>	<p>Azione D1.4 (UOC Approvvigionamenti-UOC Progettazione e manutenzioni-UOC Gestione Patrimonio) Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020 (Gap operativi e di disegno). L'azienda ha provveduto all'aggiornamento della procedura PAC aziendale, adottata con Delibera N. 538 del 07.05.2021 i cui esiti di attuazione risultano da verificare. L'azione correttiva "Sollecitare l'acquisto dei dispositivi hardware eventualmente necessari per garantire la corretta etichettatura dei cespiti da parte di tutti i magazzinieri. Le azioni correttive dovranno essere applicate entro il 31.12.2021" risulta poco concreta ed in ritardo rispetto ai termini di definizione del PAC (30.06.2021).</p> <p>Azione D2.4: Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020; le azioni correttive indicate non assicurano una immediata risoluzione delle criticità rilevate, in quanto poco concrete (da sollecitare acquisto di hardware ect). Mancata Programmazione ed effettuazione delle attività di inventariazione (inventari fisici su campione qualificato e straordinari) - Gravi ritardi nell'attuazione</p>	<p>Azione D1.4 (UOC Approvvigionamenti-UOC Progettazione e manutenzioni-UOC Gestione Patrimonio) Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020 E AL 30.06.2021 (Gap operativi e di disegno).</p> <p>Azione D2.4: Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020 E AL 30.06.2021 - gravi ritardi nell'attuazione delle procedure.</p> <p>Azione D2.5 - permangono le gravi criticità rilevate al 31.12.2020 e al 30.06.2021 in ordine al non allineamento delle risultanze contabili del libro cespiti alle risultanze fisiche".</p> <p>Azioni D3.3-D3.4-D3.5-D4.7/D4.1/D4.3-D6.4-D7.5 -D5.4 - Esiti con riserva- Ritardi nella completa attuazione delle procedure;</p> <p>Azioni D4.7/D4.1/D4.3/D4.5/D4.1 (UOC Bilancia e programmazione): "La procedura aziendale è stata revisionata al fine di rappresentare il processo organizzativo secondo le attività svolte dall'Azienda. Si rileva che la nuova procedura, relativamente alle attività da svolgere presso la struttura oggetto di verifica, è in corso di implementazione".</p>	<p>In area immobilizzazioni per quasi tutte le azioni per le quali erano state rilevate specifiche criticità al 30.06.2021 ed ante non risultano effettuate verifiche di Audit al 31.12.2021 e neppure follow-up, seppure nel precedente report era stato assicurato che sarebbe stato effettuato al 31.12.2021 per l'azione D2.4 apposto follow-up e nonostante era stato espressamente richiesto, a seguito di monitoraggio al 30.06.2021, alla Direzione Generale, in ordine alle criticità rilevate in area Immobilizzazioni di "Intervenire direttamente adottando iniziative sostitutive, concrete ed efficaci per la definizione della PAC".</p> <p>SI CHIEDONO CHIARIMENTI, non mancando di rappresentare ancora una volta l'importanza dell'attuazione di tutte le procedure in Area Immobilizzazioni</p> <p>Azioni D3.3-D3.4-D3.5-D4.7/D4.1/D4.3-D6.4-D7.5 -D5.4: Esiti con riserva - Si rileva che in sede di Audit al 31.12.2021 non sono state effettuate verifiche specifiche per le predette azioni (che risultano datate al 1° semestre/2021 ed ante), eccetto per le azioni D4.7/D4.1/D4.3/D4.5 /D4.1 (UOC Bilancio e programmazione) le quali hanno rilevato un esito con riserva: "L'obiettivo di riconciliazione e rendicontazione viene raggiunto, nonostante</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità 2° semestre 2021	Osservazioni 2° semestre 2021
	<p>Manutenzione). Gap operativo e reinserimento della procedura organizzativa aziendale. D4.3 Mancata predisposizione del controllo sul budget stabilito nel piano degli investimenti. Azione D5.4 - (Contabilità analitica e Patrimonio / Bilancio e Programmazione): Fattore di criticità segnalato - mancata indicazione del codice di progetto e fonte di finanziamento del cespiti nel registro degli inventari. Azione D7 (U.O.C. Contabilità analitica e Patrimonio). Disallineamento tra CO.GE. e libro cespiti.</p>		<p>alla inventariazione sono dotati delle stampanti necessarie per la produzione delle etichette da apporre sui cespiti: alcuni magazzini, dotati di stampante, procedono all'etichettatura secondo quanto previsto dalla procedura aziendale; altri in alternativa appongono il numero seriale generato da C4H manualmente utilizzando semplici etichette bianche adesive su cui viene riportato il numero di inventario. L'azienda non dispone dei lettori ottici per la lettura delle etichette parlanti. GAP OPERATIVO; Azione D2.4 - (UOC Contabilità analitica e Patrimonio). Permangono le criticità già rilevate al 31.12.2020 (Presenti numerosi e rilevanti fattori di criticità - Gli inventari fisici non attuati. Assenza di ricognizione dei beni presso terzi. Mancata verifica dei beni in comodato d'uso. Mancato avvio dell'inventario straordinario). Inoltre L'.A rileva: " la non adeguatezza delle modalità di individuazione fisica dei cespiti"; mancata modalità omogenea di etichettatura dei beni; Azione D2.5-Esito con riserva "Il libro cespiti non risulta</p>	<p>delle procedure. Azione D2.5 - permangono le gravi criticità rilevate al 31.12.2020 in ordine al non allineamento delle risultanze contabili del libro cespiti alle risultanze fisiche"-Grave la criticità segnalata dall'IA "Allo stato odierno, per categoria di bene, il saldo dell'inventario non corrisponde con le voci di bilancio, le riconciliazioni vengono effettuate con i file di riconciliazione extracontabile predisposti dalla UOC Contabilità analitica e patrimonio" - La misura correttiva delineata "Al fine di garantire l'allineamento effettivo del libro cespiti si suggerisce di valutare la possibilità di svolgere un inventario straordinario" risulta poco concreta, inefficace e mancante di tempestività di attuazione. Data la gravità delle criticità rilevate e la mancanza di azioni correttive concrete e risolutive, si chiede alla Direzione Generale di intervenire direttamente adottando iniziative sostitutive, concrete ed efficaci stante peraltro il decorso del termine del 30.06.2021 per la definizione del PAC.</p>		<p><i>le attività e i controlli svolti dalla UOC Bilancio e Programmazione non rispecchiano la procedura" e la seguente azione correttiva "Si ritiene opportuno provvedere alla corretta applicazione della nuova procedura entro il primo semestre del 2022", che appare più un auspicio che una vera e propria azione correttiva - Le predette riserve continuano ad attestare i ritardi più volte segnalati nel percorso di attuazione delle procedure - Si rimane in attesa di aggiornamenti all'esito delle verifiche al 30.06.2022.</i></p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità 2° semestre 2021	Osservazioni 2° semestre 2021
			<p><i>allineato rispetto alle risultanze contabili e rispetto ai cespiti fisicamente esistenti, pertanto la stampa del libro cespiti non può essere effettuata in via definitiva, in attesa del definitivo allineamento dei valori di libro cespiti e contabilità generale, anche tenuto conto delle diverse fonti di finanziamento (si vedano rilievi azioni D5.4 e D7.5). Allo stato odierno, per categoria di bene, il saldo dell'inventario non corrisponde con le voci di bilancio, le riconciliazioni vengono effettuate con i file di riconciliazione extracontabile predisposti dalla UOC Contabilità analitica e patrimonio" -</i></p> <p>Azioni D3.3-D3.4-D3.5- D4.7/D4.1/D4.3-D6,4-D7.5 - Esiti con riserva</p>	<p>Azioni D3.3-D3.4-D3.5- D4.7/D4.1/D4.3-D6,4-D7.5 - Esiti con riserva - Ritardi nella completa attuazione delle procedure.</p>		

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021
Rimane	<p>Azione E1.1 (UOC Provveditorato - Magazzino economale) Persistono numerosi fattori di criticità: Inventari fisici annuali non realizzati ma solo a campione. Mancata riconciliazione tra i dati contabili e le rilevazioni fisiche effettuate per carenza personale . possibile disallineamento tra la consegna/ritiro del bene e l'annotazione a sistema informatico CH4. Dipartimento Farmaceutico- L'esito dichiarato risulta positivo nonostante l'audit vera svolto successivamente al periodo preso in esame (31/12/2020). Si rilevano in procedura PAC n°8 Allegato H - dei gap di disegno (non vengono regolamentate le attività tese al monitoraggio ed alla gestione dei prodotti a lento rigiro. Rilievi procedurali Azione E3.3 (Dipartimento Farmaceutico) Formalizzazione di regole per manutenzione/aggiornamento delle tabelle di raccordo tra CO.GE Contabilità di magazzino (cfr pag. 16 relazione Audit). Azione E2.6 (Dipartimento Farmaceutico - U.O. Farmacia Territoriale) -Ritardi nella registrazione a sistema degli scarichi connessi alle richieste del 118 - Guardie Mediche Consultori- per carenza personale. Rilievi nelle operazioni di scarico presso i reparti del Presidi Ospedalieri. Azione E7.1 (Dipartimento</p>	<p>Azione E1.5 - Rilievo superato. Azione E.1.1 Le misure correttive non risultano definite nella tempistica. Procedura PAC n° 8- Allegato H da rivedere entro il 30.06.2021.Azione E3.3 (Dipartimento farmaceutico). L'osservazione dell'I.A non deve limitarsi ad una mera dichiarazione di intento, ma definire modalità e tempistica certa (cfr. pag. 16 relazione Audit). Per l'Area Rimanenze non è dato evidenza degli Audit effettuati sulle strutture periferiche.</p>	<p>Azione E3.7/E3.3/E3.6: Esito Audit Positivo; Azione E1.9/E1.1:esito con riserva;rilevato "non risultano svolti gli inventari periodici presso: Carini, Bagherla, Partinico, Corleone, P.O. Ingrassia, Lercara. La conta inventariale avviene sulla base di un campione prescelto dallo stesso personale preposto alla conta"; Con riferimento ai magazzini a reparto, permane la criticità segnalata dallo stesso direttore del dipartimento farmaceutico in precedenti audit, in quanto esiste della resistenza da parte dei capisala nel procedere a un inventario periodico"; Azione E2.6 (Dipartimento Farmaceutico - U.O. Farmacia Territoriale) esito con riserva - "Ritardi nella registrazione a sistema degli scarichi connessi alle richieste del 118 - Guardie Mediche Consultori- per carenza personale. Rilievi nelle operazioni di scarico presso i reparti dei Presidi Ospedalieri" permangono le criticità rilevate al 31,12,2020; Azione E3.3/E3.7/E3.6: esito con riserva" In sede di verifica è stata riscontrata la mancata chiusura a sistema dell'inventario al</p>	<p>Azione E3.3/E3.7/E3.6 - Azione E2.6- Azione E1.9/E1.1, permangono gli esiti con riserva rilevati al 30.12.2020 - i modesti miglioramenti registrati non risultano efficaci ai fini di un imminente definitivo superamento delle criticità, stante peraltro la scadenza già superata del 30.06.2021 - Peraltro le azioni correttive prospettate appaiono blande in quanto si limitano a suggerimenti fine a se stessi che non sembrano trovare il dovuto seguito da parte della struttura Aziendale - Gravi ritardi nell'attuazione delle procedure</p>	<p>Azione E3/E3.7/E3.4 (UOC Bilancio e programmazione) Audit all' 08/07/2021 esito con riserva: "Si rileva il mancato riscontro tra il valore delle rimanenze finali comunicati dal Dipartimento Farmaceutico con i dati estraibili dalla co.ge."; - Azione E3.7/ E3.6 (UOC Bilancio e programmazione) audit all' 08/07/2021 esito con riserva: "Si rileva un differimento della procedura PAC in vigore" - Azione E3.7/E3.4 / E3.6 (Dipartimento Farmaceutico) audit all' 08/07/2021 esito Positivo - Azione E5.4/E5.2/E5.3/E5.1 (Dipartimento Farmaceutico- Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - UOS Farmacia Area 3) audit all' 08/07/2021 esito Positivo. - Non risultano aggiornati gli audit per le seguenti azioni per le quali rimangono le criticità rilevate al 30.06.2021 ed ante: Azione E1.9/E1.1: esito con riserva"non risultano svolti gli inventari periodici presso: Carini, Bagherla, Partinico, Corleone, P.O. Ingrassia, Lercara. La conta inventariale avviene sulla base di un campione prescelto dallo stesso personale preposto alla conta"; Con riferimento ai magazzini a reparto, permane la criticità segnalata dallo stesso direttore del dipartimento farmaceutico in precedenti audit, in quanto esiste della</p>	<p>Azione E3/E3.7/E3.4 (UOC Bilancio e programmazione) audit all' 08/07/2021 esito con riserva: l'I.A. " suggerisce di implementare un sistema di controllo sui dati delle rimanenze finali comunicati dalle UOC/Dipartimenti interessati rispetto ai valori risultanti dalla contabilità" - si chiedono aggiornamenti circa l'effettiva attuazione della misura correttiva indicata all'esito dell'audit al 30.06.2022 . Azione E3.7/ E3.6 (UOC Bilancio e programmazione) audit all' 08/07/2021 esito con riserva: l'I.A. "ritiene opportuno collaborare con il Dipartimento interaziendale Farmaceutico ai fini della revisione delle procedure aziendali afferenti la gestione delle merci obsolete e scadute in modo da descrivere i meccanismi che garantiscono l'allineamento tra co.ge. e contabilità di magazzino nonché al fine di rispecchiare il processo effettivamente svolto nel conseguimento della compliance all'azione PAC. "- si chiedono aggiornamenti circa l'effettiva attuazione della misura correttiva indicata all'esito dell'audit al 30.06.2022. SI RILEVA che Non risultano aggiornati gli audit per le seguenti azioni per le quali rimangono le criticità rilevate al 30.06.2021 ed ante: Azione E1.9/E1.1:esito con riserva"non risultano svolti gli</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità 2° semestre 2021	Fattori di criticità 2° semestre 2021
	Farmaceutico-Prevenzione) - Funzionigramma non definito. Esito discordante con il report 2019		31.12.20 per il magazzino "stampati e cancelleria", in quanto non completato a sistema prima della registrazione delle operazioni (carico e scarico) relative all'anno successivo"; Azione E7.1 (Dipartimento Farmaceutico-Prevenzione) - esito positivo		resistenza da parte dei capisala nel procedere a un inventario periodico"; Azione E2.6 (Dipartimento Farmaceutico - U.O. Farmacia Territoriale) esito con riserva - "Ritardi nella registrazione a sistema degli scarichi connessi alle richieste del 118 - Guardie Mediche Consultari- per carenza personale. Rilievi nelle operazioni di scarico presso i reparti dei Presidi Ospedalieri"- Azione E3,7/E3.3 (UOC approvvigionamenti): esito con riserva - E4.3'(UOC Approvvigionamenti (Magazzino economale "Casermaggio", "Cancelleria e stampati", "Igiene Pulizia e monouso"): esito con riserva -	inventari periodici presso: Carini, Bagheria, Partinico, Corleone, P.O. Ingrassia, Lercara."; - Azione E2.6 (Dipartimento Farmaceutico - U.O. Farmacia Territoriale) esito con riserva - - Azione E3,7/E3.3 (UOC approvvigionamenti): esito con riserva - Azione E4.3'(UOC Approvvigionamenti (Magazzino economale "Casermaggio", "Cancelleria e stampati", "Igiene Pulizia e monouso"): esito con riserva - <u>Al riguardo, si chiedono aggiornamenti all'esito degli audit al 30.06.2022 impegnando la Direzione Aziendale ad attuare ogni utile iniziative al fine di consentire il superamento delle criticità già segnalate e non ancora superate.</u> Inoltre si chiedono aggiornamenti riguardo al gap di disegno della procedura PAC, rilevati dall'IA in Area Rimanenze azioni E3.7/E3.4/E3.6-E5.4(dipartimento Farmaceutico)(cfr. relazione pag.14 e 15)

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazione 1° semestre 2021	Ritardo di attuazione (in giorni)	Misure correttive
<p>Crediti e Ricavi</p>		<p>Azione F1.6 (Contabilità Generale) - Rilievo 2019 superato. L'implementazione del report non deve intendersi come esito positivo dell'audit. Proposta dell'I.A di revisione della procedura a seguito della revisione di processo. Non indicata alcuna tempistica. (cfr pag 11 della relazione). Azione F4.1 e F4.2 Proposta dell'I.A di miglioramento della procedura aziendale - non definita la tempistica.</p>	<p>Azione F1.11/ F1.6 (UOC Cure Primarie UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna UOS Coordinamento CUP-UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale) : Esito audit Positivo; Azione F1.11/F1.8:esito con riserva"la procedura aziendale non contempla una mappatura delle prestazioni erogate a pagamento per ciascun dipartimento; è tuttavia possibile estrarre un report dei sezionali iva da cui ricostruire le e prestazioni a pagamento per cui vengono emesse fatture. Si nota che, in caso di fattura pre-caricata a sistema (solo per il dipartimento di prevenzione) la UO non verifica l'eventuale documentazione a supporto della fattura, ma si procede alla sola verifica di corretta elaborazione formale del documento e procede alla trasmissione sulla piattaforma SDI" gap operativo e di disegno; Azioni F2.3-F3.3-F4.7-F5.4-F6.1-F6.2:Esito Audit Positivo</p>	<p>Azione F1.11/F1.8: Ritardo attuazione procedura - indefinita la tempistica per l'attuazione della misura correttiva "Tali azioni correttive dovranno essere attuate nel più breve tempo possibile".</p>	<p>Azione F1.11/F1.8:follow-up 12/07/2021, esito con riserva:"A differenza di quanto prescritto dal PAC, la procedura aziendale non contempla una mappatura delle prestazioni erogate a pagamento per ciascun dipartimento; è tuttavia possibile estrarre un report dei sezionali iva da cui ricostruire le e prestazioni a pagamento per cui vengono emesse fatture. Si nota che, in caso di fattura pre-caricata a sistema (solo per il dipartimento di prevenzione) la UO non verifica l'eventuale documentazione a supporto della fattura, ma si procede alla sola verifica di corretta elaborazione formale del documento e procede alla trasmissione sulla piattaforma SDI. Circa la tempestività di fatturazione attiva, secondo quanto riferito dai dirigenti amministrativi, la UO al momento dispone di una sola unità che si occupa dell'emissione di fatture attive e questo comporta ritardi nell'emissione delle fatture. Il ritardo nella emissione delle fatture attive, in taluni casi è anche determinato dalla tardiva trasmissione da parte delle strutture competenti della documentazione a supporto, nonché della relativa richiesta. In tal senso si intercetta un differimento della procedura PAC in vigore ove non vengono individuate tutte le strutture organizzative aziendali competenti all'emissione di fatture) - misura correttiva indicata "E' opportuno procedere a una</p>	<p>Azione F1.11/F1.8: il follow-up effettuato in data 12/07/2021, ha confermato l' esito con riserva già rilevato al 30.06.2021. Ritardo di attuazione della procedura - continua a risultare indefinita la tempistica per l'attuazione della misura correttiva "Tali azioni correttive dovranno essere attuate nel più breve tempo possibile". Le misure correttive indicate per le Azioni f4.7/f4.4 - f4.7/f4.5 (UOC Bilancio e Programmazione) esito con riserva, risultano prive di tempistica di attuazione - si chiedono aggiornamenti all'esito degli Audit al 30.06.2022 in ordine alla fattiva applicazione delle stesse da parte dell'azienda.</p> <p>Azione f4.7/f4.4 - f4.7/f4.5 (UOC Bilancio e Programmazione) esito con riserva - SI CHIEDONO AGGIORNAMENTI ALL'ESITO DELLE VERIFICHE AL 30.06.2022</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Bilancio 2021 (UOC Bilancio e Programmazione)	UOC Bilancio e Programmazione 2021
					<p><i>mappatura specifica e formalizzata internamente delle prestazioni erogate a pagamento e dei dipartimenti che erogano le stesse, anche al fine di consentire alla UO di effettuare controlli circa possibili fatture da emettere rispetto alle quali non sia ancora stata ricevuta la documentazione a supporto per la relativa emissione.</i></p> <p><i>E' opportuno richiedere la trasmissione della documentazione a supporto dell'emissione con cadenza mensile entro i primi giorni del mese successivo a quello di riferimento della prestazione erogata, in modo tale che si renda possibile procedere all'emissione e invio su piattaforma SDI della fattura entro il 16 del mese successivo. Si ritiene opportuno verificare che esista una corretta documentazione a supporto dell'emissione anche nel caso di precompilazione della fattura da parte del Dipartimento competente.</i></p> <p><i>Tali azioni correttive dovranno essere attuate nel più breve tempo possibile".</i></p> <p>Azione f4.7/F4.4 - F4.7/F4.5 (UOC Bilancio e Programmazione) esito con riserva. "Si rileva un differimento di processo rispetto alla procedura i vigore;- Si rileva che alcuni dipartimenti e/o UO emettono le fatture attive in autonomia, oltre trasmettono tutta la documentazione a supporto affinché la UO oggetto di verifica proceda all'emissione delle fatture. - Si rileva che la UO al momento dispone di una sola unità che si occupa</p>	

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021
					<p><i>dell'emissione di fatture attive con conseguente ritardo nell'emissione delle fatture".</i></p> <p>AZIONE FS.4/FS.1 (UOC Bilancio e Programmazione)</p> <p>ESITO CON RISERVA:</p> <p><i>"Aggiornamento del file riepilogativo trasmesso all'UOC Legale effettuato attraverso la ricognizione sul vecchio (HMO) e sul nuovo Dedalus) sistema per mancata completezza della migrazione dei dati.</i></p> <p><i>Mancata estrazione del file relativo allo scadenzario; Mancata identificazione analitica a sistema delle partite scadute"</i></p>	

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità semestre 2021	Osservazioni semestre 2021
Disp onbi lità Liqui de	<p>Azione G1.5 (Proveditorato cassa Economale) - Fattore di criticità: Mancata formazione del cassiere - Mancata registrazione degli acquisti da cassa economale non registrati sul S.I. Azione G2.2 (Proveditorato - casse economali) Fattore di criticità: Richiesta aggiornamento funzionigramma</p>	<p>Azione G1.5 - Variazione del livello di rischio da (medio) ad alto ed incongruenza con l'esito del 2019 (positivo) e del 2020 (riserva). Azione G2.2 La verifica in corso e non definita al 31,12,2020 non può essere considerata con riserva.</p>	<p>Azione G1.5 (UOC Approvvigionamenti - Casse economali): permane l'esito con riserva "Sostanziale miglioramento dello stato dell'arte rispetto a quanto rilevato nel 2020, avvenuta la formazione del nuovo cassiere economo e la registrazione a sistema delle operazioni di cassa economale. Si prende atto che le registrazioni vengono effettuate a sistema, ma non sempre tempestivamente. Alla data 25.05.21 il rendiconto di cassa relativo al primo trim./2021 non risulta ancora approvato. Rimane, l'opportunità legata alla revisione della procedura aziendale" - GAP OPERATIVO - Azione G1.5 (UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale): esito con riserva "Rilievi residui: L'aggiornamento della procedura PAC in vigore, suggerito nell'ambito dell'audit del 28.09.2020 non risulta ancora completato. Con riferimento alla verifica sull'attività ispettiva dell'UOS Contabilità generale sull'attività delle Casse ticket aziendali, l'Unità oggetto di verifica informa che l'obiettivo interno è quello di svolgere la verifica di</p>	<p>Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020 le azioni correttive risultano inefficaci stante i mancati riscontri dei distretti alle richieste dell'azienda - Si chiedono al riguardo interventi risolutivi da parte della Direzione Aziendale. Ritardo nell'attuazione delle procedure.</p>	<p>Azione G1.5 (UOC Approvvigionamenti - Casse economali): esito con riserva "Sostanziale miglioramento dello stato dell'arte rispetto a quanto rilevato nel 2020, avvenuta la formazione del nuovo cassiere economo e la registrazione a sistema delle operazioni di cassa economale. Si prende atto che le registrazioni vengono effettuate a sistema, ma non sempre tempestivamente. La cassa economale pur tuttavia la redazione del registro cartaceo. Alla data 25.05.21 il rendiconto di cassa relativo al primo trim./2021 non risulta ancora approvato. Rimane, l'opportunità legata alla revisione della procedura aziendale" - GAP OPERATIVO - Azione G1.5 (UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale): esito con riserva "Superata la criticità legata alla gestione delle somme incassate a mezzo bollettino postale. Con riferimento alla revisione dei canali di pagamento da mettere a disposizione degli utenti l'UOS informa che con mail del 29/09/2020 ha richiesto all'ufficio relazioni con il pubblico l'eliminazione della possibilità di pagamento a mezzo bollettino postale, rispetto alla quale si è ricevuta conferma dell'avvenuta modifica. Questo dovrebbe far venire meno le criticità connesse proprio agli incassi derivanti da pagamenti a mezzo bollettino postale. Rilievi residui: L'aggiornamento della procedura PAC in vigore, suggerito nell'ambito dell'audit</p>	<p>Azione G1.5 (UOC Approvvigionamenti - Casse economali) Azione G1.5 (UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale). Azione G2.2 (distretti sanitari): Permangono le riserve già rilevate al 31.12.2020, le azioni correttive risultano inefficaci stante i mancati riscontri dei distretti alle richieste dell'azienda. Ritardo nella piena attuazione delle procedure. Esiti positivi degli Audit per le azioni G1.5/G1.2/G1.4 (CASSE TICKET -pta CENTRO).</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Progressi (dati al 31/12/2021)	Osservazioni (dati al 31/12/2021)
			<p>almeno il 50% delle casse ticket e/o economali. Nel corso dell'anno 2020 sono stati svolti un numero ridotto di verifiche in considerazione della crisi pandemica". Azione G2.2 (distretti sanitari) esito con riserva permangono le criticità rilevate al 31.12.2020 ed ante "mancato aggiornamento funzionigramma" nonostante le formali richieste di aggiornamento (nota prot. 82 del 13/01/2021-prot. 9 del 05/01/2021) - non ancora riscontrata;</p>		<p>del 28.09.2020 non risulta ancora completato. Con riferimento alla verifica sull'attività ispettiva dell'UOS Contabilità generale sull'attività delle Casse ticket aziendali, l'Unità oggetto di verifica informa che l'obiettivo interno è quello di svolgere la verifica di almeno il 50% delle casse ticket e/o economali. Nel corso dell'anno 2020 sono stati svolti un numero ridotto di verifiche in considerazione della crisi pandemica. "Azione G2.2 (distretti sanitari) esito con riserva permangono le criticità rilevate al 31.12.2020 ed ante "mancato aggiornamento funzionigramma" nonostante le formali Richieste aggiornamento (nota prot. 82 del 13/01/2021-prot. 9 del 05/01/2021) - non ancora riscontrata.</p>	
Patrimonio Netto	<p>Azioni H2.4 (UOC Contabilità Analitica e Patrimonio) - fattori di criticità rilevati in D5.4 e D7.5 Azione H3.4 (Contabilità analitica e Patrimonio e Bilancio e Programmazione) - Fattore di criticità: mancata previsione dei fascicoli di archivio per singolo finanziamento- Gap operativo. Azione H4.3 (Contabilità analitica e Patrimonio e Bilancio e Programmazione: fattori di criticità rilevati in D5.4 e D7.5</p>	<p>Azione H3.4 (Contabilità analitica e Patrimonio e Bilancio e Programmazione) : Variazione del livello di rischio basso a medio e discordanza con l'esito positivo dell'Audit 2019</p>	<p>Azioni H2.4-H3.4-H4.3 - Permangono le riserve rilevate al 31.12.2020 .</p>	<p>Grave Ritardo nell'attuazione delle procedure</p>	<p>Azione H1.3/ H1,1 (UOC Progettazione e manutenzioni) ESITO POSITIVO- Azioni H2.4-H3.4-H4.3 - Permangono le riserve rilevate al 31.12.2020 .</p>	<p>Ritardi nell'attuazione delle procedure per le Azioni H2.4-H3.4-H4.3, peraltro già rilevati nei precedenti semestri – Si chiedono aggiornamenti e chiarimenti al riguardo.</p>

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni-2020	Fattori di criticità 1^ semestre 2021	Osservazioni 1^ semestre 2021	RISULTATI UOC in corso	OCCORRENZA PRESTAZIONI
			<p>non è possibile procedere alla segregazione delle funzioni, l'emissione dell'ordine e la sua liquidazione sono svolti dalla medesima persona. Con la nota prot. n. 52833-2021 del 25.05.2021, viene precisato che il provvedimento di liquidazione viene validato dal Direttore dell'UOC, per garantire la segregazione delle funzioni.</p>		<p>differimento della procedura pac attualmente in vigore"- Azione 14.3/14.1-14.3 (UOC Bilancio e programmazione): "Emerge un differimento procedurale sulla gestione del debito, che comporta una carenza comunicativa tra i servizi. -Si evince che alla registrazione della fattura non vengono effettuati controlli volti a verificare se è in contenzioso. L'UOC oggetto di verifica monitora le fatture in contenzioso su file extra contabili dai quali derivano gli estratti inviati ai servizi per la regolarizzazione. -AZIONE 16.3 (UOC Progettazione e manutenzioni) Follow up del 17/11/2021: "Con riferimento alla segregazione delle funzioni il direttore della UOC conferma, come già comunicato precedentemente, che a causa del ridotto numero di risorse disponibili dell'ufficio tecnico non è possibile procedere alla segregazione delle funzioni, l'emissione dell'ordine e la sua liquidazione sono svolti dalla medesima persona"- Azione 18.5/18.3 (UOC Programmazione, controllo di gestione - UOC Bilancio e Programmazione):" Mancata identificazione dei consumi a causa dell'implementazione in corso della contabilità analitica. L'assegnazione del budget per singola struttura avviene attraverso l'analisi delle assegnazioni degli anni precedenti. Emerge un differimento procedurale sul monitoraggio dei consumi, che comporta</p>	

ASP PALERMO - ESITO DEL REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI AUDIT - AL 31.12.2021

Area PAC	Fattori di criticità anno 2020	Osservazioni 2020	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021	Fattori di criticità 1° semestre 2021	Osservazioni 1° semestre 2021
					una carenza comunicativa tra le strutture competenti -	

ULTERIORI OSSERVAZIONI

- Si rileva positivamente che l'azienda ha proceduto ad effettuare le verifiche di Audit per almeno il 70 % delle strutture da auditare; Si apprezza lo sforzo messo in campo dall'azienda sia organizzativo che strutturale al fine di intensificare le attività di verifica nell'ambito delle strutture aziendali del territorio; ciò consente a questo Dipartimento di disporre di elementi congrui a verificare la capacità complessiva di azione e miglioramento svolta dall'Azienda ai fini della piena attuazione del P.A.C.;
- Si registra un aumento delle verifiche con ESITO POSITIVO sebbene in alcuni aree permangono ancora delle riserve dovute al mancato superamento delle criticità rilevate nei semestri precedenti. Al riguardo, **si chiede una forte azione propulsiva da parte della Direzione Aziendale che possa straordinariamente sensibilizzare e sollecitare le strutture aziendali interessate a mettere in atto le misure correttive indicate dall'I.A. per superare le criticità rilevate;**
- la figura dell'Internal Auditor risulta espletata in forma esclusiva solo a partire dal 12.01.2022 (cfr. nota n. 4620-2022 del 12.01.22);
- **non risulta riscontrata la richiesta di chiarimenti contenuta nella nota prot. n. 44880 del 13/10/2021 ed in particolare in merito ai disallineamenti tra quanto attestato dal Collegio Sindacale, quanto dichiarato dalla Direzione Aziendale e quanto rilevato dall'esito degli audit al 30.06.2021.**

In sintesi, dagli esiti rilevati dai "Reports", nonché dalle evidenze riportate nella relazione di accompagnamento emerge comunque il persistere di diverse criticità pressoché in tutte le AREE che si riportano dagli anni precedenti e che limitano di fatto la completa attuazione delle procedure P.A.C. il cui termine di definizione è stato stabilito con D.A. n. 1211 del 22.11.2021 per il 31.12.2022.

Ciò posto, in vista della **conclusione da parte delle Aziende del SSR dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C. per il 31.12.2022** e nelle more dell'avvio delle attività di "**Supporto ai processi di gestione e consolidamento del percorso attuativo di certificabilità (PAC) regionale**", delle quali sarà data puntuale informazione, codesta Direzione Aziendale **dovrà improrogabilmente porre in essere tutte le misure utili a superare definitivamente le criticità rilevate** entro il predetto termine e trasmettere **entro il 05 luglio 2022** il report di AUDIT aggiornato al 30.06.2022, secondo lo schema per l'anno 2022, che si allega in formato excel, integrato da dettagliata relazione, informazioni riguardo alla funzione dell'IA (*esclusiva/non esclusiva - a tempo determinato/indeterminato*), alla struttura dell'IA (*dotazione personale a supporto*) da tabella con indicazione delle strutture da auditare e auditate nel 1 semestre 2022, secondo il proprio piano di audit.

Al riguardo, non appare superfluo ricordare ancora una volta che ai sensi dell'art. 2 (Obbligo di certificabilità dei dati) del DM. del 17.09.2012: "**Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 19 comma 2 lettere b) e c) del Decreto legislativo 23 giugno 2011 n° 118, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n° 266 e dall'art. 11 del Patto per la Salute 2010 - 2012 devono garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci**".

Infine, si sottolinea che il raggiungimento degli obiettivi del P.A.C. ai fini della certificabilità dei dati e del bilancio costituisce oggetto di valutazione nell'ambito degli "**obiettivi contrattuali generali e di salute e funzionamento dei servizi**".

Il Responsabile della P.O. - Servizio 2

Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Sooma

Il Dirigente del Servizio 2

Dott.ssa Paola Proia

Paola Proia

REGIONE SICILIANA
Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

Mario La Rocca

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 – “Economico Finanziario”
U.O.B. S.5.1

“Controllo bilanci degli enti del S.S.R e Percorsi Attuativi di Certificabilità”

Prot. n 31382

Palermo 21.06.2022

Ai Direttori Generali/Commissari
delle Aziende Sanitarie Provinciali
delle Aziende Ospedaliere
dei Policlinici Universitari
dell'IRCCS Bonino Pulejo di Messina

e p.c.

Ai Collegi Sindacali
delle Aziende Sanitarie Provinciali
delle Aziende Ospedaliere
dei Policlinici Universitari
dell'IRCCS Bonino Pulejo di Messina

Al Gruppo di Lavoro Regionale per l'attività di coordinamento sul P.A.C.

LORO SEDI

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^ semestre 2022

Come è noto con D.A. n. 1211 del 22.11.2021 è stato disposto il differimento al 31.12.2022 del termine per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C, già stabilito al 30.06.2021 dall'art. 1 del D.A. n. 189/2020.

La predetta esigenza si è resa necessaria, oltre che per il perdurare dello stato di emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del COVID-19, che ha limitato e condizionato fortemente l'attività delle Aziende nel 2020, anche in relazione alle risultanze degli Audit e della conseguente attività di monitoraggio effettuata al 31.12.2021 da questo Dipartimento Pianificazione Strategica, che ha valutato non concluso il percorso di consolidamento dei P.A.C. ai fini della successiva certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende.

Pertanto, nell'ambito dell'attività di coordinamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci degli Enti del S.S.R, continua a risultare essenziale il monitoraggio delle attività delle Aziende

sanitarie finalizzata ad attestare la corretta e completa applicazione degli standard "organizzativi", "contabili" e "procedurali" ed a indirizzare e valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni condotte dagli Internal Auditor, al fine di garantire la certificabilità dei dati e bilanci aziendali.

A seguito dell'attività di monitoraggio effettuata per il II semestre 2021 sulle Aziende del SSR come previsto dalla nota ad oggetto "Esiti Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C al 31.12.2021" del mese di Aprile 2022, lo Scrivente servizio ha riscontrato taluni elementi da attenzionare in sede di trasmissione dei report di Audit oggetto della presente comunicazione.

In particolare:

- **Con riferimento alla griglia di Audit**, che si allega in formato Excel, che sostituisce la precedente, sia per gli interventi di Audit ordinari che in follow up, si richiede alle Aziende in indirizzo di indicare per ogni "Azione", solo l'esito delle verifiche effettuate per ogni U.O.

Nel caso in cui la stessa azione di audit sia stata effettuata su più U.O., la singola sezione della griglia potrà essere duplicata e intestata alla U.O. oggetto di verifica. **Nel caso in cui insistano sulla stessa U.O. più articolazioni organizzative da auditare**, la singola sezione della griglia non potrà essere duplicata.

Gli esiti e le eventuali note in merito alle articolazioni organizzative afferenti alla medesima U.O. dovranno essere riportati nel campo "Fattori di criticità" dettagliando analiticamente l'esito (*positivo/negativo/con riserva*) per ogni articolazione descrivendo sinteticamente eventuali criticità. Si precisa inoltre che affinché alla U.O. di riferimento possa essere attribuito l'esito "Positivo" è necessario che tutte le relative verifiche afferenti alle articolazioni organizzative abbiano avuto una valutazione positiva. Contrariamente, il compilatore dovrà attribuire alla U.O. l'esito "Con riserva" o "Negativo", applicando una **valutazione per difetto** (a titolo esemplificativo se la verifica di una U.O. è effettuata su n. 5 articolazioni organizzative, di cui n. 3 con esito positivo, n.1 con esito con riserva e n. 1 con esito negativo, dovrà essere riportato, quale esito afferente alla U.O., un esito negativo);

- Sempre con riferimento alla **griglia di audit**, se sono stati effettuati diversi interventi di Audit in follow up nel medesimo anno, si richiede alle Aziende in indirizzo di indicare per ogni "Azione", solo l'esito e la data dell'ultima verifica, riportando il dettaglio degli ulteriori interventi all'interno del campo "Fattori di criticità";
- Da un'analisi del file "Modello strutture PAC" compilato e inoltrato dalle Aziende al 31.12.2021, è emersa un'incongruenza nel numero di strutture da Auditare previste all'interno del Piano di Audit, sia rispetto agli Atti Aziendali, sia rispetto alle dimensioni delle Aziende.

Pertanto, si chiede di esplicitare dettagliatamente, all'interno della relazione di Audit al 30.06.2022, i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica, dandone adegua evidenza all'interno dell'allegato B1 "Tabella Strutture per Area PAC".

Ciò posto, in vista della conclusione da parte delle Aziende del SSR dell' avviato percorso di consolidamento del P.A.C. per il 31.12.2022 e nelle more dell'avvio delle attività di *"Supporto ai processi di gestione e consolidamento del percorso attuativo di certificabilità (PAC) regionale"*, delle quali sarà data puntuale informazione, e delle osservazioni di cui ai punti precedenti, si informano le Direzioni Aziendali che l'originario termine del 05.07.2022 per la trasmissione della relazione di Audit e dei relativi allegati aggiornati al 30.06.2022, previsto con nota ad oggetto **"Esiti Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C al 31.12.2021"** del mese di Aprile 2022, è **prorogato al 15.07.2022.**

Al riguardo, non appare superfluo ricordare ancora una volta che ai sensi dell'art. 2 (Obbligo di certificabilità dei dati) del DM. del 17.09.2012: *"Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 19 comma 2 lettere b) e c) del Decreto legislativo 23 giugno 2011 n° 118, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n° 266 e dall'art. 11 del Patto per la Salute 2010 -2012 devono garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci"*.

Infine, si sottolinea che il raggiungimento degli obiettivi del P.A.C. ai fini della certificabilità dei dati e del bilancio costituisce oggetto di valutazione nell'ambito degli *"obiettivi contrattuali generali e di salute e funzionamento dei servizi "*.

In linea con quanto previsto dalla predetta richiesta, si richiede la trasmissione della seguente documentazione:

1. **Griglia degli Audit** aggiornata al 30.06.2022;
2. **Modello strutture PAC** da auditare ed auditate al 30.06.2022;
3. **Relazione di accompagnamento attività di Audit** aggiornata al 30.06.2022, la quale dovrà essere suddivisa per "Area" e dare quale minima evidenza i risultati raggiunti, le criticità affrontate e gli eventuali punti aperti da affrontare per ultimare il percorso di consolidamento dei P.A.C;
4. **Elenco referenti PAC per funzione** al 30.06.2022.

Si segnala altresì che eventuali documenti non conformi a quanto previsto dalle suddette direttive non saranno accettati dallo Scrivente Servizio e pertanto sarà richiesta nuovamente la compilazione dei documenti sopracitati.

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa **in formato PDF (debitamente sottoscritta) e in formato editabile senza modificarne la struttura** entro e non oltre il termine del **15/07/2022**, all'indirizzo PEC dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it mettendo in CC l'indirizzo g.scoma@regione.sicilia.it

Il Funzionario Direttivo
(Dott. Giovanni Scoma)

Il Dirigente del Servizio 5
(Dott.sa Paola Proia)

Paola Proia



Il Dirigente Generale
(Ing. Mario La Rocca)

Mario La Rocca



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIREZIONE GENERALE

DATA 26 MAG. 2020

PROT. N° ASP/26540/2020

Allegato A6

Alla Dr.ssa Anna Mancuso
Dirigente Amministrativo

e, p.c. All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi
Attuativi di Certificabilità dei Bilanci"
dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

Al Responsabile dell'Internal Audit

OGGETTO : Percorso Attuativo della Certificabilità : Nomina Responsabile.

La S.V. è nominata Responsabile aziendale del P.A.C. con il compito di coordinare le azioni necessarie per la definizione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C. entro il termine del 30/06/2021 previsto dall'Assessorato della Salute con D.A. n.189 del 06/03/2020.

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Faraoni)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione - sistema informativo e statistico

Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO

e-mail: mariagiuseppina.montagna@asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA 26-06-2020

PROT. N° 1619

Allegato A7

Al Responsabile PAC Dr.ssa Anna Mancuso

e, p.c. Alla Sig.ra Paola Sciarrotta c/o Dipartimento Risorse
Economico-Finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e
Tecnico

Alla Sig.ra Maria Del Gaudio c/o UOC Legale

Al Direttore del Dipartimento Risorse Economico-Finanziarie,
Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico

Al Direttore della UOC Legale

OGGETTO : Gruppo di Lavoro a supporto del Responsabile PAC.

In riscontro alla nota n.30313 del 17/06/2020 ad oggetto "Percorso Attuativo di Certificabilità", visto che il Gruppo di Lavoro per le attività di Internal Audit, Coordinato dalla Dr.ssa Montagna, è costituito anche da Dr. Leonardo Salvaggio, Dr. Samuel Arrigo, Sig.ra Paola Sciarrotta e Sig.ra Maria del Gaudio, considerato l'ambito comune di attività dell'I.A. e del Responsabile PAC, si condivide la proposta della S.V., pertanto la Sig.ra Paola Sciarrotta e Sig.ra Maria del Gaudio supporteranno anche la funzione del Responsabile PAC.

Il Direttore della UOC
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829
DIREZIONE GENERALE
UOC Programmazione controllo di gestione
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
e-mail: controllogestione@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 "Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci del
SSR "
PEC: dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

Al Collegio Sindacale ASP Palermo

All'O.I.V. ASP Palermo

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Al Responsabile P.A.C. ASP Palermo

LORO SEDI

OGGETTO : Comunicazione nuovo coordinatore del gruppo di lavoro per l'attività di Internal Audit

Con la presente si comunica che a partire dal 01/03/2021, a seguito della nomina di Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione con Delibera n. 174 del 18/02/2021, il sottoscritto Dr. Salvatore Bellomo è il nuovo coordinatore del gruppo di lavoro per l'attività di Internal Audit.

Il Direttore della UOC
Coordinatore del GdL "internal audit"
(Dr. Salvatore Bellomo)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841780829
UOC Programmazione controllo di gestione
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
e-mail: controllogestione@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

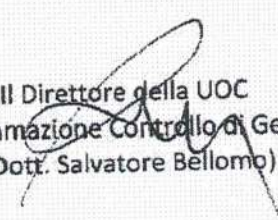
DATA 12/01/2022
PROT. N° ASP/4620/2022

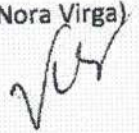
Al Dirigente Amministrativo
Dr.ssa Gugliotta Silvana


All'Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica – Servizio 2

OGGETTO: *Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.) - Nomina Referente Internal Audit*

Con riferimento a quanto richiesto dall'Assessorato della Salute si designa la S.V., dirigente amministrativo in servizio presso questa U.O.C., quale Referente della funzione di Internal Audit di questa Azienda Sanitaria.


Il Direttore della UOC
Programmazione Controllo di Gestione
(Dott. Salvatore Bellomo)


Il Direttore Amministrativo
(Dott.ssa Nora Virga)


Il Direttore Generale
(Dott.ssa Daniela Faraoni)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: controllogestione@asppalermo.org - audit@asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA 31/01/2022

PROT. N° 0016775/2022

Allegato A10

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi
Attuativi di Certificabilità dei Bilanci"

PEC:

dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

e, p.c. Al Collegio Sindacale
ASP Palermo

OGGETTO : Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – anno 2021.

Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 31/12/2021, e relazione di accompagnamento.

In riscontro alla nota n.44880 del 13/10/2021, relativa all'oggetto, si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 31/12/2021, e la relativa relazione di accompagnamento.

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Dr. Salvatore Bellomo)

Allegato A11



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: controllogestione@asppalermo.org

pec: controllogestione.pec@asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi
Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

PEC:

dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

Al Collegio Sindacale ASP Palermo

All'O.I.V. ASP Palermo

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione

e, p.c. Al Responsabile P.A.C. ASP Palermo

LORO SEDI

OGGETTO: Trasmissione deliberazione n.168 del 15/02/2022 ad oggetto: "Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2022, Piano di Audit Triennale 2022-2024 e del Piano di Audit 2022 dell'ASP di Palermo".

In allegato si trasmette deliberazione n.168 del 15/02/2022 ad oggetto: "Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2022, Piano di Audit Triennale 2022-2024 e del Piano di Audit 2022 dell'ASP di Palermo", già pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC".

Inoltre si fa presente che il Manuale di I.A., già redatto ed approvato con delibera n.659 del 30/06/2020, è stato trasmesso con nota prot, 1665 del 20/07/2020 a mezzo pec in data 20/07/2020.

Il Direttore della U.O.C
Programmazione Controllo di Gestione
(Dr. Salvatore Bellomo)

L'estensore dell'atto: _____

Il Responsabile del Procedimento: Dott. _____



Allegato A12

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
e-mail: controllogestione@asppalermo.org - audit@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi
Attuativi di Certificabilità dei Bilanci"
PEC:
dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

e, p.c. Al Collegio Sindacale dell'ASP Palermo

**OGGETTO : Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 1° semestre 2022.
Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al
30/06/2022, e relazione di accompagnamento.**

In riscontro alla nota n. 31382 del 21/06/2022, relativa all'oggetto, si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 30/06/2022, e la relativa relazione di accompagnamento, corredata di tutti i relativi allegati.

Il Referente Internal Audit
Dr.ssa Silvana Gugliotta

Il Direttore della UOC Programmazione
Controllo di Gestione/Coordinatore del
Gruppo di Lavoro I.A.
(Dr. Salvatore Bellomo)

Allegato A13



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: controllogestione@asppalermo.org

pec: controllogestione@pec.asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica Servizio 2
"Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di
Certificabilità dei Bilanci"

PEC:

dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

e, p.c. Al Collegio Sindacale dell'ASP Palermo

OGGETTO: ASP PALERMO - Monitoraggio delle verifiche di audit P.A.C. – 1^a semestre 2022 integrazione informazioni – riscontro Vs. mail del 5/08/2022

In riscontro alla Vs. mail del 5/08/2022 di richiesta di integrazione informazioni, acquisita al prot. ASP n. 171017 del 08.09.22 avente ad oggetto "ASP PALERMO - Monitoraggio delle verifiche di audit P.A.C. – 1^a semestre 2022. Richiesta integrazione informazioni", si relaziona quanto segue:

Con riferimento alla *Griglia degli Audit* (Allegato B2) si segnala che all'interno sono riportati cumulativamente tutti gli audit effettuati dall'anno 2020 alla data odierna con relative date di verifica ed esiti. Inoltre, si segnala che nella griglia inviata con pec del 29.07.2022, allegata alla nota prot. n. 146394-2022 del 29/07/2022, sono riportati n. 2 audit, effettuati in data 01.03.2022, che hanno coinvolto il "Responsabile della Trasparenza" e il "Responsabile della Prevenzione della Corruzione". Tali figure, nonostante non risultino essere incardinate in alcuna struttura dell'Azienda sono state considerate oggetto di audit in quanto le azioni PAC A1.1 e A1.3 risultano pertinenti e peculiari alle suddette figure, le quali, peraltro, sono state identificate dall'art.59 dell'Atto Aziendale approvato con Delibera prot. n. 81 del 21.01.2020.

Sempre con riferimento alla Griglia degli Audit (All. B2) e alla relativa relazione di accompagnamento, si segnala che in data 02.03.2022 è stata svolta una verifica di follow-up sulle azioni D3.1 e D3.2 che ha coinvolto la UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2 e la UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 3. All'interno della griglia di audit tali strutture aziendali sono state inserite in un'unica riga in quanto entrambe, a quella data, afferivano ad un unico Direttore e, pertanto, la verifica è stata svolta congiuntamente.

Al fine di riscontrare le richieste pervenute da codesto Assessorato della Salute, si allega la versione aggiornata della griglia di audit (Allegato B2), in cui la suddetta verifica di audit è stata suddivisa su due righe separate riferite alle due strutture auditate, che sostituisce la versione trasmessa in data 29/07/2022 gs. nota prot. n. 146394-2022 del 29/07/2022 ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di audit P.A.C. - 1^ semestre 2022. Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli Internal Audit, aggiornata al 30/06/2022, e relazione di accompagnamento".

In merito alla "Relazione di accompagnamento" si segnala che da un controllo effettuato sulla stessa risultano tutti gli elementi richiesti con nota prot.31382 del 21.06.2022 e, pertanto, non si ritiene necessario effettuare alcuna integrazione.


Allegati:

1. Elenco referenti PAC per funzione al 30.06.2022, in formato Excel;
2. Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 30.06.2022, in formato Excel;
3. Versione aggiornata della griglia di audit (Allegato B2) in formato Excel.

Il Referente Internal Audit
Dirigente Amministrativo
(*Dr.ssa Silvana Gugliotta*)



Il Direttore della UOC Programmazione Controllo
di Gestione/Coordinatore del Gruppo di Lavoro I.A.
(*Dr. Salvatore Bellomo*)



Allegato A14



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIREZIONE GENERALE

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
web: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

Alla Dott.ssa Silvana GUGLIOTTA
Referente Internal Audit/Dirigente Amministrativo
c/o UOC Programmazione Controllo di Gestione

Al Dott. Leonardo SALVAGGIO
Dirigente Medico

Al Dott. Angelo Alessio NICCHI
Collaboratore Amministrativo Professionale (D)
c/o UOC Programmazione Controllo di Gestione

Al Dott. Samuel ARRIGO
Collaboratore Tecnico Professionale Analista (D)
c/o UOC Programmazione Controllo di Gestione

Alla Sig.ra Maria DEL GAUDIO
Coadiutore Amministrativo Esperto (BS)
c/o UOC Legale

Al Sig. Andrea OROFINO
Collaboratore Amministrativo Professionale (D)
c/o UOC Bilancio e Programmazione

Al Sig. Onofrio TANTILLO
Collaboratore Amministrativo Professionale (D)
c/o UOC Gestione del Patrimonio

e, p.c. Al Direttore Sanitario

Al Coordinatore del GdL
Audit/Direttore UOC
Programmazione Controllo di Gestione

Al Responsabile PAC

LORO SEDI

OGGETTO: Internal Audit sui Percorsi attuativi di certificabilità (PAC) dell'ASP 6 Palermo – Rimodulazione gruppo di lavoro per l'attività di I.A. di cui alla nota 8789 del 20/02/2018.

Al fine di dare piena implementazione alla funzione di I.A., prevista dall'azione A1.7 dei PAC, si ritiene opportuno rimodulare la composizione del Gruppo di Lavoro Internal Audit, di cui alla nota 8789 del 20/02/2018, anche alla luce delle diverse modifiche intervenute, a vario titolo, dalla sua istituzione.

Per quanto sopra,

SI DISPONE

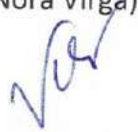
con decorrenza immediata, la rimodulazione del Gruppo di Lavoro I.A. con l'assegnazione delle SS.LL. al predetto gruppo che sarà coordinato dal Direttore pro-tempore della UOC Programmazione Controllo di Gestione, ed avrà il compito di assicurare le attività/azioni a carico dell'Azienda in materia di internal audit riferite a tutte le Aree PAC.

Le SS.LL. manterranno comunque gli attuali carichi di lavoro presso le strutture di appartenenza.

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro curerà la trasmissione del presente provvedimento all'Assessorato Regionale della Salute.



Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

