



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(nominato con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 e s.m.i.)

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 30/06/2023

PARTE A - DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2023

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 2023

aggiornato al 30/06/2023

1. Premessa	3
2. La struttura dell'Internal Audit.....	5
3. Il Manuale di Internal Audit.....	6
4. La Relazione del risk assessment.....	7
5. Piano annuale di Internal Audit 2023.....	8
6. Le Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC.....	8
7. La Relazione intermedia e finale di internal audit.....	9
8. L'Archiviazione della documentazione.....	9
1. Premessa	11
2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit.....	11
3. Esito delle verifiche	11
Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A.	11
3.1 Esito delle verifiche di follow-up	12
3.2 Verifiche con esito positivo.....	33
3.3 Verifiche con esito "con riserva"	38
3.4 Verifiche senza esito.....	42
3.5 Verifiche previste da Piano di Audit 2023 ma non effettuate.....	44
4. Archiviazione documentazione	44
5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	44
6. Griglia di rilevazione	44

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 6940 del 30.01.2023 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n.56133 del 20/12/2022 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n.19081 del 23/03/2023 Assessorato della Salute
allegato A5	nota n. 38629 del 10/07/2023 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.52818 del 06/03/2023 ASP PA
allegato A11	nota n. 77544 del 28 /03/2023 ASP PA
allegato A12	nota n.132490 del 11/05/2023 ASP PA
allegato A13	nota del 228097 del 12/07/2023 ASP PA
allegato A14	nota n. 12575 del 17/01/2023 ASP PA
allegato A15	nota n. 38695 del 15/02/2023 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 30/06/2023
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 30/06/2023



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2023 aggiornato al 30/06/2023

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. 6940 del 30.01.2023 (**allegato A2**) ha comunicato che con D.A. n.14 del 13 gennaio 2023 sono stati rimodulati al 31.12.2023 i termini di consolidamento del PAC.

L'Assessorato ha anche inoltrato diverse note nel 1° semestre 2023, e precisamente:

- ✓ Con nota n. 56133 del 20/12/2022 (**allegato A3**), ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^ 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, ha richiesto la trasmissione:

- la Relazione di Risk assesment anno 2023;
 - il Piano Annuale di Audit anno 2023.
- ✓ Con nota n.19081 del 23/03/2023 (**allegato A4**) ha comunicato gli esiti del monitoraggio relativo alle verifiche di audit sulle procedure aziendali PAC al 31/12/2022 e contestualmente indicato il termine del 17 luglio 2023 per il monitoraggio semestrale delle verifiche audit
 - ✓ .
 - ✓ Con nota n. 38629 del 10.07.2023 (**allegato A5**), ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^ semestre 2023 – Piano annuale Audit – anno 2023", ha richiesto l'inoltro dei seguenti documenti:
 - la griglia di Audit aggiornata al 30.06.2023;
 - il modello strutture PAC da auditare e auditate al 30.06.2023;
 - la relazione di accompagnamento attività di audit aggiornata al 30.06.2023;
 - l'elenco dei referenti PAC per funzione al 30.06.2023;

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

Relazione Internal Audit al 30-06-2023

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 31/12/2023 come da D.A. n.14 del 13 gennaio 2023.

Com'è noto, a partire dal mese di febbraio 2020, la diffusione del virus COVID-19 (o Coronavirus) ha comportato l'adozione, anche nella nostra regione, 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 2023, 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 ha proceduto all'affidamento del 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. In seguito, con deliberazione n.1244 del 22/08/2022 l'Azienda ha prorogato l'incarico alla Ditta KPMG Advisory S.p.A. in attesa dell'espletamento delle procedure di gara per il nuovo incarico. Infine, con deliberazione n.374 del 15 marzo 2023 l'Azienda ha proceduto all'affidamento del 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 sopra citata nota;
- ✓ 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.52818 del 06/03/2023 (**allegato A10**) ha comunicato la rimodulazione del gruppo di lavoro per l'attività di I. A.
- ✓ con nota n. 77544 del 28 /03/2023 (**allegato A11**) ha trasmesso la comunicazione del nuovo Referente della funzione di Internal Audit in forma esclusiva, Dr Angelo Alessio Nicchi;
- ✓ con nota n.132490 del 11/05/2023 (**allegato A12**) ha comunicato ulteriori precisazioni relative del gruppo di lavoro per l'attività di I. A.;
- ✓ con nota del 228097 del 12/07/2023 (**allegato A13**) ha nominato quale Responsabile aziendale P.A.C. la Dott.ssa Silvana Gugliotta a seguito del comando presso altro Ente della Dott.sa Anna Mancuso a far data dal 06/04/ 2023 giusta nota ASP prot. n. 86056 del 05.04.2023;

- ✓ con nota n. 12575 del 17/01/2023 (**allegato A14**) l'Internal Audit ha trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute la seguente documentazione:
 - Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 31.12.2022;
 - Griglia degli audit aggiornati al 31.12.2022;
 - schema struttura da auditare e strutture verificate al 31.12.2022;
- ✓ con deliberazione n. 178 del 154/02/2023 (**visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**) ha approvato e adottato:
 - la Relazione del *Risk Assessment* anno 2023;
 - il Piano Annuale di Audit 2023;
 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. 38695 del 15/02/2023 (**allegato A15**) ha trasmesso la suddetta deliberazione all'Assessorato Regionale della Salute;
- ✓ dal mese di febbraio 2023 si sono avviate le verifiche audit previste nel Piano 2023, con riferimento al 1° semestre, conclusi a maggio. Invero, come specificato nella sezione 3.5 "*Verifiche previste da Piano di Audit 2023 ma non effettuate*", è necessario evidenziare l'impossibilità da parte della Funzione di Internal Audit di ultimare il programma delle attività previste dal Piano di Audit annuale 2023, a causa della migrazione al nuovo sistema amministrativo-contabile effettuato dall'Azienda e che ha impegnato le diverse funzioni Aziendali dalla data del 28 aprile 2023, data di chiusura del precedente applicativo C4H con conseguente go live del nuovo applicativo a partire dal 10 maggio 2023 giusta nota prot. 102173 del 19.04.2023.

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 UUOCC rispettivamente dell'Area Amministrativa e Contabile e Area PTA e ha realizzato il processo di attivazione della nuova organizzazione aziendale. Con quest'ultima Delibera ha proceduto ad avviare le nuove UUOCC 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, (*cfr all. A8*).

Il Gruppo di lavoro (di cui alla nota n.1419 del 26/06/2020, (*cfr 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 (*cfr all. A9*). Infine, con nota n. 77544 del 28/03/2023 (*cfr. all. A11*) l'Azienda ha provveduto alla nomina del nuovo Referente della funzione di Internal Audit in forma esclusiva così come indicato nella circolare dell'Assessorato della Salute prot. n. 65013 del 02.08.2016 e ss e nota 2565 del 18.01.2022 dell'Assessorato della Salute, nella persona del Dr. Angelo Alessio Nicchi, coll.re amm.vo prof.le della UOC Controllo di Gestione;

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. 178 del 14/02/2023:

- 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. Piano annuale di Internal Audit 2023

Il Piano di Audit, predisposto dalla funzione di Internal Audit e adottato con deliberazione n. 178 del 14/02/2023, ha definito le azioni e/o procedure da verificare nell'ambito dell'anno 2023 e ha individuato le correlate Strutture interessate dall'attività di audit.

Il Detto piano ha definito le attività da svolgere nel corso dell'esercizio operativo 2023.

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, secondo quanto di seguito esplicitato:*

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 2022 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.

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 n. nota n. 38629 del 10.07.2023 (allegato A5), ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^ semestre 2023 – Piano annuale Audit – anno 2023":

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°
AREA GENERALE					

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, dapprima, con nota n.19081 del 23.03.2023 (cfr. allegato A4), ed in ultimo con nota n. 38629 del 10.07.2023 (allegato A5), avente ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^ semestre 2023 – Piano annuale Audit – anno 2023", è stata prevista la scadenza del 17 luglio 2023 per produrre:

- la Relazione di Internal Audit al 30/06/2023;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti al 30/06/2023;
- il Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 30/06/2023;
- l'Elenco referenti PAC per funzione al 30/06/2023;
- 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.

17 luglio 2023

Il Referente "Internal audit"
U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione
Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Responsabile PAC
Dott.sa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Direttore U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione
Dr. Salvatore Bellomo

Visto
Il Commissario Straordinario
Dott.sa Daniela Faraoni

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 6940 del 30.01.2023 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n.56133 del 20/12/2022 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n.19081 del 23/03/2023 Assessorato della Salute
allegato A5	nota 38629 del 10/07/2023 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.52818 del 06/03/2023 ASP PA
allegato A11	nota n. 77544 del 28 /03/2023 ASP PA
allegato A12	nota n.132490 del 11/05/2023 ASP PA
allegato A13	nota del 228097 del 12/07/2023 ASP PA
allegato A14	nota n. 12575 del 17/01/2023 ASP PA
allegato A15	nota n. 38695 del 15/02/2023 ASP PA



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2023 aggiornata al 30/06/2023

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con nota n.11786 del 28/02/2020 (*cf. All. A1*), e con nota n. 38629 del 10/07/2023 per il primo semestre 2023 ha richiesto la compilazione della griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit (**allegato B2**) aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 30/06/2023.

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 parzialmente conformi alla programmazione (**PARTE A**) effettuata nell'ambito del piano di audit 2023, per il primo semestre 2023.

3. Esito delle verifiche

Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A. intende illustrare in modo dettagliato gli esiti delle verifiche audit del I semestre 2023, 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 30 giugno 2023, 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 migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile ha rappresentato un importante impegno per la totalità delle articolazioni aziendali che ha comportato difficoltà nell'organizzazione degli Audit previsti nel Piano Annuale di Audit 2023, in quanto l'intera azienda nel periodo di riferimento della presente relazione si trova ad effettuare sia le attività per la corretta implementazione e alimentazione del nuovo sistema sia per l'attività di formazione svolta nei mesi successivi.

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.

Occorre precisare, inoltre, che non si è reso possibile esprimere un esito per le verifiche relative alle Azioni D5 e H1 con l'UOC Approvvigionamenti in data 15.06.2023, in quanto gli acquisti afferenti ai progetti finanziati (principalmente PSN e PNRR) non sono più gestiti dalla suddetta Struttura, bensì dalla UOC Sviluppo e Gestione dei progetti sanitari.

Nel corso del I semestre 2023 **sono state auditate nr. 21 Strutture aziendali** delle 89 da auditare (come da Piano di Audit 2023, approvato con deliberazione n. 178 del 14/02/2023), pari, quindi, al 24%. Di queste 21 strutture, nr. 15 strutture aziendali sono state oggetto di *follow-up* di audit, come dettagliato nell'allegato

B1. Il dato percentuale è più basso della previsione stante l'avvio del nuovo sistema contabile amministrativo con conseguenziale migrazione dei dati che ha comportato la sospensione degli I. A.

3.1 Esito delle verifiche di follow-up

Coerentemente, salvo quanto sopra rappresentato, da Piano di Audit 2023, nel corso del I semestre 2023 sono state effettuate le seguenti verifiche di follow-up:

3.1.1. Verifiche con esito positivo

AREA IMMOBILIZZAZIONI

AZIONE D5.4 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D5.3 Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

AZIONE D6.4: *Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D6.3* "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

AZIONE H1.3: *Verifica di 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, quali ad esempio: modifiche del fondo di dotazione, ripiani perdite, movimenti per i cespiti acquistati con contributi in conto capitale e relative sterilizzazioni, distribuzione di eventuali utili ecc. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa."*

Audit del 28/04/2023 – UOC Progettazioni e Manutenzione

Dalla verifica di audit svolta in data 28.04.2023, non emergono gravi rilievi circa il rispetto del principio di segregazione delle funzioni aziendali, in quanto le attività oggetto di verifica sono gestite da soggetti diversi ed indipendenti.

Inoltre, non emergono rilievi circa il corretto espletamento delle attività oggetto dell'azione PAC H1.1, infatti, con riferimento alle operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto, emerge come l'UOC Progettazione e manutenzione, ricevuta la proposta di donazione dalla Direzione Aziendale, esprime parere in merito ad eventuali costi di gestione e manutenzione a seguito dell'acquisizione. L'UOC oggetto di verifica segnala di non avere alcun ruolo in merito alla gestione delle donazioni sul sistema C4H.

AREA RIMANENZE

AZIONE E1.9: *"Verifica di 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 di 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 di 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 di 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."*

AZIONE E4.3: *Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.1 "Predisposizione di un programma di lavoro (da aggiornare annualmente) per la rilevazione inventariale al 31 dicembre che preveda: la descrizione dell'area inventariale prescelta, dei beni, dei coordinatori del processo, dei partecipanti alla conta, dei metodi di conta. "*

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.2 "Archiviazione e conservazione della documentazione da cui si possa ripercorrere tutto il processo di rilevazione inventariale di fine anno."

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Audit del 07/03/2023 – UOC Approvvigionamenti

A fronte di tali rilievi in sede di audit si proponevano le seguenti azioni correttive:

- procedere alla preventiva individuazione del personale da adibire allo svolgimento delle diverse fasi caratterizzanti il processo di inventariazione delle giacenze finali (estrazione dei dati da sistema, conta fisica, rilevazione a sistema delle rettifiche inventariali e chiusura dell'inventario) richiedendo, eventualmente, il supporto di personale afferente ad altri magazzini anche al fine di permettere a segregazione delle funzioni;
- predisporre un programma di lavoro che renda omogenee le attività di inventariazione e che preveda la preventiva autorizzazione da parte del Responsabile dell'UOC Approvvigionamenti delle rettifiche inventariali, in ottemperanza alla procedura PAC;
- caricare a sistema, con l'inventario finale, le carte di lavoro, la stampa delle giacenze con indicazione delle date esatte della loro produzione relative all'inventario del magazzino cancelleria e stampati, per il quale non si avevano informazioni puntuali in merito al relativo svolgimento.

Da inquiry con il Responsabile dell'UOC oggetto di verifica e con i referenti dei magazzini di casermaggio, Igiene e pulizia e cancelleria emerge come per l'anno 2022, sono stati svolti gli inventari per i suddetti magazzini. In particolare, sono state trasmesse, con nota a tutte le parti interessate, le istruzioni operative e le date previste per l'effettuazione delle attività inventariali. In merito a tale punto, i referenti comunicano che gli inventari sono stati svolti dal 12 al 16 dicembre 2022 avendo cura di sospendere le movimentazioni di magazzino. Da inquiry con i referenti emerge, inoltre, come dal 19 al 31 dicembre sono state riattivate le operazioni di carico e scarico, effettuando successivamente le operazioni di roll forward per allineare il dato delle giacenze fisiche rilevate in sede di inventario alle giacenze fisiche risultanti alla data del 31 dicembre 2022. Inoltre, si segnala che le attività di conta nei vari magazzini sono state svolte da referenti diversi da quello di propria competenza, in modo da garantire la segregazione delle funzioni. I referenti erano supportati, nell'attività di conta, da personale esterno composto da n. 3 persone per squadra di conta.

Al termine di tale attività, è stata trasmessa tutta la documentazione inventariale, con allegato un verbale di conta, siglato dagli operatori e dal referente dell'inventario, ai referenti dei vari magazzini che, ognuno per magazzino di competenza, ha effettuato a sistema le scritture di allineamento per mezzo di scarichi fittizi.

AZIONE E3.7: *Verifica di 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 di 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 16/03/2023 – UOC Bilancio e Programmazione

In premessa si segnala che la presente verifica di audit, inizialmente prevista in data 09.03.2023 con nota ASP/0047514-2023 del 27 febbraio 2023, è stata posticipata al 16.03.2023 con mail del 14.03.2023.

La procedura in essere alla data di verifica relativa all'Area E adottata con delibera n. 1054 del 09/09/2021. La stessa prevede che la verifica delle merci obsolete, scadute e a lento rigiro deve essere effettuata mensilmente presso ogni magazzino farmaceutico aziendale, nonché in occasione delle attività inventariali. Tali merci devono essere identificate all'interno del sistema amministrativo-contabile da parte del Responsabile dell'inventario al fine di poter avviare il processo di smaltimento per generare i relativi movimenti di scarico. I suddetti movimenti garantiscono l'aggiornamento dei valori contabili e l'alimentazione automatica delle scritture di competenza.

Con riferimento ai beni economici la procedura prevede che in presenza di uno scostamento tra il valore reale del bene ed il valore contabile:

- gli addetti del magazzino di riferimento inviano all'UOC Bilancio e Programmazione un documento, per singolo bene, che ne descriva le motivazioni della svalutazione;
- il Responsabile dell'UOC Bilancio e Programmazione valuta quanto descritto nel suddetto documento e in caso di approvazione lo sigla, autorizzando un addetto alla modifica a sistema del valore contabile.

In sede di riunione i dirigenti dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicano che 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 vengono effettuate le scritture di chiusura di fine anno. In particolare, per i beni sanitari, il suddetto 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. A tal proposito, i dirigenti dell'UOC Bilancio e Programmazione riferiscono che trimestralmente acquisiscono i dati del valore residuo dei farmaci in DPC, al netto dell'erogato alle Aziende del SSR, riportando il valore in contabilità.

Dall'intervista svolta con i dirigenti amministrativi dell'UOC verificata, si apprende che in sede di predisposizione del 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 provvede a registrare a sistema i movimenti di scarico per scaduto: tali rilevazioni consentono l'allineamento della co.ge. alla contabilità di magazzino. Inoltre, trimestralmente in occasione delle chiusure del CE, la UOC Bilancio e Programmazione riceve dalla UOC Approvvigionamenti o Dipartimento interessato il valore delle rimanenze finali, al netto degli eventuali scarichi per scaduto e/o svalutazioni, da iscrivere in bilancio.

AREA CREDITI E RICAVI

Azione F1.11: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 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."*

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 16/05/2023 - UOC Cure Primarie e UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna

In premessa si segnala che, alcune delle attività oggetto di verifica non risultano più in capo alla UOC Cure Primarie, come da nota prot. n. 113312 del 02.05.2023 a firma del Direttore della sopra citata struttura, bensì alla UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, in quanto con delibera n. 1298 del 31 agosto 2022 è stato nominato il relativo Responsabile.

Inoltre, si conferma che il regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria è stato adottato con delibera n.123 del 05/02/2020. 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. A tal proposito, i referenti del CTC ALPI forniscono la nota prot. n.118411 del 03.05.2023 indirizzata all'UOS Contabilità generale per richiedere la possibilità di prevedere un meccanismo di ripartizione di tali fattispecie partendo dall'identificazione degli stessi, costruendo dei driver di allocazione.

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 un'istanza di disponibilità per esercitare l'attività di libera professione (in cui indicano le fasce orarie di disponibilità), mentre la macrostruttura di riferimento è chiamata a dare un nulla osta su tali disponibilità, trasmettendo al Comitato Tecnico Consultivo (CTC) ALPI per autorizzare l'esercizio dell'attività. L'approvazione dell'agenda viene finalizzata attraverso una determina da parte della macrostruttura di riferimento su cui il CTC ALPI emette parere preventivo e obbligatorio apponendo un timbro. Inoltre, nel caso di variazioni di modifiche sostanziali alle agende è necessario il coinvolgimento del Comitato Tecnico Consultivo ALPI.

AZIONE F1.11: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.5* "Implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia.*

F1.6 "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."

Audit del 16/05/2023 – UOC Cure Primarie e UOC Specialistica Ambulatoriale

Con riferimento ai controlli tra le prestazioni prenotate, prestazioni erogate ed incassi, si riferisce che tali controlli incrociati possono essere effettuati all'interno del sistema HeroCUP. Tale reportistica può essere sempre generata nel caso si ritenga necessario un controllo tra le prestazioni prenotate, erogate ed incassi. Allo stato attuale non è previsto effettuare tale estrazione con una cadenza periodica. Con riferimento al controllo tra le prestazioni prenotate e le prestazioni erogate è eseguito dalla UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna mediante l'estrazione dei report delle prenotazioni non presentate. Tali report vengono inviati ai distretti competenti, i quali effettueranno un ulteriore controllo e non contribuiscono alla predisposizione del flusso C. L'estrazione è effettuata solitamente per semestri e i dati vengono estratti in formato Excel e archiviati su una cartella creata in locale sul pc.

Inoltre, con riferimento al controllo tra le prestazioni erogate e i relativi incassi, il personale aziendale rileva che la verifica può avvenire puntualmente attraverso la consultazione del report "piani di lavoro" estratto dal sistema CUP aziendale che può essere generato da e per ogni singola struttura. Il controllo può avvenire per una singola data o per periodi specifici e può essere seguito anche per il singolo numero di impegnativa o per numero di promemoria di prenotazione.

Si riferisce che le attività per la predisposizione del flusso C risultano in capo alla UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna. Relativamente alle prestazioni di pronto soccorso, viene comunicato che tali prestazioni non vengono accodate al Flusso C trasmesso all'Ufficio SIS, cui compete a sua volta la

trasmissione all'Assessorato della Salute. Inoltre, il Flusso C estratto dal sistema informativo non contempla il CRILL che, dunque, viene inserito manualmente.

Con riferimento all'azione PAC oggetto di verifica, è stata acquisita la seguente documentazione:

- ITEM 2: flusso incassato del 11.07.2023, nella quale si rileva che in data 11.07.2023 sono stati emessi un totale di 92 documenti nello specifico, 17 fatture, 1 nota di credito, 74 ricevute. Inoltre, si rileva che il totale dell'incasso del presidio Enrico Albanese in data 11.07.2023 è 2.203,24€;
- ITEM 3: report prenotati 11.07.2023, in particolare si rileva che non vi è piena corrispondenza tra i pazienti paganti e ricevuti presso il presidio 42 Enrico Albanese, ed i pazienti elencati nell'ITEM 2;
- ITEM 4: con nota dal prot. N. 126/SIE/4 al prot. n.39/SIE/U il direttore della U.O.C Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna trasmette, al Responsabile della U.O Controllo di Gestione – SIS, un file contenente il Flusso C relativo all'anno 2022. In particolare, si rileva che a dicembre 2022 il flusso C è composto da n.140.643 record, con un importo netto di 860.575,14 €, con un importo Ticket di 170.087,88 €, con un importo totale di 1.030.663,02 €. Tali valori non risultano riscontrabili con i relativi file di produzione del Flusso C, in quanto sono stati inoltrati in un formato non leggibile. Infine, viene segnalato che il flusso è stato verificato e cifrato con Flow Look (versione 7.58.4) e non presenta errori, ma si sottolinea che si è dovuto provvedere all'estrazione dei dati da due diverse banche dati (quella preesistente di Sicilia e Servizi e il sistema Hero) ed a causa di ciò è possibile una ripetizione di ricette e prestazioni che l'Ufficio in questione non è in grado di quantificare;

ITEM 5 e 6: è stato fornito dalla Struttura oggetto di verifica il report, estratto da CUP Aziendale, dei non presentati relativi al PTA Albanese del II semestre 2022 e la relativa mail di trasmissione per lo svolgimento dei controlli.

AREA DEBITI E COSTI

Azione 13.6: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 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."*

Azione 13.6: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 16.1 "Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati le cui principali funzioni concernano: la determinazione dei fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture dei fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc.."*

Audit del 25/05/2023 – UOC Medicina Legale e Fiscale

Dalla documentazione acquisita si segnala che, con riferimento all'ITEM 2, vi è corrispondenza di importi tra_rendiconto, ordini e fattura, ma questa è stata liquidata non tempestivamente (oltre i 60 gg) rispetto alla data di ricevimento. Con riferimento agli ITEM 3 e 4, si segnala che vi è corrispondenza di importi tra rendiconto, ordini e fattura. Con riferimento all'ITEM 5 e 6 vi è corrispondenza tra ordine e fattura ma all'interno del rendiconto relativo allo svolgimento delle attività l'importo è comprensivo di IVA mentre in fattura risulta "natura operazione "esente". Tuttavia, l'imponibile rendicontato, l'importo pagato e quello fatturato corrispondono.

Infine, si segnala che, la criticità, rilevata nella precedente verifica di audit, riguardante l'entrata a pieno regime degli ordini ai medici tramite canale NSO, è superata in quanto dagli ITEM richiesti e verificati si rileva che tutte le fatture sono collegate agli ordini NSO corrispondenti.

Azione I4.6: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.5 "Attivazione di una procedura che consenta la immediata rilevazione in contabilità generale delle carte contabili trasmesse dal tesoriere a fronte di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie."*

Audit del 02/03/2023 – UOC Bilancio e Programmazione

Da inquiry con i referenti dell'UOC Bilancio e programmazione emergono come il processo di rilevazione in contabilità generale delle carte contabili trasmesse dal tesoriere a fronte di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie è presidiato mediante controllo da parte degli uffici competenti. In particolare, il referente segnala che, nel momento in cui perviene l'ordinanza di pagamento, l'Ufficio provvede ad effettuare un controllo in contabilità se la partita è già presente. In tale ultimo caso si provvede ad effettuare il relativo mandato di pagamento, inserendo tutte le informazioni relative al singolo procedimento, in modo da identificare le liquidazioni aventi natura giudiziaria. Al contrario, se l'ordinanza riguarda una partita non presente in contabilità relativa in particolare a spese accessorie, al fine di dettagliare la partita in contabilità, si provvede ad effettuare una scrittura di "dettaglio saldi" (fornitore @ fornitore) e contestualmente effettuare la chiusura tramite mandato o svincolo del fondo. Invece, se l'ordinanza riguarda una partita non presente in contabilità relativa a fatture non pagate, i referenti verificano l'eventuale pagamento già effettuata dal tesoriere, e iscrivono la relativa fattura a sopravvenienza passiva, chiudendo contestualmente la partita.

3.1.2. Verifiche con esito parzialmente positivo

AREA GENERALE

Azione A4.6: *"Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale"*

Audit del 16/02/2023 - UOC Programmazione Controllo di Gestione & UOC Bilancio e Programmazione

Le Strutture comunicano che è stata avviata l'attività di raccordo dei fattori produttivi con la co.ge, ma alla data di verifica non si è conclusa. Nelle more della definizione della contabilità analitica e della completa integrazione tra questa e la contabilità generale, tramite l'applicativo di Business Intelligence (BI) in uso presso l'UOC, alimentato da tutti i flussi gestiti dall'azienda e, parzialmente, dal SW C4H è possibile effettuare delle analisi specifiche ed estrarre il bilancio di verifica dettagliato per centro di costo. Le suddette attività di transcodifica si sarebbero dovute ultimare nel mese di dicembre 2021, in modo da poter avviare il sistema di contabilità analitica sperimentale ma, ad oggi, le attività non sono ancora concluse. La UOC Bilancio e programmazione utilizza la BI per estrarre il bilancio di verifica per elaborare il CE infrannuale.

Le strutture oggetto di verifica comunicano di aver avviato le interlocuzioni con l'RTI, finalizzata alla migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile e al modulo personale. In particolare, il referente comunica che la data presunta di go live del sistema amministrativo contabile è previsto per maggio 2023. Inoltre, in data 24.01.2023 ha avuto luogo un incontro con i referenti della SW per pianificare le attività ai fini dell'adempimento regionale per la produzione del flusso COA, coerente con i dati di contabilità generale, al II trimestre 2023. Inoltre, L'UOC Programmazione, Controllo di gestione comunica che ha avviato l'attività di allineamento dei due piani dei centri di costo presenti nell'attuale sistema, in modo da caricare sul nuovo sistema un unico piano dei centri di costo (vedasi ITEM 3 e 4). Successivamente l'obiettivo sarà la correlazione del piano dei centri di costo con il piano dei fattori produttivi finalizzato alla produzione del Flusso COA da quadrare con la co.ge.

Con riferimento alla problematica inerente all'errata imputazione dei corretti centri di costo da parte delle strutture competenti, il referente dell'UOC Programmazione, Controllo di gestione ha richiesto alla SW l'inserimento di un blocco a sistema che non permetta al punto ricevente di selezionare un CdC diverso da quello inserito in fase di ordine. Il referente dell'UOC Bilancio e Programmazione riferisce che ha richiesto alla SW di trasferire in capo alle strutture ordinanti l'attività di accettazione delle fatture, previo controllo dell'aggancio con l'ordine. Tale modifica del processo dovrebbe portare alla corretta individuazione a monte del centro di costo.

Dall'analisi della documentazione acquisita in sede di verifica, emerge quanto segue:

- In data 24.01.23 è stato svolto un incontro di coordinamento tra la SW e i referenti della UOC Programmazione Controllo di Gestione finalizzato alla condivisione dei processi che portano alla definizione del flusso COA. Nello specifico dall'incontro è emerso che, l'elaborazione del flusso COA avviene extra sistema, con il supporto della ditta "Dedalus" attraverso la piattaforma "BI". Inoltre, si rileva che le regole di attribuzione di centro di costo e valore economico fatte dal DWH sono gestite a sistema e automatizzate in base al flusso Cril. Il bilancio di verifica e il CE sono utilizzati nelle procedure di ribaltamento dei costi dei servizi appaltati.
- A seguito dell'implementazione del nuovo sistema amministrativo contabile, si provvederà ad utilizzare esclusivamente il nuovo piano dei centri di costo relativamente a tutte le attività di progettazione legate alle rilevazioni di contabilità analitica. Inoltre, nell'ambito del progetto e del macro-obiettivo realizzativo "Amministrativo Contabile" è stato svolto un incontro per approfondire la richiesta da parte dell'azienda di implementare il nuovo Piano dei Centri di Costo nel nuovo sistema AMC e provvedere alla bonifica del vecchio piano dei costi.
- Le rilevazioni che influiscono nel conto economico gestionale non sono allineate al bilancio di verifica e si ottengono quindi direttamente dai flussi. Attualmente le rilevazioni di Co.An rispondono a tutti i conti di analitica regionali e non ci sono quindi dei conti specifici aziendali. Inoltre, non sono presenti rilevazioni che collegano i conti di Co.An e CoGe in modo univoco o con legami specifici. Si rileva, inoltre che all'interno del nuovo sistema AMC l'estrazione del flusso COA avverrà tramite il supporto dell'applicativo; quest'ultimo sarà il collettore di tutte le rilevazioni economiche di contabilità generale e analitica. Sarà inoltre possibile fare delle "storicizzazioni gestionali" scegliendo l'arco temporale da storicizzare.

Considerata la non completa definizione di un raccordo tra la contabilità generale e la contabilità analitica, si ritiene che l'obiettivo PAC non possa considerarsi pienamente raggiunto. Di contro, si ritiene di assegnare un esito parzialmente positivo, in attesa della piena implementazione del sistema amministrativo-contabile, vista l'attività di bonifica e raccordo del piano dei CdC con i relativi conti co.ge. in corso di svolgimento.

AREA IMMOBILIZZAZIONI

AZIONE D1.4 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D1.1 "Predisposizione di una procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi."*

D1.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

AZIONE D4.7: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Tale procedura dovrebbe essere discussa e definita all'interno di un processo di programmazione investimenti che coinvolga comitati tecnici per valutazioni di necessità, opportunità e convenienza."*

D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti."

D4.5 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

Audit del 13/04/2023 – UOC Bilancio e Programmazione

Nel corso dell'intervento è stato ripercorso con i referenti della UOC Bilancio e Programmazione il processo amministrativo-contabile ed extracontabile previsto dalla procedura aziendale adottata con Delibera della Direzione Generale n. 1525 del 04/10/2022, al fine di individuare eventuali gap di processo. È stata condotta un'intervista sulle attività svolte dall'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 e la compliance al PAC.

AZIONI D1.1 e D1.3

La procedura aziendale adottata con Delibera n.1525 del 04/10/2022 dettaglia in maniera analitica tutte le fasi del processo inerente all'acquisizione e la gestione delle immobilizzazioni, identificando compiti e

responsabilità. In particolare, all'interno di tale processo di acquisto la UOC Bilancio e Programmazione risulta maggiormente coinvolta nelle seguenti fasi:

- 1) Iscrizione in contabilità generale delle fatture relative ai cespiti;
- 2) Contabilizzazione degli ammortamenti e sterilizzazioni, con l'attivazione degli automatismi sul sistema informativo per la relativa rilevazione;
- 3) Redigere le scritture relative alla dismissione/alienazioni dei cespiti

Nel corso della precedente verifica di audit effettuata in data 04/05/2022 si rilevava la corretta contabilizzazione delle fatture sulla base della natura dell'acquisto, ad eccezione delle fatture che non avevano l'ordine correttamente agganciato e che confluiscono nel conto denominato "fatture in contenzioso". Infatti, per tali tipologie di fatture, la UOC Bilancio e Programmazione, in fase di analisi di tali fattispecie, non sempre riceve la documentazione da parte delle strutture aziendali competenti necessaria a garantire la corretta allocazione in contabilità. In tal caso, i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione, in sede di chiusura del bilancio, provvedono ad effettuare un'analisi dei dati riportati nella fattura, attribuendo il relativo conto economico.

Inoltre, relativamente al calcolo degli ammortamenti e delle sterilizzazioni, nel corso della fase afferente alle scritture di fine esercizio, i referenti dichiaravano di utilizzare un file extra-contabile per il calcolo degli stessi, procedendo alla regolarizzazione sul sistema gestionale aziendale, attraverso un'attività di allineamento delle classi fiscali presenti nei due sistemi contabili, e pertanto non attivando gli automatismi sul sistema informativo.

Durante la presente verifica di audit, si è approfondita la questione relativa alle cosiddette "fatture in contenzioso". Da inquiry, è emerso che la UOC Bilancio e Programmazione provvede ad associare, previa analisi, un conto a tali fatture in sede di chiusura di bilancio. Inoltre, nonostante l'obbligo di effettuare gli ordini tramite sistema NSO, si rileva che ad oggi il conto denominato "fatture in contenzioso" continua ad essere alimentato da fatture per cui non risulta l'aggancio all'ordine. Da intervista è emerso che la presenza di fatture senza ordine sia da attribuire alle seguenti fattispecie:

- Ordine registrato a sistema difforme dalla fattura, con conseguente impossibilità di effettuare il relativo aggancio.
- Mancata registrazione del DDT in sede di entrata merce, con conseguente mancata registrazione del costo nell'anno di competenza;
- Mancato aggancio dell'ordine alla fattura;

Inoltre, da intervista emerge che tali discrepanze tra l'ordine e la fattura dovrebbero ridursi in quanto si prevede che, con il nuovo disegno del processo inerente il ciclo passivo finalizzato alla migrazione sul nuovo sistema amministrativo-contabile, l'accettazione delle fatture verrà effettuata direttamente dai centri ordinanti e che le operazioni di "Entrata Merci" non avranno refluenze sulla contabilità generale, ma esclusivamente sulla Comag. Pertanto, persistono le criticità afferenti alla corretta contabilizzazione dei cespiti le cui fatture risultano "in contenzioso" le quali verranno arginate dall'implementazione del nuovo sistema amministrativo-contabile, e che ad oggi vengono gestite mediante richiesta informazioni ai centri ordinanti e/o in assenza di risposta, tramite analisi delle singole fatture.

Con riferimento all'allineamento tra la contabilità generale e il libro cespiti, si conferma che per gli esercizi 2020, 2021 e 2022 sono state effettuate le opportune attività di quadratura e allineamento. Con riferimento agli esercizi pregressi (2017, 2018 e 2019) è emerso che sono ancora in corso le interlocuzioni tra le diverse articolazioni aziendali competenti e la software house fornitrice del nuovo sistema informativo, al fine di ultimare le attività di allineamento dei dati contabili afferenti a tali esercizi finanziari.

Inoltre, si è analizzata la fase relativa alle scritture di dismissione/alienazione. In particolare, la procedura aziendale prevede che la UOC Bilancio e Programmazione riceva dalla UOC Gestione Patrimonio, la Delibera

relativa alle dismissioni/alienazioni effettuate nel corso dell'esercizio, prodotta sulla base delle relazioni inviate dalle strutture competenti. Da inquiry è emerso come la UOC Bilancio e Programmazione, non avendo ricevuto documentazione inerente alle suddette fattispecie, non ha provveduto ad effettuare le relative scritture contabili.

Al fine di analizzare la piena solidità dei processi in capo alla presente struttura, a seguito della verifica si è provveduto a richiedere la seguente documentazione:

1) **Mastrino fatture in contenzioso esercizio 2021:** Con riferimento al presente ITEM documentale, la struttura oggetto di verifica riferisce che "Il mastrino fatture in contenzioso esercizio 2021 non può essere prodotto in quanto in sede di chiusura del Bilancio di Esercizio si provvede ad eliminare il contenzioso con imputazione delle fatture nei conti economici di competenza". Pertanto, il suddetto ITEM non è stato acquisito.

2) **Mastrino fatture in contenzioso esercizio 2022:** dall'analisi del suddetto documento si rileva l'effettivo utilizzo di tale conto come sopra descritto, in quanto figura un saldo in dare pari a 8.581.400,91 euro rappresentato dalle registrazioni delle fatture, sia di competenza (con saldo avere e in contropartita un conto di costo) sia dell'anno precedente (con saldo dare e in contropartita un conto di debito), registrate nell'anno 2022 che non hanno un ordine agganciato o l'ordine risulta difforme dal DDT. Tale gestione, seppur utile a intercettare le suddette anomalie, non garantisce la corretta rappresentazione analitica dei dati, ed in particolare delle sopravvenienze passive, sul sistema informativo C4H.

3) **Nr. 1 pratica di acquisto cespiti confluita nel conto fatture in contenzioso, relativi allegati e schermate C4H:** relativamente al presente ITEM documentale, si rileva che la struttura non ha trasmesso alcuna pratica presente all'interno del "Mastrino fatture in contenzioso esercizio 2022"

4) **Nr. 1 pratica acquisto cespiti, relativi allegati e relative schermate C4H:** la struttura ha trasmesso la pratica relativa all'acquisto di un immobile sito nel Comune Di Bagheria. Dall'analisi della stessa, non emergono particolari rilievi circa la corretta contabilizzazione di tale pratica. Infatti, dall'analisi incrociata tra la fattura, la lista di liquidazione, i mandati di pagamento e la scheda conto emerge la perfetta corrispondenza tra gli importi. Si segnala il mancato ottenimento della relativa delibera e delle schermate C4H al fine di esprimere un giudizio sulla corretta alimentazione di tutti gli elementi sul sistema amministrativo-contabile.

5) **Eventuale documentazione relativa a riunioni effettuate con la SW per la variazione del Ciclo Passivo da implementare sul nuovo sistema amministrativo contabile:** è stato acquisito il documento denominato "Specifiche delle configurazioni applicative" redatto dal nuovo fornitore del sistema amministrativo – contabile. Si rileva l'implementazione di controlli bloccanti, in merito a ordini e DDT, per l'accettazione e la registrazione della fattura, non emergendo la responsabilità sui centri ordinanti per l'accettazione ed il controllo di tutti gli elementi delle fatture, ad oggi in capo all'UOC Bilancio e Programmazione.

AZIONI D4.1, D4.3 e D4.5

Le Azioni afferenti alla presente Area PAC (D4) sono finalizzate a garantire la corretta predisposizione del Piano degli Investimenti, con cadenza almeno annuale. Tutte le fasi operative e gli attori coinvolti sono descritti all'interno della procedura adottata con Delibera n. 1525 del 04/10/2022. In particolare, la UOC Bilancio e Programmazione collabora con le macrostrutture responsabili per la predisposizione del suddetto Piano per gli aspetti relativi alla sostenibilità economica degli investimenti, al monitoraggio delle fonti di finanziamento e della spesa sostenuta rispetto a quella programmata, tenendo conto dell'attività di negoziazione svolta con l'Assessorato Salute. Inoltre, la UOC Bilancio e Programmazione:

- 1) Supporta le strutture aziendali nel caso di richieste di acquisto/interventi non programmati, relativamente alla corretta individuazione delle fonti di finanziamento da inserire nelle suddette richieste;
- 2) Riceve dalle diverse articolazioni aziendali un "report degli scostamenti", il quale riepiloga le discrepanze tra gli investimenti programmati dalle strutture e quanto effettivamente investito.

Nel corso della precedente verifica di audit effettuata in data 04/05/2022 è emerso che il Piano degli investimenti non era stato prodotto e trasmesso alla presente struttura. Pertanto, in sede di redazione del bilancio, la UOC Bilancio e Programmazione richiede alle strutture un riepilogo degli investimenti effettuati, segnalando le relative fonti di finanziamento. Non avendo ottenuto risposta dalle medesime, la Responsabile dell' UOC Bilancio e programmazione provvede ad estrarre da sistema C4H il relativo mastro in modo da verificare, attraverso l'acquisizione delle fatture, l'allineamento con il libro cespiti e con la voce di CE "AA0240 - Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti".

Da intervista con i referenti della UOC Bilancio e Programmazione, emerge inoltre che, nonostante con nota della Direzione Generale prot. n. 162048 del 26.08.2022 sia stata creata una "cabina di regia" per facilitare le interlocuzioni tra le UOC responsabili per la predisposizione del Piano degli Investimenti, la UOC Bilancio e Programmazione non risulta ancora essere stata coinvolta per gli aspetti di sua competenza, nonostante i solleciti effettuati in sede di produzione del CE a mezzo nota. Inoltre, i referenti dell'UOC oggetto di verifica riferiscono che, in sede di predisposizione del bilancio previsionale per l'anno 2023, non è stata ancora ricevuta la documentazione inerente alla predisposizione del Piano degli investimenti.

Visto il mancato coinvolgimento della struttura oggetto di verifica, si solleva l'opportunità per la UOC in questione di assumere un ruolo proattivo all'interno del suddetto processo, sollecitando le strutture coinvolte all'interno della "cabina di regia" a collaborare per la predisposizione del Piano degli Investimenti.

Audit del 18/04/2023 – UOC Progettazioni e manutenzione

Per quanto riguarda le azioni D1.1 e D1.3, la procedura per il monitoraggio del processo autorizzativo delle immobilizzazioni prevede, in particolare all'interno dei paragrafi 2 e 3, le seguenti fasi:

- Autorizzazione all'acquisto, da parte della Direzione Strategica, che deve essere coerente con le linee di programmazione regionale e nazionale e con gli obiettivi aziendali;
- Procedura di acquisto, a seguito di un ordine effettuato da una struttura decentrata, eseguita dalle UOC Approvvigionamenti e Progettazione (sulla base della natura dell'acquisto) che devono gestire le fasi di stipula dei contratti e di finanziamento dell'acquisto stesso. Inoltre, deve essere individuata la fonte di finanziamento relativa all'acquisto in oggetto (fondi propri e/o contributi);
- Collaudo, effettuato dalla commissione apposita se richiesto, la quale verifica la funzionalità, la sicurezza e la conformità alla normativa del cespite, redigendo il certificato di regolare esecuzione;
- Sintesi delle attività emerse in sede di collaudo formalizzate in apposito verbale che l'UOC oggetto di verifica deve caricare a sistema unitamente ai documenti relativi all'acquisto (contratto-ordine-ddt) prodotti nell'ambito del processo di fornitura. In assenza di tale verbale il cespite non può essere generato sul sistema informativo. Di conseguenza, la fattura registrata, senza riscontro positivo al collaudo, non può essere liquidata. Inoltre, il verbale è funzionale anche all'etichettatura del cespite, unitamente al DDT, per movimentare il libro cespiti;
- L'UOC Progettazione e manutenzione definisce per singolo lavoro collaudato l'importo da capitalizzare;
- Con riferimento alle dismissioni, l'UOC oggetto di verifica, se si tratta di attrezzature sanitarie, informatiche e impianti e macchinari deve esprimere parere in merito alla proposta di fuori uso insieme all'apposita Commissione per il fuori uso, composta da tre componenti (consegnatario, utilizzatore e referente inventario periferico).

Inoltre, per quanto riguarda investimenti non programmati l'UOC Progettazione e Manutenzione riceve la Richiesta di intervento da parte della struttura richiedente e deve, entro 5 giorni dal ricevimento, deve:

- Effettuare una valutazione dell'effettiva urgenza e indifferibilità;
- Individuare le fonti di finanziamento;
- Trasmettere alla Direzione Aziendale la Proposta di investimento affinché possa essere autorizzato.

Da inquiry con il Responsabile dell'UOC oggetto di verifica emerge come il processo di intervento si avvia per mezzo di una richiesta protocollata da parte della struttura richiedente e, pertanto, non effettuata all'interno del sistema amministrativo contabile. I RUP prendono in carico la richiesta di propria competenza, inserendola all'interno del file extra contabile, che confluisce nel piano dei lavori triennali. In

seguito, i RUP provvedono all'espletamento della procedura di gara e, una volta definita, provvedono alla stipula dei relativi contratti con i fornitori. In questa sede, viene caricato a sistema l'impegno di spesa, che rappresenta il budget spendibile su quella determinata linea di intervento. Nel caso in cui l'intervento assume natura di manutenzione straordinaria per cui è stata espletata specifica procedura (ricompresa nel Piano triennale dei lavori se di importo superiore ai 100 mila euro), le figure deputate per legge all'esecuzione del contratto provvedono extra contabilmente all'attuazione dell'intervento rilevando i vari stati avanzamento lavoro. Emesso il SAL da parte del DUDEC, questo viene inviato al RUP che provvede ad emettere il certificato di pagamento. Il Responsabile dell'UOC oggetto di verifica provvede all'approvazione dei SAL e del certificato di pagamento, provvedendo ad emettere il relativo ordine tramite applicativo ai fini NSO. Nel caso di interventi rientranti all'interno degli accordi quadro, a seguito della segnalazione effettuata extra sistema con nota protocollata pervenuta dalle strutture richiedenti, questa viene elaborata dal RUP ed inserita in un file di monitoraggio extracontabile all'interno di uno specifico ordinativo/contratto applicativo. Le successive procedure da espletare coincidono con le attività sopra descritte in merito alle manutenzioni straordinarie. Inoltre, sempre da intervista emerge come, al netto dell'impegno di spesa, le restanti informazioni (delibera -contratto -ordine -fattura) relative ai n. 4 accordi quadro previsti per la gestione delle manutenzioni ordinarie non sono caricate all'interno del sistema amministrativo contabile in quanto sono di recente aggiudicazione ed i relativi contratti sono alla firma del responsabile della struttura competente, nelle more dell'acquisizione dell'aggiudicazione efficace. Ci si riserva di verificare la gestione all'interno del sistema amministrativo-contabile di ulteriori interventi previsti dal Piano attraverso l'acquisizione della documentazione a supporto.

Con riferimento all'azione PAC oggetto di verifica è stata acquisita la documentazione inerente ai n.4 accordi quadro previsti per la gestione delle manutenzioni ordinarie e la documentazione inerente il PO Ingrassia. In particolare, si rileva che in data 04 aprile 2023 sono stati consegnati i lavori, tramite verbale di consegna, avente ad oggetto *"Accordo Quadro con un unico operatore relativo ai "Lavori di manutenzione e pronto intervento per gli immobili dell'ASP di Palermo siti nell' AREA 1"* (ITEM 7). Con riferimento all' ITEM 8 viene caricata a sistema la delibera n.432 del 28.03.2023 con un totale assegnazione pari a 702.163,92 € che corrisponde all'importo della proposta di impegno caricata su C4H (ITEM 9) firmata dal Responsabile della struttura assegnataria di budget. Con riferimento all' ITEM 10 vengono elencati extra-sistema gli ordinativi di lavoro attualmente in esecuzione con relativa struttura e tipologia intervento inerente all'accordo quadro AREA 1.

Per quanto riguarda le azioni D4.1, D4.3 e D4.5, la procedura, adottata con delibera n. 1525 del 04/10/2022, prevede che le articolazioni aziendali compilino entro il 30 settembre una Relazione sui fabbisogni contenente il dettaglio dei progetti e programmi di intervento da attuare nell'anno successivo. Dette proposte dovranno essere autorizzate dalla Direzione Aziendale, collazionate e trasmesse dai Direttori delle Macrostrutture di riferimento al Direttore del Dipartimento Risorse Tecnologiche Finanziarie e Strutturali in qualità di coordinatore della Cabina di Regia, composta dai Direttori delle UU.OO.CC. del suddetto Dipartimento, che ha il compito di valutare - con appositi verbali - le richieste pervenute sia sotto il profilo tecnico funzionale, sia sotto il profilo della loro sostenibilità economica.

Tutte le proposte di intervento/investimento che hanno ricevuto parere positivo confluiscono nella Proposta di Piano degli investimenti formulata come proposta dal Direttore del Dipartimento Risorse Tecnologiche Finanziarie e Strutturali e trasmessa alla Direzione aziendale entro il 30 dicembre. In seguito, la Direzione Aziendale ricevuta la proposta di Piano provvede a deliberare dandone informazione in particolare anche all'UOC oggetto di verifica per dare corso agli interventi di lavori.

Entro 10 giorni dall'adozione del Piano e sulla base degli investimenti in esso previsti:

- L'UOC Progettazione e manutenzione redige il Piano triennale dei lavori pubblici;
- L'UOC Approvvigionamenti redige il Piano biennale degli acquisti di beni e servizi.

In caso di richieste di variazioni al Piano, le strutture richiedenti devono sottoporre all'UOC Progettazione e manutenzione, per gli interventi di propria competenza, le relative richieste. Quest'ultima deve relazionare alla Direzione specificando le motivazioni. Inoltre, nel caso si renda necessario un intervento non programmato la macrostruttura richiedente deve trasmettere la richiesta di intervento all'UOC

Progettazione e manutenzione indicando la motivazione per cui non era prevista nella programmazione. Altra mansione in capo all'UOC oggetto di verifica è relativa all'avvio delle relative procedure di intervento. Da intervista svolta con il Responsabile dell'UOC Progettazione e manutenzione emerge come la Cabina di Regia, sebbene istituita con nota prot. n. 162048-2022 del 26.08.2022 a firma della Direzione Aziendale. Infatti, emerge che il processo di definizione del piano degli investimenti è in fase di definizione, in quanto la fase di proposta e successiva delibera avviene esclusivamente per la stesura del Piano dei lavori triennali. A tal proposito, da intervista con il responsabile emerge come in una prima fase è stata inoltrata la nota prot. 193345-2022 del 07.10.2022 (ITEM 4) a tutte le articolazioni aziendali con richiesta dell'identificazione del fabbisogno triennale relativo ai lavori pubblici. Non avendo ottenuto risposta, il Piano triennale dei lavori è stato prodotto e approvato, con delibera della Direzione Aziendale n. 1505 del 04.10.2022 (ITEM 5), attraverso la compilazione da parte dei RUP, sulla base dei dati storici relativi alle richieste di intervento, di un file extra contabile che contiene principalmente:

- Il numero dell'intervento;
- L'eventuale codice CUP;
- L'annualità in cui si prevede dare avvio alla procedura;
- Il Responsabile Unico del procedimento;
- La descrizione dell'intervento;
- La stima dei costi che si prevede sostenere nei tre anni di competenza.

A tal proposito, si rileva la necessità di espletare le suddette attività secondo le tempistiche previste dalla procedura PAC, in quanto si è rilevato che la relativa delibera è avvenuta nel mese di ottobre dell'anno di riferimento e non entro il 30.09 per l'approvazione della relazione dei Fabbisogni per l'anno successivo ed entro il 30.12 la delibera del piano degli investimenti, convertito entro 10 giorni dalla delibera nel Piano triennale dei Lavori.

Da intervista con il Responsabile dell'UOC oggetto di verifica è emerso come, in merito alla gestione delle manutenzioni ordinarie, è stata effettuata un'attività di riorganizzazione della struttura che prevede l'istituzione di n. 4 accordi quadro, presenti all'interno della suddetta delibera, suddivisi per area di competenza come riportato nelle note prot. 15349-2022 del 23.08.2022 e prot. n. 153699-2022 del 09.08.2022 (ITEM 2 e 3), a cui sono stati assegnati i relativi referenti per espletamento delle procedure di acquisto. Per ogni accordo quadro è previsto un singolo fornitore per l'espletamento dei lavori. Da inquiry con il Responsabile emerge, inoltre, che nel momento in cui perviene una richiesta di intervento da parte di una struttura richiedente, i RUP effettuano una valutazione in merito al fatto che si tratti di manutenzione ordinaria o straordinaria, inserendolo, nel primo caso, all'interno dell'accordo quadro ovvero, nel secondo caso, attraverso specifica procedura inserita nel piano triennale nel caso in cui l'importo dei lavori sia superiore a 100 mila euro, provvedendo ad imputare il relativo impegno di spesa all'interno dell'intervento previsto all'interno del Piano triennale dei lavori. Nel caso di manutenzioni straordinarie, ovvero interventi finanziati con fondi di terzi, tali fattispecie non rientrano all'interno del perimetro delimitato dagli accordi quadro, nel quale vengono effettuati esclusivamente interventi di manutenzione ordinaria effettuati con fondi propri.

Audit del 13/06/2023 – UOC Approvvigionamenti

Azione D1.1

Con riferimento all'azione PAC sopracitata, si rilevano avanzamenti rispetto a quanto evidenziato nel corso della precedente verifica di audit. In particolare, dalle due pratiche di acquisto acquisite ed analizzate si evince che:

- 1) Per quanto concerne la gestione delle richieste d'acquisto urgenti, esse continuano ad essere trasmesse alla UOC Approvvigionamenti a mezzo mail/nota e non a mezzo C4H come previsto dalla procedura descritta dalla Delibera N. 538 del 7 maggio 2021. Inoltre, si rileva che tali richieste non contengono i campi obbligatori richiesti dalla procedura;
- 2) Manca la verifica finalizzata a valutare l'effettiva "urgenza" dell'acquisto richiesto dalla struttura proponente;

- 3) 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;
- 4) Dalla documentazione raccolta e dalle interviste effettuate, non si evince che la UOC Approvvigionamenti effettui l'attività di valutazione delle performance dei fornitori, come previsto dalla procedura descritta dalla Delibera N. 538 del 7 maggio 2021.

Infine, si rileva che la presente UOC effettua correttamente la verifica di corrispondenza tra quanto acquistato e quanto ricevuto, come previsto dalla Delibera N. 538 del 7 maggio 2021.

Azione D1.3

Infine, non emergono particolari rilievi in merito all'implementazione dell'azione PAC D1.3, in quanto la presente UOC ha identificato l'unità responsabile delle azioni di controllo in capo alla stessa, volte a garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento degli obiettivi.

Azioni D4.1, D4.3 e D4.5

Con riferimento alle azioni finalizzate alla predisposizione e all'adozione del Piano degli investimenti non emergono gap di natura procedurale rispetto a quanto previsto dalla Delibera N. 538 del 7 maggio 2021. Tuttavia, si segnala che le singole articolazioni aziendali sono chiamate ad inviare una "Relazione dei Fabbisogni" entro il 30 giugno di ogni anno. Tale relazione contiene i dettagli degli investimenti e degli interventi da attuare nel corso dell'anno successivo. All'interno di tale processo, la UOC Approvvigionamenti invia alle diverse strutture il modulo con cui le stesse manifestano i propri fabbisogni in materia di immobilizzazioni.

Dall'intervista svolta con il Responsabile della presente UOC il processo di definizione del piano degli investimenti avviene con modalità differenti da quelle previste dalla procedura aziendale descritta Delibera N. 538 del 7 maggio 2021. In particolare, non è svolta da parte dell'UOC la raccolta, per le categorie di pertinenza, del fabbisogno delle strutture organizzative aziendali, necessario ad addivenire ad una definizione accurata del fabbisogno effettivo aziendale e per ridurre la gestione degli acquisti in urgenza. Inoltre, non ha luogo la trasmissione della scheda di analisi dei fabbisogni dalle strutture organizzative con responsabilità economico finanziaria e quella con responsabilità di pianificazione, programmazione e controllo di gestione deputate, secondo la procedura aziendale, ad analizzare e consolidare gli investimenti. La definizione del piano, di fatto, avviene congiuntamente da parte dell'UOC Approvvigionamenti e Progettazione e Manutenzione, ma non da parte delle strutture organizzative con responsabilità economico finanziaria e quella con responsabilità di pianificazione, programmazione e controllo di gestione, cui viene inviato tramite mail solo per attenzionare la fonte di finanziamento e le spese che dovranno gravare sul bilancio.

In merito all'Azione PAC D4.3 si rileva che le attività descritte nella procedura della Delibera n. 538 del 7 maggio 2021, non sono in capo alla UOC Approvvigionamenti ma risultano di competenza dell'UOC Bilancio e Programmazione.

Infine, non emergono particolari rilievi in merito all'implementazione dell'azione PAC D4.5, in quanto la presente UOC ha identificato l'unità responsabile delle azioni di controllo in capo alla stessa, volte a garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento degli obiettivi.

Si acquisisce copia del "Programmazione biennale acquisti beni e servizi 2020/2021 e triennale lavori pubblici 2020/2022" adottato con delibera n. 666 del 06/11/2019. In merito al programma dei beni e servizi, ci si riserva di ottenere durante la prossima verifica di acquisire il piano aggiornato.

AZIONE D2.4: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D2.1 "Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità, La procedura, in particolare, dovrà prevedere che:*

a. i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che: utilizzano i cespiti; aggiornano le schede extracontabili dei cespiti.

b. sia possibile identificare tutti i cespiti fisici con i corrispondenti cespiti delle schede extracontabili e del libro cespiti

c. qualora emergano delle differenze fisiche o si riscontra l'esistenza di cespiti non più in uso, tali voci vengano sottoposte all'esame della Direzione o di un responsabile e vengano effettuate le opportune rettifiche in contabilità generale e nel Libro cespiti."

D2.2 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."*

D2.3 "Predisposizione in occasione degli inventari di specifiche istruzioni operative in cui evidenziare ad esempio: la modalità di conta, l'uso di cartelli inventariali, il controllo dei beni in movimento, l'identificazione dei beni di terzi presso l'azienda, e di quelli dell'azienda presso i terzi ecc..). Inoltre deve essere:*

a. periodicamente controllata l'esistenza di cespiti di proprietà dell'Azienda che sono dislocati presso terzi a mezzo di conferme da parte dei terzi o con verifiche fisiche.

b. mantenuta la distinzione e separazione dei cespiti di proprietà di terzi dislocati presso la Società in modo da permettere ai terzi proprietari di svolgere i propri riscontri fisici.

c. prevista l'istituzione di un registro (o di documentazione simile) che raccolga tutti i dati e le informazioni necessari per tenere sotto controllo i cespiti di terzi.

d. assicurato che l'azienda disponga di un'adeguata documentazione relativa al suo diritto di proprietà e agli eventuali vincoli gravanti sullo stesso o sul diverso titolo in base al quale detiene i beni (affitto, locazione finanziaria ecc..)".

Audit del 19/04/2023 – UOC Gestione Patrimonio

La procedura per le azioni D2.1, D2.2, D2.3 e D2.4, adottata con delibera n. 1525 del 04/10/2022, prevede che l'UOC oggetto di verifica principalmente programmi e coordini:

-Gli inventari, da svolgere annualmente, per specifiche tipologie e campioni di cespiti selezionate sulla base dei criteri previsti nel paragrafo 4 della procedura. In particolare, l'UOC Gestione del Patrimonio deve programmare le verifiche ed effettuare controlli delle attività svolte dai consegnatari, redigendo un verbale di sopralluogo firmato da quest'ultimo;

-La ricognizione straordinaria completa di tutti i cespiti, con cadenza quinquennale o secondo specifiche esigenze.

Inoltre, con riferimento all'inventario dei beni presso terzi, il responsabile dello specifico contratto invia una scheda di rilevazione al terzo presso cui si trova il bene, il quale deve restituire la scheda adeguatamente compilata, trasmettendone copia all'UOC Gestione del Patrimonio.

Da intervista con il Responsabile dell'UOC Gestione del Patrimonio, riguardo l'azione D2.1, emerge come le modalità di ricognizione semestrale dei beni ad opera dei consegnatari è stata effettuata al 31.12.2022. La UOC Gestione del Patrimonio effettua il monitoraggio periodico volto a verificare l'esistenza, l'entità, lo stato d'uso, l'ubicazione e la corretta valorizzazione dei beni, attraverso l'attività di rilevazione e conta fisica, effettuata dai consegnatari. Infatti, l'UOC, trasmette una comunicazione ai consegnatari dei beni mobili aziendali, con la quale richiede di effettuare i controlli periodici in maniera capillare su tutte le strutture (ITEM 6 e 7). Successivamente, gli stessi compilano la scheda di inventario fisico dei beni, integrata con l'inserimento dello stato di utilizzo, e la trasmettono alla UOC Gestione del Patrimonio con nota protocollata (ITEM 6 e 7). Si segnala che alcune strutture, in particolare Dipartimento Prevenzione, PTA Albanese e P.O. Villa delle Ginestre, sono state ulteriormente sollecitate per l'effettuazione dei controlli previsti, in quanto ad oggi risultano ancora inadempienti (ITEM 5).

In merito alla successiva attività di eventuali rettifiche da apportare a sistema, i referenti comunicano che ad oggi è il responsabile del magazzino periferico che, unitamente al consegnatario, effettua le modifiche a sistema dandone evidenza nella trasmissione del carteggio riferito all'attività di inventariazione. I referenti comunicano, inoltre, che la UOC vuole centralizzare l'attività di modifica e aggiornamento a sistema dei dati per come riportati nelle schede trasmesse dal consegnatario dei beni, in modo da avere maggior controllo sulle rettifiche da apportare. Per i nuovi beni, le figure preposte all'inventariazione e al caricamento del bene a libro cespiti sono i magazzinieri o i referenti dell'inventario periferico. Anche su questo aspetto, i referenti dell'UOC oggetto di verifica riferiscono che intendono centralizzare l'attività di creazione del

cespite a sistema. Con riferimento all'attività di inventariazione periodica con cadenza quinquennale, il Responsabile comunica che le ultime attività di ricognizione straordinaria sono state effettuate negli anni 2005 e 2012. A tal proposito, il Responsabile riferisce come, in vista del passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile, è in corso un'attività finalizzata all'identificazione dei disallineamenti presenti nell'attuale sistema tra libro cespiti e contabilità generale. Il Responsabile comunica che, una volta conclusa, i risultati di tale ricognizione saranno sottoposti alla Direzione Aziendale per valutare le azioni da intraprendere, anche in merito all'eventuale inventario da effettuare per tutti i beni mobili e immobili.

Con riferimento all'Azione D2.2, il responsabile dell'UOC Gestione del Patrimonio ha provveduto ad identificare quale unità responsabile per i suddetti controlli il Responsabile dell'UOS Monitoraggio e Gestione dei Cespiti.

Con riferimento all'Azione D2.3, i referenti dell'UOC oggetto di verifica comunicano che i cespiti di proprietà dell'azienda sono fisicamente individuati attraverso delle etichette riportanti il numero di inventario con il quale gli stessi sono codificati e caricati nel libro cespiti aziendale. La codifica dei beni dovrebbe essere effettuata con delle etichette "parlanti", che consentono, tramite la lettura del codice seriale, di risalire alle informazioni relative al cespite. Alla data odierna, tutti i soggetti preposti alla inventariazione sono dotati delle stampanti necessarie per la produzione delle etichette da apporre sui cespiti. I referenti comunicano che dai controlli effettuati in fase di inventariazione e/o in fase di dismissione dei cespiti è emerso come, in alcuni casi, poiché sui beni aziendali talvolta sono apposte n. 3 etichette, di cui 2 riferibili alle attività di inventariazione straordinaria intervenuta negli anni precedenti, il codice del bene presente a libro cespiti non corrisponda a quello del cespite fisico. In tale occasione, l'UOC Gestione del Patrimonio provvede a richiedere l'individuazione del codice corretto ed eventualmente la successiva modifica a sistema.

Con riferimento ai beni in comodato d'uso ad altre aziende sanitarie la UOC ha inviato una nota di ricognizione al Bonino Pulejo e alla Fondazione Giglio, allegando specifici prospetti riepilogativi dei beni concessi a quest'ultimo (ITEM 4). La Fondazione ha provveduto a riscontrare la richiesta con la trasmissione di un report per l'anno 2022 (ITEM 3), mentre non avendo risposto per l'anno 2023, si è provveduto ad effettuare un sollecito (ITEM 3). Con riferimento al Bonino Pulejo, il Responsabile comunica che a seguito del mancato riscontro alla richiesta di ricognizione, i referenti dell'UOC oggetto di verifica si sono recati fisicamente presso i magazzini in cui erano posti i beni al fine di effettuare una inventariazione degli stessi e provvedendo ad emettere una delibera di presa d'atto dei beni di proprietà presso terzi, notificando quest'ultimo all'Azienda (ITEM 2). Inoltre, l'UOC comunica di aver inviato una richiesta all'IRCSS Bonino Pulejo per ricevere la documentazione necessaria per la valorizzazione e l'iscrizione al libro cespiti ammortizzabili dei suddetti beni che l'Azienda ha ricevuto (ITEM 8).

Per quanto riguarda i beni di terzi c/o l'azienda, gli unici rilevati ad oggi sono i computer dati in comodato d'uso della società Dedalus, i quali sono inseriti in un registro per la tracciabilità che viene conservato dalla UOC Sistema Informatico aziendale. I referenti comunicano che l'UOC provvederà ad effettuare una delibera di presa d'atto di tali beni, effettuando l'attività di inventariazione e di valutazione dei beni totalmente ammortizzati ma ancora in uso presso l'Azienda.

AZIONE D5.4: *“Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D5.1 Definizione di un processo operativo finalizzato alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni”*

AZIONE D6.4: *“ Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D6.1 Definizione di un processo operativo finalizzato alla corretta e completa individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.”*

Audit 28/04/2023 – UOC Progettazioni e manutenzione

La procedura prevede di effettuare la corretta, completa e immediata tracciabilità della fonte di finanziamento con cui sono acquisiti i cespiti, in quanto tale distinzione ha rilevanza contabile al fine di sterilizzare correttamente gli ammortamenti. A tal proposito, tra le altre, le attività di competenza della struttura oggetto di verifica, previste nel paragrafo 5, riguardano i controlli, in sede di proposta del piano degli investimenti, in merito alle linee di finanziamento dedicate, con particolare riferimento

all'identificazione di eventuali manutenzioni straordinarie ponendo attenzione alla determinazione dei costi da capitalizzare e di quelli che rientrano nella manutenzione ordinaria.

Alla luce dell'intervista effettuata con il responsabile della struttura organizzativa oggetto di verifica, emerge che la straordinarietà delle spese da sostenersi per alcuni beni è determinata tenuto conto della normativa specifica esistente in materia e in particolare:

- per le attrezzature sanitarie e non sanitarie, gli interventi di manutenzione straordinaria sono specificatamente normati e per tal motivo già individuati nell'ambito dei capitolati di gara;
- per le manutenzioni straordinarie sugli immobili (es. modifiche e opere necessarie per rinnovare e sostituire parti anche strutturali degli edifici; realizzazione impianti tecnologici) nonché per le manutenzioni ordinarie (es. interventi di riparazione, rinnovamento e sostituzione delle finiture degli edifici; integrazione e/o mantenimento in efficienza degli impianti tecnologici esistenti) si fa riferimento alla normativa in vigore (ad esempio DPR 380/2001).

Inoltre, con riferimento al Piano triennale dei lavori pubblici e Piano biennale di servizi e forniture i referenti dell'UOC Progettazione e manutenzione comunicano che all'interno degli stessi sono riportati l'identificazione della fonte di finanziamento e se trattasi di intervento di natura straordinaria collegato ad un progetto di investimento, attraverso la segnalazione del codice CUP. Da intervista con i referenti dell'UOC oggetto di verifica emerge come tali informazioni sono riportate all'interno dei suddetti documenti attraverso l'analisi delle necessità aziendali, qualificandole come ordinarie o straordinarie sulla base della natura delle richieste.

Sempre da inquiry emerge come in precedenza tale tipologia di costi non veniva contabilizzata in conti dedicati, e l'imputazione del costo veniva effettuata anche su conti afferenti ai costi per manutenzioni ordinarie o, in altri casi, venivano indicati come economici conti patrimoniali. Inoltre, sempre con riferimento alla registrazione delle manutenzioni, per gli acquisti precedenti, non era presente la rilevazione dell'informazione legata al codice progetto, con conseguente perdita di tale dettaglio informativo. Ad oggi i referenti comunicano che gli interventi di manutenzione straordinaria sono gestiti separatamente, anche attraverso le interlocuzioni con l'UOC Bilancio e Programmazione in sede di chiusura del bilancio, nel conto dedicato "immobilizzazioni in corso" e che la fonte di finanziamento dedicata ad uno specifico intervento è rilevata all'interno di file extracontabili gestiti dai RUP per le aree di competenza. Si segnala che tale informazione non è gestita attualmente all'interno del sistema C4H e che si prevede di inserirla quale campo obbligatorio con l'implementazione del nuovo sistema.

Infine, con riferimento alle operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto, emerge come l'UOC Progettazione e manutenzione, ricevuta la proposta di donazione dalla Direzione Aziendale, esprime parere in merito ad eventuali costi di gestione e manutenzione a seguito dell'acquisizione. L'UOC oggetto di verifica segnala di non avere alcun ruolo in merito alla gestione delle donazioni sul sistema C4H.

Dall'analisi della documentazione acquisita emerge l'adozione del Programma Triennale lavori pubblici 2022/2024 (ITEM 2) e Piano biennale acquisti di beni e servizi 2023/2024 (ITEM 3).

Con riferimento all'azione PAC D5.1, attraverso l'acquisizione dell'ITEM 6 screenshot da sistema C4H "Aggancio fattura-entrata merci" e degli ITEM 4 e 5, relativi al monitoraggio extra sistema effettuata dai RUP, si rileva la corrispondenza tra prodotto "IMMOBILIZZ. MATERIALI IN CORSO M.P" e relativo ordine, entrata merci e fattura e la segnalazione dell'eventuale codice progetto. Tale informazione, come peraltro rappresentato in sede di verifica, non emerge dal sistema C4H

AREA RIMANENZE

AZIONE E1.9: *"Verifica di 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 di 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 di 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 di 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."

AZIONE E3.7: Verifica di 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 di 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."

AZIONE E4.3: Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.1 "Predisposizione di un programma di lavoro (da aggiornare annualmente) per la rilevazione inventariale al 31 dicembre che preveda: la descrizione dell'area inventariale prescelta, dei beni, dei coordinatori del processo, dei partecipanti alla conta, dei metodi di conta. "

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.2 "Archiviazione e conservazione della documentazione da cui si possa ripercorrere tutto il processo di rilevazione inventariale di fine anno."

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

AZIONE E5.4: Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze."

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita 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 14/03/2023 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Attività di inventariazione di fine anno (E4.1-E4.2-E4.3)

Gli inventari di magazzino sono effettuati dal personale addetto seguendo la procedura interna trasmessa a tutti i Responsabili delle farmacie dei PP.OO. in cui si richiede di effettuare tutte le procedure a sistema per la chiusura degli ordini sospesi, indicando la data ultima in cui è necessario terminare le attività inventariali.

La calendarizzazione degli inventari non è unica per tutte le farmacie, l'attività deve essere effettuata nei primi giorni dell'anno successivo a quello di riferimento. Si precisa che non vi sono magazzini farmaceutici non informatizzati.

In sede di audit per tutti i magazzini è stata fornita specifica indicazione se l'inventario è stato effettuato o meno ed è stata acquisita copia degli inventari effettuati al 31.12.2022. In particolare:

1. Bagheria
2. Corleone
3. Petralia
4. Lercara
5. Termini Imerese
6. PTA Albanese
7. Partinico
8. Carini
9. Cefalù
10. P.O. Ingrassia
11. Farmacia Territoriale (compreso ex magazzino PTA Guadagna, accorpato in un unico magazzino in seno al Dipartimento)

Si rileva, dunque, lo svolgimento degli inventari fisici di fine anno presso la totalità dei magazzini farmaceutici e la corretta chiusura a sistema.

Attività di inventariazione periodica (E1.1-E1.3-E1.4-E1.8-E1.9)

I referenti aziendali precisano che periodicamente vengono svolti inventari (si veda da ITEM 24 a 28):

- Mensili, al fine di verificare la corrispondenza tra la giacenza fisica e contabile per un campione di prodotti farmaceutici. Il Direttore del Dipartimento informa che, ad oggi, il campione di prodotti da verificare è selezionato e trasmesso dal Dipartimento farmaceutico a ciascuna farmacia centrale/territoriale;
- Trimestrali, al fine di acquisire informazioni sull'ordinato e monitorare il livello di scorta presso ciascuna farmacia centrale/territoriale (mediante somministrazione di un questionario).

Con riferimento ai magazzini di reparto, permane la difficoltà segnalata dallo stesso Direttore del Dipartimento farmaceutico in precedenti audit, in quanto, ad oggi, non sono stati predisposti inventari periodici, al netto della farmacia di Termini Imerese e Corleone. Inoltre, il Direttore riferisce di aver richiesto con nota all'UOC Programmazione, Controllo di gestione di inserire tra gli obiettivi annuali dei primari l'effettuazione degli inventari di reparto.

Inventario dei Magazzini presso terzi (E1.7)

Si considerano tali:

- i magazzini della DPC;
 - i magazzini presso le case di cura convenzionate (Clinica Torina, Buccheri la Ferla, Casa di cura Macchiarella, Istituto Giglio di Cefalù, ISMETT. Inoltre, La Maddalena e Villa Sofia per farmaci Car-T)
- relativamente ai farmaci innovativi antitumorali.

Con riferimento ai magazzini dei depositi della DPC, essendo stata individuata l'ASP di Palermo come capofila per l'acquisto di farmaci A-PHT, con nota prot. 41931 del 23.09.2021 e n. 49248 del 10.11.2021 il Servizio 7 del DPS presso l'Assessorato della Salute ha inviato al Direttore del Dipartimento del Farmaco le procedure operative inerenti i controlli da effettuare presso i depositi di farmaci in DPC e le modalità di verifica del magazzino. Il referente DPC del Dipartimento farmaceutico effettua delle ispezioni periodiche in loco (almeno una volta l'anno) per la verifica qualitativa/quantitativa delle giacenze. In presenza di rilievi, si chiede al distributore di fornire riscontro/controdeduzioni rispetto alle discrepanze inventariali, entro un termine di 15 giorni. In presenza di ammanchi, si avvia il processo per addebitare i relativi costi al distributore. Inoltre, periodicamente, il referente DPC provvede ad effettuare un monitoraggio delle scadenze dei farmaci presso i depositi attraverso specifica richiesta tramite mail. Si possono verificare due casi:

- Nel caso in cui la merce consegnata sia prossima alla scadenza, viene richiesta alla casa farmaceutica un'impegnativa al reso per eventuale invenduto;
- Nel caso i farmaci in questione siano a lento rigiro e prossimi alla scadenza, il magazzino DPC, circa 50 giorni prima della scadenza, provvede a richiedere alla data la relativa nota di credito per eventuale invenduto.

Con riferimento ai magazzini presso le case di cura, il dipartimento riceve le richieste di fabbisogno di farmaci innovativi da parte delle case di cura che segnalano il numero di pazienti in trattamento e la giacenza alla data della richiesta, evidenziando il codice fiscale del paziente. Successivamente, non appena la Casa di Cura effettua la somministrazione del farmaco, il referente farmaci innovativi effettua un controllo sul sito dell'AIFA monitorando che la somministrazione sia collegata al codice fiscale segnalato nell'ordine.

L'inventario è svolto dalle stesse Case di cura che trasmettono via mail la stampa dell'inventario/la conferma dell'avvenuto svolgimento. Sebbene l'inventario sia svolto dalle medesime case di cura, il personale addetto presso il dipartimento effettua dei controlli mirati tra ordinato- flusso T-giacenze rendicontate per individuare eventuali incongruenze circa i dati che dovrebbero risultare effettivamente in giacenza. In presenza di incongruenze viene effettuata richiesta di emissione di nota di credito.

Monitoraggio beni obsoleti, in scadenza, scaduti e slow moving (E3.4, E3.6, E5.1, E5.2, E5.3)

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 il relativo lotto e la scadenza. I referenti segnalano che le richieste di acquisto inoltrate dai referenti delle farmacie, con canale telematico, all'UOSD Banca Dati, previa verifica della stessa, vengono validate dalla suddetta UOSD e successivamente i farmacisti possono convertirle in ordine, anche ai fini NSO.

Nel caso in cui vengano riscontrati dei beni in scadenza, si avvia un sistema di condivisione che può essere attivato nelle seguenti modalità:

- 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;
- Ogni singola farmacia monitora mensilmente i beni nei propri magazzini che scadono nei successivi tre mesi e con nota indirizzata al Dipartimento Farmaceutico, comunica la presenza di beni in scadenza nei propri magazzini per consentirne l'uso da parte di altri presidi. Il Dipartimento effettuerà l'incrocio tra domanda e offerta in modo da riallocare correttamente tali beni. (si vedano ITEM 14 e 21)

Con riferimento ai 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 effettua 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.

In relazione alla dismissione, si procede a confezionare il bene in appositi contenitori, i quali verranno prelevati dalla società affidataria dello smaltimento dei rifiuti.

Con riferimento alle verifiche periodiche e ai magazzini di reparto, si ritiene necessario sollecitare le farmacie a predisporre degli inventari periodici di reparto, dato che, ad oggi, solo le farmacie di Termini Imerese e Corleone effettuano tali inventari. Inoltre, si segnala la necessità, per l'esercizio 2023, di sollecitare la richiesta di ottenimento di personale di magazzino per le farmacie centrali/territoriali, in modo da svolgere tutte le attività di competenza con tempestività e garantire la segregazione delle funzioni per le attività inventariali. Inoltre, si ritiene necessario provvedere all'adozione di procedure specifiche per lo svolgimento degli inventari, in quanto alla data di verifica vengono utilizzate quelle della SW uscente.

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

AZIONE G1.5: "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti G1.2 "Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economali e delle Casse Prestazioni."

"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 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 21/03/2023 - UOC Approvvigionamenti

Nel corso dell'audit, i referenti dell'UOC Approvvigionamenti hanno comunicato che il regolamento interno per la gestione delle casse economali è stato aggiornato con delibera n.674 del 04/05/2022 prevedendo, peraltro, l'innalzamento della soglia degli acquisti per cassa economale a 1000€ + IVA.

La procedura, adottata con delibera n. 1054 del 09/09/2021, disciplina la gestione delle casse economali, secondo le modalità previste dal suddetto regolamento, prevedendo, previa acquisizione di una richiesta corredata da eventuale documentazione a supporto, il pagamento delle spese minute, generali ed amministrative e l'erogazione di anticipi o rimborsi per spese di ugual natura e/o per missioni. Per ogni cassa economale è prevista la nomina, con provvedimento del Direttore Generale, di un cassiere per la durata di un triennio. Le attività identificate, da svolgere anche per mezzo di atti formali, dalla suddetta procedura di competenza del cassiere sono:

- Costituzione del fondo cassa economale ad inizio anno, su proposta dell'UOC Approvvigionamenti e con delibera della Direzione Generale, e verifica del regolare accredito sul conto;
- Gestione delle spese secondo regolamento;
- Predisposizione e approvazione del rendiconto di cassa trimestrale;
- Controllo amministrativo-contabile delle spese;
- Restituzione/reintegro del fondo cassa.

Durante l'intervista, è emerso come, alla data di verifica, sia stato regolarmente prodotto ed approvato il rendiconto al IV trimestre 2022, la trasmissione dei conti giudiziali all'UOC Bilancio e Programmazione per l'anno 2022 e la rendicontazione dei pagamenti dei bolli degli automezzi per l'anno 2022. Inoltre, il referente della Cassa economale ha effettuato, previa chiusura del sopracitato rendiconto, la restituzione delle somme residue sul conto corrente dell'Azienda.

Inoltre, i referenti dell'UOC oggetto di verifica hanno fornito tutta la documentazione inerente allo stanziamento, effettuato sulla base dell'anno precedente, del fondo per l'anno 2023 che consta di 45.000€ per il fondo acquisti generico e 28.000€ relativo alla gestione del parco auto aziendale. A tal proposito, si ritiene opportuno, come già segnalato nella precedente riunione di audit, che tutta l'attività amministrativa prevista dal suddetto regolamento relativa la gestione del parco auto aziendale debba essere in capo all'UOC Coordinamento Amministrativo Area 3, in quanto detiene la gestione dello stesso.

È stata fornita, inoltre, la documentazione relativa ad acquisti effettuati per cassa economale nell'anno 2022, con i giustificativi, rispettivamente di:

- un acquisto di farmaci;
- un pagamento di anticipazione per missione;
- un rimborso per acquisto di materiale elettrico;
- un anticipo per acquisto di chiavetta per firma digitale.

Dall'analisi della suddetta documentazione emerge una corretta gestione delle spese per cassa, il rispetto delle soglie previste dal regolamento e la corretta imputazione della causale di acquisto che ne verifichi la natura. Inoltre, da inquiry con i referenti dell'UOC oggetto di verifica emerge come per l'anno 2022e nella prima parte del 2023 non hanno avuto luogo richieste di acquisto in deroga, precedentemente effettuate a causa dell'emergenza pandemica.

A valle del processo di gestione degli acquisti, si rileva che l'aggiornamento alla data di verifica delle scritture effettuate sulla prima nota di cassa risultano in linea alla data attuale.

Infine, è stata verificata la corretta assegnazione delle somme per l'anno 2023 con la relativa verifica di accredito sul conto ed è stata acquisita la documentazione relativa a n.1 acquisto effettuato per cassa economale nell'anno 2023.

In ordine allo svolgimento della procedura per la gestione delle Casse Economiche si richiede di allegare a sistema i giustificativi delle spese effettuate al fine di avere evidenza del rispetto degli elementi previsti dal regolamento Aziendale.

AREA DEBITI E COSTI

Azione 14.6: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.4* "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."*

AZIONE 15.8: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.7* "Gestione di contenzioso derivante da cause del lavoro. Applicazione di una procedura di gestione del contenzioso da personale dipendente e assimilato volta alla valutazione del rischio potenziale ai fini di una corretta appostazione di bilancio."*

Audit del 02/03/2023 – UOC Bilancio e Programmazione

Da intervista svolta con i referenti dell'UOC Bilancio e programmazione emerge che trimestralmente l'UOC Legale trasmette, tramite nota, i file extra contabili con all'interno il dettaglio delle singole cause suddivise per natura, per singolo beneficiario, il relativo rischio di soccombenza (probabile, possibile o remoto), il valore del fondo rischi iniziale, gli accantonamenti dell'anno e il valore del fondo rischi finale. Si segnala che i Fondi rischi sono suddivisi come di seguito:

- Fondo rischi per auto assicurazione;
- Fondo rischi per cause civili;
- Fondo rischi per lavoro dipendente.

Successivamente, in sede di chiusura del bilancio, i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione procedono ad effettuare una ricognizione delle partite presenti in contabilità, attraverso interlocuzioni con l'UOC Legale, riportando lo stanziamento in contabilità calcolando la mera differenza in valore tra il saldo della scheda co.ge. alla data di riferimento e il totale risultante dal documento di dettaglio fornito dall'UOC Legale. Inoltre, i referenti dell'UOC Bilancio e programmazione segnalano che per l'anno 2021, oltre ad aver effettuato l'attività di riconciliazione con l'UOC Legale, hanno identificato tutte le partite che hanno determinato una diminuzione del fondo senza esborso di denaro, riportando massivamente tale valore a insussistenza attiva. Per quanto detto, in merito a tali ultimi aspetti, si richiede di effettuare le scritture contabili inerenti allo stanziamento a fondo rischi, garantendo rilevazioni contabili accurate per singolo beneficiario.

Relativamente alle attività per la valutazione degli oneri da accantonare a fondo rischi dalla documentazione acquisita in sede di verifica emerge quanto segue:

- 1) Fondo rischi per cause civili:** si rileva che i saldi di apertura e chiusure del relativo mastri sono coerenti con gli importi trasmessi dall'UOC Legale (**si vedano ITEM 2 e 3**). Infatti, il saldo di apertura è pari a 24.252.550,32 euro mentre la chiusura dello stesso è pari a 28.667.213,15 euro. Tuttavia, dall'analisi del mastri e del file trasmesso dall'UOC Legale si rileva che l'accantonamento per le nuove pratiche emerse nel corso dell'esercizio 2021 continua ad essere effettuato massivamente e non analiticamente per singola causa. Inoltre, si rileva che all'interno della già menzionata documentazione emergono n.2 contenziosi per cui al 31.12.2020 compaiono accantonamenti il cui rischio di soccombenza è stato giudicato come "possibile".
- 2) Fondo rischi per autoassicurazione:** relativamente alla presente posta contabile si rileva la perfetta corrispondenza tra il mastri co.ge e il file extracontabile trasmesso dall'UOC Legale, relativamente ai saldi di apertura e chiusura del fondo. Dall'analisi dei predetti documenti (**si vedano ITEM 4 e 5**) emerge che l'alimentazione o l'utilizzo del fondo in questione non sempre viene effettuata in maniera analitica seguendo lo schema del file extracontabile trasmesso dall'UOC Legale. Inoltre, all'interno del predetto file extracontabile, non sempre si procede alla corretta identificazione del rischio di soccombenza. Tale criticità pregiudica la possibilità di esprimere un

giudizio sulla congruità in relazione ad alcuni accantonamenti comunicati dall'UOC Legale ed effettuati dalla UOC Bilancio e Programmazione.

- 3) Fondo rischi per cause da lavoro dipendente:** relativamente ai presenti ITEM documentali (si vedano ITEM 6 e 7) si rileva che il saldo di chiusura del mastro conto non coincide con il saldo finale comunicato dall'UOC Legale in quanto è presente una squadratura pari a 308.051,98 euro. Anche in questo caso si evince la presenza di accantonamenti effettuati massivamente e non analiticamente seguendo lo schema trasmesso dall'UOC Legale.

3.2 Verifiche con esito positivo

Nell'ambito del presente paragrafo si mettono in evidenza tutte le verifiche di audit svolte nel primo semestre 2023 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*. Nel 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 A1.8: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A1.1 Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio."*

Audit del 07/02/2023 - UOC Legale

Con riferimento all'azione A.1.1 Il Responsabile dell'UOC Legale mensilmente provvede a caricare le gazzette sulla piattaforma aziendale e a curarne l'aggiornamento. A tal proposito si rileva la modifica della procedura PAC in quanto ad oggi sono le strutture aziendali a procedere alla consultazione dello spazio dedicato, attraverso l'ottenimento delle credenziali di accesso ottenute tramite mail. Pertanto:

- 1) Dal 2017 sino alla data dell'odierno audit è possibile, per tutto il personale aziendale, accedere a una banca dati giuridica configurata in rete contenente leggi, regolamenti, sentenze, gazzette nazionali, regionali, codice degli appalti, codici delle assicurazioni, pareri ANAC (indicatori di trasparenza e anticorruzione) pareri legali, che vengono aggiornati settimanalmente
- 2) Alla data odierna è possibile per tutto il personale aziendale accedere al database "De iure" per procedere a una ricerca per parola chiave.

Il Direttore dell'UOC oggetto di verifica comunica che, alla data di verifica, con delibera della Direzione n. 1452 del 26 settembre 2022 sono stati assunti dall'Azienda ed assegnati all'UOC Legale n. 3 collaboratori amministrativi per la gestione del flusso documentale inerente leggi e regolamenti che hanno impatto sul bilancio. Pertanto, settimanalmente, il personale incaricato provvede a caricare su apposita piattaforma, consultabile da tutti i Dirigenti competenti, gli aggiornamenti delle Gazzette Ufficiali, suddivise per ambito, inviando anche la relativa mailing list sull'aggiornamento della normativa ai Dirigenti, superando così il precedente gap operativo.

Alla luce delle suddette considerazioni e dall'analisi documentale, si rileva che il processo descritto dalla presente azione PAC risulta correttamente implementato, pertanto l'esito della verifica è da ritenersi "positivo".

Audit del 09/02/2023 - UOC Coordinamento Staff strategico

In premessa il Responsabile dell'UOC Coordinamento Staff Strategico comunica che, in merito all'azione oggetto di verifica, è competente delle sole diffusioni alle articolazioni Aziendali, ed in particolare ai Presidi Ospedalieri, dei regolamenti relativi al Rischio Clinico. In particolare, il Ministero della Salute

periodicamente emana con decreto delle raccomandazioni, che trasmette all'Assessorato regionale, in ambito clinico-assistenziale, che hanno impatto anche su requisiti organizzativi delle strutture interessate. L'Assessorato comunica l'implementazione di tali raccomandazioni alla Direzione Strategica, all'UOS Qualità e gestione rischio clinico, afferente all'UOC Coordinamento Staff Strategico, che vengono successivamente condivise con nota ai Presidi Ospedalieri. Il Responsabile informa anche che sono stati nominati e assegnati, sempre con nota, presso ogni Presidio un referente Qualità e Rischio che provvede a convertire tali raccomandazioni in procedure.

Il Responsabile informa che la diffusione e il recepimento di tali raccomandazioni, successivamente convertite in procedura, hanno un impatto anche sul rapporto di brokeraggio nel caso di assenza di procedure specifiche.

Nel corso della presente verifica di audit, il gruppo di lavoro ha provveduto ad acquisire una serie di ITEM documentali, comprovanti l'effettiva implementazione della presente procedura PAC. Dall'analisi della stessa non emergono particolari rilievi, tali da compromettere l'esito della presente verifica. Pertanto, l'esito è da ritenersi "positivo".

Audit del 03/03/2023 – Responsabile della Trasparenza

In premessa si segnala che Il responsabile della Trasparenza comunica che periodicamente procede alla verifica di aggiornamenti normativi sui siti dell'ANAC e AGENAS per acquisire le nuove determinazioni che possono avere ripercussioni sui processi aziendali e periodicamente provvede a sensibilizzare tutte le articolazioni aziendali all'utilizzo degli strumenti per la corretta predisposizione degli atti. Le strutture aziendali provvedono in autonomia alla consultazione delle banche dati in presenza di nuove leggi, regolamenti, delibere, direttive o circolari. Su tale ultimo aspetto, il Responsabile della Trasparenza documenta di aver inviato una circolare ad indirizzo delle strutture interessate per dare aggiornamento sulle normative di competenza, così come richiesto in sede di audit precedente del 01.03.2022.

Inoltre, annualmente, nel mese di gennaio il Responsabile della Trasparenza, unitamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, predispose il relativo Piano Triennale, adottato per il triennio 2023-2025 con delibera n. 135 del 02.02.2023. Il suddetto documento viene pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" e ne viene diffusa informativa tramite mail a tutte le articolazioni aziendali. Infine, Il responsabile informa che, nell'ambito di iniziative di controllo in tema di corruzione e trasparenza, sono predisposti corsi di formazione, volontari e obbligatori, dai Responsabili della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dall'UO Formazione, di cui ne viene diffusa informativa al personale Aziendale mezzo mail. A tal proposito, il Responsabile della Trasparenza dichiara di voler attivare un flusso informativo derivante dall'UO Formazione per ricevere le statistiche di partecipazione ai corsi proposti.

Nel corso della presente verifica di audit, la funzione di I.A. ha provveduto ad acquisire la seguente documentazione:

- 1) Nota prot. n. 57224/23: dal presente ITEM documentale si evince che il numero totale di partecipanti ai corsi di formazione erogati è pari a 3.149 unità;
- 2) Nota prot. 15/Trasp/2023: attraverso il presente ITEM documentale si è provveduto alla sensibilizzazione delle diverse articolazioni aziendali circa l'utilizzo delle banche dati su cui consultare tutti gli aggiornamenti normativi di rilevanza.

Azione A3.4: "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3"

Audit del 08/03/2023 – UOC Gestione informatica aziendale

L'Azienda si è dotata di un sistema informativo che consente interazione/integrazione fra i diversi livelli organizzativi coinvolti nei processi, Il controllo dei flussi informativi, l'ottimizzazione e la trasparenza dei dati che andranno ad implementare il Bilancio aziendale.

In premessa i referenti segnalano che a seguito dell'adozione della Delibera n. 571 del 15/04/2022 si procederà alla sostituzione degli applicativi dell'area amministrativo-contabile con tutti le relative integrazioni, del software del protocollo informatico e del modulo personale. Inoltre, i moduli relativi alla gestione delle vaccinazioni, CDA, RSA e assistenza protesica verranno sostituite con prodotti dell'RTI. Al contrario, gli applicativi dell'area sanitaria non verranno sostituiti. Infine, i referenti segnalano che la data di go live degli applicativi dell'Area economico-finanziaria e le relative integrazioni è prevista per l'8 maggio 2023. Non si conoscono attualmente le date per l'attivazione del modulo personale.

Dall'intervista svolta, è emerso quanto segue:

- risulta confermata la mappatura dei principali applicativi amministrativo contabili e sanitari presenti in azienda;
- attualmente l'azienda è dotata di un applicativo di tipo ERP "C4H", che nativamente integra la gestione della contabilità e bilancio con la gestione di approvvigionamenti, magazzini economici e farmaceutici e che risulta collegato al sistema di gestione del personale WHR;
- sotto il profilo sanitario, attualmente l'azienda è dotata del sistema informativo integrato con C4H. Tramite tale applicativo viene gestito il CUP aziendale tramite applicativo Hero;
- vi sono altri applicativi che gestiscono diversi flussi informativi gestiti da Dedalus che monitorano i pagamenti dei medici convenzionati interni tenendo conto delle ore lavorate;
- attualmente dall'applicativo Hero è possibile effettuare delle estrazioni. Ad esempio, quelle afferenti alle prestazioni ALPI che a sua volta, tramite specifica funzionalità software, possono essere importate su C4H ai fini delle connesse rilevazioni contabili;
- con riferimento al sistema di profilazione dei dipendenti è stato rappresentato dal Dirigente della UOC, che la profilazione a sistema e l'attivazione di specifiche utenze avviene a seguito di una richiesta ufficiale protocollata proveniente dal direttore della UO/struttura interessata con indicazione delle autorizzazioni operative da rilasciare. La richiesta è inviata all'help desk delle Ditte fornitrici degli applicativi in uso. A ciascun profilo viene attribuito uno specifico ruolo al quale corrispondono specifiche autorizzazioni ad operare. Le utenze, per C4H, previa ricezione dell'autorizzazione a procedere, vengono mappate dalla UOC Gestione Informatica Aziendale e per WHR dalla UOC Risorse Umane PONRU;
- ad oggi l'azienda è dotata di un sistema applicativo "DataGraf" (Protocollo informatico) che consente l'archiviazione documentale. Tale applicativo non è integrato con C4H. Verrà sostituito da Acropolis, che conterrà le singole pratiche collegate ai fascicoli relativi al paziente.

Azione A5.4: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito ad: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità."*

A5.3* *"Attivazione di un sistema di monitoraggio delle azioni poste in essere per superare/recepire i rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno."*

Audit del 23/03/2023 - Segreteria della Direzione Generale

In premessa si segnala la nuova procedura relativa all'Area A è stata adottata con delibera n. 1525 del 04.10.2022.

Coerentemente con quanto previsto dalla suddetta procedura aziendale, il referente della segreteria della Direzione Aziendale rappresenta che predispone per la Direzione Generale la trasmissione alle articolazioni aziendali competenti, con note protocollate, dei rilievi o delle segnalazioni pervenute da parte di soggetti interni all'Azienda (Collegio Sindacale e Funzione di Internal Audit) e soggetti esterni (Ministero, Regione, Autorità giudiziarie, etc.).

Al momento di ricevere tali richieste, la Direzione Aziendale valuta, ove ne avesse gli elementi, di dare direttamente riscontro o veicolare la nota alla struttura, per poi riceverne risposta, al fine di verificarne l'adempimento, ed inviarla successivamente al soggetto richiedente. In caso di mancato riscontro la Segreteria procede ad effettuare il sollecito sino alla verifica dell'avvenuto adempimento, predisponendo per il Direttore Generale eventuali ulteriori atti.

Il referente della Segreteria della Direzione Generale comunica che ad oggi le richieste pervenute dal Collegio Sindacale sono gestite direttamente dalla Direzione Amministrativa, mantenendo in capo alla Direzione Generale il monitoraggio dell'avvenuto adempimento.

Nel corso della presente verifica di audit si è provveduto ad acquisire la seguente documentazione:

- 1) **Direttive Generali sui criteri generali di formulazione della Previsione Economica della gestione 2023:** Con nota protocollo n. 7499 del 31.01.2023, l'Assessorato Della Salute ha trasmesso le direttive relativamente alla determinazione dei dati economici previsionali per l'esercizio 2023. Coerentemente con quanto dichiarato, la Direzione Generale ha provveduto a trasmettere le suddette indicazioni al Servizio Economico Finanziario, per poi successivamente ricevere un riscontro da quest'ultimo nel momento in cui sono stati trasmessi i prospetti di verifica dei conti previsionali 2023;
- 2) **Trasmissione dei verbali di stralcio n.15 del 24.05.22 e n.40 del 17.11.22:** dal presente ITEM documentale si evince che le informazioni afferenti all'attività effettuata dal Collegio Sindacale vengono veicolate dalla Direzione Amministrativa, coerentemente con quanto dichiarato in sede di verifica

Alla luce delle suddette considerazioni e dall'analisi della documentazione acquisita in sede di verifica non emergono rilievi tali da compromettere l'esito della verifica. Infatti, il processo di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, risulta sufficientemente strutturato ed adeguato

AREA DEBITI E COSTI

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."*

AZIONE 16.3: *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti 16.1 "Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati le cui principali funzioni concernano: la determinazione dei fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture dei fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc.."*

Audit del 08/06/2023 – Dipartimento di Prevenzione della Famiglia

Le procedure aziendali relative all'Azione PAC oggetto di verifica sono state adottate con Delibera n.171 del 30/10/2017.

In particolare, le stesse, con riferimento alla gestione dei pagamenti, si pongono l'obiettivo di:

- Garantire la segregazione delle funzioni e delle responsabilità, assicurando la massima trasparenza, tra soggetto incaricato alle attività di pagamento rispetto ai soggetti che autorizzano lo stesso;
- Garantire (così come normato dal D.L. 35/2013) l'ordine cronologico dei pagamenti e degli adempimenti a carico dell'Azienda sanitaria;
- Garantire il monitoraggio ed il repentino cambio di stato del debito al fine di evitare duplicazioni.

In particolare, mediante l'intervista svolta si è appreso che il Dipartimento si occupa della liquidazione delle fatture relative i seguenti servizi:

- servizi lavorativi resi da un dipendente della società SAS per la disponibilità di un loro dipendente che svolge mansione di autista per il dipartimento;
- prestazioni di consulenza libero professionale resi attualmente da un medico, in quanto un ulteriore medico ha terminato la tempistica prevista dalla delibera.

In precedenza, il Dipartimento operava liquidazioni per servizi di pulizia resi presso i locali della UOC Territoriale organizzazione della famiglia sita in via Pisani e UOSD Screening cervico-carcinoma sita in via Onorato, di cui verifica esclusivamente la regolare esecuzione del servizio da parte del UOSD Screening cervico-carcinoma.

La verifica documentale ed operativa è stata svolta con riferimento alla liquidazione dei servizi sopracitati che prevedono la gestione di un budget di spesa per la Struttura oggetto di verifica e l'adeguamento alla normativa NSO. A tal proposito, i referenti comunicano che il Dipartimento per gli acquisti di farmaci e cancelleria non opera con uno specifico budget di spesa ma si approvvigiona mediante le gare gestite dal Dipartimento del farmaco e l'UOC Approvvigionamenti. Con riferimento ai farmaci, in particolare, i referenti comunicano che il Dipartimento del farmaco richiede periodicamente, tramite mail, il fabbisogno annuale.

Infine, con riferimento alle precedenti verifiche, inerenti all'Azione PAC in oggetto, si fa presente l'esistenza di un gap delle procedure pac attualmente in vigore, ove non vengono individuati punti di controllo, tempistiche, responsabilità e strutture organizzative coinvolte nel processo di liquidazione.

Dalla documentazione acquisita si rileva che, relativamente ai servizi lavorativi resi dal dipendente della società SAS per la mansione di autista per il dipartimento, la società SAS emette una fattura mensile di importo fisso per 12 mensilità per la prestazione lavorativa fornita dal proprio dipendente. Dalla verifica svolta emerge che la liquidazione delle fatture verificate non risultano liquidate tempestivamente (oltre i 60 gg) rispetto alla data di ricevimento delle stesse. In particolare, le fatture n.48-49-50 PA del 31/01/2023 relative all'attività lavorativa svolta dal dipendente nei mesi di agosto, settembre e ottobre 2022, sono state liquidate, con provvedimento di liquidazione n.23003382 in data 19/04/2023. (ITEM 2)

Relativamente ai servizi di consulenza professionale resi da due medici. Dal 2021 l'azienda ha deliberato le consulenze professionali con due medici ginecologi contrattualizzati e assegnati al dipartimento che emettono fattura mensile, per le quali viene effettuata l'attestazione di servizio del Direttore Canzone e per uno dei due consulenti anche del Direttore Sanitario. Dalla documentazione acquisita si rileva le liquidazioni delle fatture del mese di gennaio 2023 nello specifico verificate sono state effettuate con tempestività (entro i 60 gg). Si segnala che non è stato possibile verificare la corrispondenza tra i dati da sistema con la relativa documentazione a supporto, in quanto è stato fornito la schermata C4H relativa alla liquidazione del mese di febbraio 2023 e non risulta acquisita la relativa fattura. Infine, dalla Delibera n.209 del 24/02/2022 si evince che, come già evidenziato durante l'intervista, il Dott. Adile ha terminato la tempistica prevista dalla delibera ovvero 28/02/2023. (ITEM 4).

Relativamente all'Azione I6.1, secondo la procedura aziendale, adottata con Delibera n.171 del 30/10/2017, la separazione funzionale delle mansioni e delle responsabilità è garantita dalle diverse procedure di cui è dotata l'Azienda, specificatamente anche per l'approvvigionamento di beni e servizi e per la gestione dei pagamenti.

Per quanto concerne la procedura relativa all'approvvigionamento di beni e servizi, la stessa, elenca le attività da compiere per la formulazione e l'attuazione di un piano approvvigionamenti aziendale, nello specifico il documento descrive i riferimenti e le azioni da intraprendere dalla definizione del "Piano acquisti di beni e servizi", sino alla emissione degli ordinativi.

Il processo di verifica, attestazione e liquidazione è seguito mantenendo la segregazione delle funzioni tra la dott.ssa Spedale, la dott.ssa Di Giovanna e il Direttore del Dipartimento. Non emergono dunque rilievi rispetto all'azione I6.1.

Anche in tal sede si fa presente l'esistenza di un gap della procedura pac attualmente in vigore, ove non vengono individuati punti di controllo, tempistiche, responsabilità e strutture organizzative coinvolte nel processo di liquidazione.

➤ **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 UU.OO., sebbene non mappati nelle procedure, siano adeguati per il raggiungimento degli obiettivi delle varie azioni PAC.

A tal proposito, a seguito della migrazione avvenuta nel mese di maggio 2023 al nuovo sistema amministrativo-contabile, che verosimilmente comporterà talune variazioni ai processi Aziendali in essere, si ritiene necessario l'aggiornamento della totalità delle procedure in vigore. Verrà avviata, con il responsabile PAC aziendale, la revisione delle procedure aziendali in vigore entro il 31 dicembre 2023.

3.3 Verifiche con esito "con riserva"

Nell'ambito del presente paragrafo si mettono in evidenza tutte le verifiche di audit svolte nel primo semestre 2023 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 verificate, 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 GENERALE

Azione A2.5: *"Verifica della 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."*

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."*

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."*

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 22/02/2023 – UOC Programmazione, Controllo di Gestione

In premessa si segnala che la presente verifica di audit, inizialmente prevista in data 16.02.2023 con nota 27163 del 2 febbraio 2023, è stata posticipata al 22.02.2023.

Si segnala, altresì, che la nuova procedura relativa all'Area A è stata adottata con delibera n. 1525 del 04.10.2022.

Il referente dell'UOC oggetto di verifica riferisce che l'assegnazione del budget coinvolge tutte le strutture che rappresentano un centro di responsabilità.

Con nota prot.n. 257421 del 29/12/22, nelle more della definizione del Bilancio di Previsione 2023, è stato assegnato in misura prudenziale, a ciascuna Macrostruttura Aziendale per l'anno 2023, un tetto di spesa provvisorio pari al 70% di quanto già assegnato per l'anno precedente. Le strutture aziendali possono però,

a seguito di motivate richieste, ricevere incrementi di budget per l'anno corrente fino al 100% di quanto già assegnato nell'anno 2022.

L'assegnazione è preceduta da un'interlocuzione con l'UOC Bilancio e Programmazione.

Da inquiry con il referente dell'UOC oggetto di verifica emerge come sul nuovo sistema amministrativo contabile cambierà la logica di assegnazione, che non identificherà più i conti economici da assegnare alle strutture, bensì verranno istituite apposite autorizzazioni di spesa, assegnate alla macrostruttura (per es. al Direttore di un Dipartimento) che a sua volta assegnerà le risorse alle varie UOC, UOS e UOSDIP.

Coerentemente con quanto previsto dall'aggiornamento normativo in materia di misurazione e valutazione della performance, si riferisce che, a partire dall'esercizio 2023, si prevede l'introduzione del PIAO che sostituisce il Piano triennale della Performance.

Lo stesso, è comprensivo del Piano triennale della Performance, Piano triennale Anticorruzione, Piano triennale Azioni Positive, Piano del Fabbisogno, etc. Esso viene predisposto nel corso del mese di gennaio (per l'anno 2023 la scadenza dell'adozione del PIAO è stata differita al 31.03), previo confronto con le varie strutture e articolazioni aziendali in merito all'eventuale revisione degli obiettivi e viene adottato con deliberazione (un'unica delibera per PIAO e Piano triennale della Performance, alla quale vengono allegate le schede obiettivi delle varie strutture e le valutazioni individuali). Nel corso della gestione si procede a monitorare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, tramite relazioni intermedie predisposte dalle strutture aziendali, ed a segnalare eventuali azioni correttive. Inoltre, il PIAO e la relativa delibera di adozione vengono pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'azienda. Il Piano delle Performance viene modificato solo ed esclusivamente per fatti straordinari non prevedibili (si vedano ITEM 3 – 17)

In merito all'attività di analisi degli scostamenti, si rileva che il sistema informativo C4H non consente di estrarre i dati per trimestre, il che complica lo svolgimento delle relative attività. Si segnala, che con nota prot. n. 142283 del 25.07.22 è stato costituito un gruppo di lavoro che si occupa dell'analisi trimestrale degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo. Da inquiry con il referente dell'UOC oggetto di verifica emerge come l'attività di monitoraggio trimestrale dei dati di preventivo rispetto a quelli di consuntivo al momento non è presidiata e ciò anche in considerazione dell'assenza di supporto informatico – come sopra detto – che dovrebbe essere superata con il nuovo applicativo amministrativo contabile.

Alla luce delle suddette considerazioni e alla luce delle evidenze emerse dall'analisi della documentazione acquisita in sede di verifica, si chiede di relazionarsi con la nuova SW al fine di:

- Avviare le attività trimestrali in capo al gruppo di lavoro costituito con nota prot. n. 142283 del 25.07.22, relative dell'analisi trimestrale degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo;
- La predetta attività deve essere accompagnata da un'analisi qualitativa sugli scostamenti rilevati e non puramente quantitativa;
- Incorporare le considerazioni e i rilievi emersi nel corso del periodo in sede di assegnazione delle risorse per l'esercizio successivo.

Considerato che l'attività non risulta essere ancora presidiata dal gruppo di lavoro, alla data della verifica l'esito della stessa è da ritenersi "parzialmente positivo"

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Azione D3.4 "Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore corrente degli stessi."

Azione D3.5 "Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico."

Audit del 28/02/2023 - UOC Progettazione e manutenzione

Nel corso della verifica di audit il Direttore della UOC Progettazione e Manutenzione allo stato attuale non partecipa alla valutazione della congruità delle polizze assicurative contratte dall'azienda. Infatti, lo stesso informa che, con delibera n. 15 del 10 gennaio 2022, le polizze assicurative sono state stipulate a fronte di una gara con Azienda capofila l'ASP di Messina con cui è stata aggiudicata la procedura di gara regionale per l'Affidamento del servizio di copertura assicurativa in favore delle Aziende facenti parte del Servizio Sanitario Regionale della Regione Siciliana. I lotti previsti erano quattro:

- Lotto 1: All Risks Property;
- Lotto 2: Infortuni cumulativa del personale ed altri soggetti;
- Lotto 3: Danni accidentali ai veicoli;
- Lotto 4: responsabilità civile auto e corpi veicoli terrestri.

Il lotto la cui gestione degli eventuali sinistri risulta di competenza del UOC Progettazione e manutenzione è esclusivamente il Lotto 1.

Da aprile 2021 l'Azienda ha affidato, con delibera n. 326 del 24.03.2021, il servizio di intermediazione con la compagnia assicurativa alla ditta Consulbrokers SpA. Il Referente dell'Azienda riferisce che la suddetta società assicura una presenza fissa presso i locali dell'Azienda per favorire interventi tempestivi in caso di gestione dei sinistri.

In caso di un sinistro e/o danneggiamento di beni o apparecchiature aziendali la UOC è immediatamente contattata al fine di effettuare un primo sopralluogo con il consegnatario del bene o struttura per procedere ai rilievi tecnici e alla messa in sicurezza, se ritenuta necessaria, senza con questo alterare lo stato del bene o della struttura (sopralluogo che avviene entro 48h dalla segnalazione).

Successivamente la UOC Progettazione e Manutenzione procede trasmettendo alla Consulbrokers un breve riepilogo di quanto verificatosi al fine di aprire una segnalazione (ticket) presso la compagnia assicurativa.

La UOC Gestione Patrimonio effettuata la segnalazione comunica alla UOC Progettazione e Manutenzione il giorno del sopralluogo da effettuarsi in contraddittorio con il perito assicurativo e la quantificazione del danno.

Secondo quanto riferito dai referenti della Consulbrokers, a seguito della loro nomina sono state aperte n. 4 segnalazioni nel 2022, oltre a quelle precedentemente rilevate nell'anno 2021 relative ad un incendio presso il PTA Biondo e ad un allagamento dei locali di Villa delle Ginestre, di cui il referente dell'azienda di brokeraggio ne riferisce la chiusura amministrativa. La UOC non dispone di uno storico tale da poter valutare la congruità delle coperture assicurative in essere. Di contro, la Consulbroker ha predisposto, in fase di insediamento, una relazione inerente ai sinistri avvenuti nell'anno 2022 ed un file extra sistema contenente lo storico dei sinistri relativi all'Azienda (si vedano ITEM 7 e 8).

Relativamente al processo descritto dall'azione PAC D2.5, da intervista emerge che al fine di preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico, nell'ambito dei capitolati di gara per l'acquisto di attrezzature sanitarie e non sanitarie vengono già previsti gli interventi di manutenzione ordinaria. Il servizio può anche essere oggetto di specifico acquisto.

Nel corso della verifica di audit, la funzione di I.A. ha provveduto ad acquisire i seguenti ITEM documentali:

1) Delibera del Direttore Generale ASP Palermo n°15 del 12/01/2022: attraverso tale atto, si delibera l'aggiudicazione della procedura di gara indetta dall'ASP di Messina, quale soggetto capofila. Nello specifico:

- Lotto 1 (CIG: 9050141C9A): aggiudicato a SICURA snc e Vittoria Assicurazioni;
- Lotto 2 (CIG: 90501579CF) aggiudicato a General Underwriters Agency srl;
- Lotto 3 (CIG: 90501747D7) aggiudicato a Colatei Assicurazioni srl;
- Lotto 4 (CIG: 90501861C0) aggiudicato a Colatei Assicurazioni srl;

- 2) Ordini e provvedimento di liquidazione per lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria: dal presente ITEM si evince la liquidazione di n. 2 fatture alla ditta Impregida srl per un importo pari a 673.719,61 (si vedano ITEM 3,4 e 5);
- 3) Documentazione relativa ai lavori di ripristino stanza 16/306 1° piano del PTA Biondo Ambulatorio Otorino.

Con riferimento alla procedura per la verifica di congruità delle polizze assicurative a copertura dei rischi sui cespiti si chiede di determinare il fabbisogno aziendale utile alla valutazione della congruità delle polizze assicurative contratte dall'azienda di instaurare meccanismi di dialogo con le UU.OO.CC. coinvolte dal processo, anche mediante l'ottenimento, con periodicità annuale, da parte della Consulbroker del riepilogo dei sinistri con la relativa relazione.

Con riferimento all'azione D3.5, fermo restando l'esito positivo della verifica odierna, si chiede, per gli atti futuri, di attenzionare la corretta compilazione degli atti amministrativi proposti dall'UOC.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.7: *"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 " Acquisito prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c)..."*

Azione I3.6: *"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto 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."*

Azione I6.3: *"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto 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 le cui principali funzioni concernano: la determinazione dei fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture dei fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc.. "*

Audit del 16/05/2023 – UOC Cure Primarie e UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna

In premessa si segnala la necessità di provvedere ad un aggiornamento della procedura aziendale, la quale risulta datata e non identifica le corrette strutture competenti alle relative attività. Infatti, all'interno della procedura si prevede che la responsabilità per la gestione degli acquisti di prestazioni sanitarie da privato sia in capo alla UOC Cure Primarie, quanto in realtà tale competenza è in capo alla UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna.

I referenti della UOC Specialisti Ambulatoriale Interna ed Esterna specificano che la presente struttura non effettua acquisti di prestazioni sanitarie da privato, ma si occupano principalmente delle fasi di contrattualizzazione e di liquidazione (i referenti riferiscono che alla data di verifica risultano circa 300 strutture esterne convenzionate).

Da intervista emerge che il processo di accreditamento e contrattualizzazione risulta gestito come di seguito riportato:

- **Aggiornamento/creazione delle anagrafiche:** La presente UOC comunica che, in sede di modifica/aggiornamento delle anagrafiche, si procede mensilmente a comunicare, a mezzo nota, 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;

- **Rendicontazione periodica ricevuta dalle strutture convenzionate e controllo flusso M:** i referenti comunicano che a seguito dei controlli di coerenza sul flusso M, si può procedere alla predisposizione delle liste di liquidazione;
- **Ulteriori 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 migliorare il lavoro di scorporo e il calcolo enpam, la presente UOC comunica che le prestazioni verranno gestite e liquidate in un'unica tranche. Inoltre, i referenti riferiscono che i predetti controlli vengono effettuati extra-contabilmente.

I referenti riferiscono inoltre che la UOC Bilancio, in sede di registrazione della fattura, ha già a disposizione il riepilogo delle prestazioni effettuate, in modo da poter effettuare ulteriori controlli prima di effettuare il pagamento.

Si riferisce inoltre che la presente UOC ha effettuato anche acquisti "extra-budget" attraverso altri fondi regionali funzionali al "recupero delle liste d'attesa", cui sono state assegnate somme per circa 1,5 mln, di cui il responsabile della Struttura ne comunica lo scarso utilizzo alla data odierna.

Infine, con riferimento alla segregazione delle funzioni per le attività sopra citate si rileva che:

Con riferimento alla gestione delle agende, 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;

- Con riferimento all'acquisto di prestazioni sanitarie, le relative attività 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.

Con riferimento all'azione PAC oggetto di verifica è stata acquisita la seguente documentazione:

- - ITEM 7: Elenco strutture per prestazioni da privato;
 - - ITEM 8: pre-liquidazione aprile 2023 relativa al Centro Medico Ippocrate di Miceli Elisabetta snc, nella quale si rileva che per il mese in questione il Centro ha emesso n.146 ricette, ha assistito n. 103 persone, effettuando un totale di 444 prestazioni, per un importo totale netto di 7.202,67 €. Il documento risulta firmato dello specialista responsabile di struttura e protocollato dall' U.O Assistenza Specialistica Ambulatoriale Esterna con prot. n.124086 del 08.05.2023;
 - - ITEM 9: dati fatturazione elettronica relativa al mese di aprile 2023. In particolare, con il suddetto item documentale l'U.O.C Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna comunica al Centro Medico Ippocrate di Miceli Elisabetta snc un importo netto di 6.055,68 € per il mese di aprile 2023, questo dato non risulta in linea con il totale dell'ITEM 6;
 - - ITEM 10: Durc Centro Medico Ippocrate di Miceli Elisabetta snc, con il quale si rileva che la struttura risulta in una posizione regolare nei confronti di I.N.P.S e INAIL;
- ITEM 11 e 12: è stato ottenuto il pro forma utile alla fatturazione del mese di dicembre 2022 per il Centro Medico Ippocrate, che riporta un valore netto pari a €4.878,27, e l'estratto del Flusso M relativo alla suddetta struttura, che riporta un valore netto pari a € 5.509,46. Tali dati non risultano corrispondenti.

3.4 Verifiche senza esito

AREA IMMOBILIZZAZIONI e PATRIMONIO NETTO

AZIONE D5.4: *"Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti D5.1 - Definizione di un processo operativo finalizzato alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni.*

D5.3 Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

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, quali ad esempio: modifiche del fondo di dotazione, ripiani perdite, movimenti per i cespiti acquistati con contributi in conto capitale e relative sterilizzazioni, distribuzione di eventuali utili ecc.*

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

Audit del 15/06/2023 – UOC Approvvigionamenti

La procedura identifica un ruolo specifico dell’U.O.C Approvvigionamenti nel provvedere ad indicare, in fase di espletamento delle procedure di acquisto, negli atti: il decreto di attribuzione del contributo, l’autorizzazione di spesa e l’importo sostenuto.

Per quanto concerne invece le donazioni, secondo la procedura aziendale, l’atto di recepimento della donazione è emanato dalla Direzione aziendale e trasmesso alle articolazioni coinvolte. L’UOC Approvvigionamenti provvederà, qualora l’oggetto della donazione sia una somma di denaro finalizzata all’espletamento di una procedura di gara, ad indicare negli atti gli eventuali estremi della donazione e dell’atto di accettazione, l’autorizzazione di spesa e l’importo sostenuto.

Con riferimento alle precedenti verifiche si rileva che nel caso di acquisti effettuati da parte delle strutture aziendali periferiche non viene sempre riportata all’interno della delibera la fonte di finanziamento con la quale il bene è stato acquistato. I referenti dell’UOC oggetto di verifica, in sede di riunione, confermano quanto già riportato nelle verifiche precedenti.

Si segnala che relativamente alle donazioni monetarie finalizzate, l’UOC Affari Generali predispone la documentazione relativa all’accettazione delle somme. Successivamente, sulla base delle valutazioni effettuate dalla suddetta struttura, la UOC Approvvigionamenti procede ad utilizzare tali somme per effettuare l’acquisto finalizzato, indicato all’interno degli atti prodotti tutti i riferimenti previsti dalla procedura aziendale. I referenti dell’UOC segnalano la mancanza di comunicazione afferente a fattispecie in regime di “Donazione”.

Relativamente alle criticità precedentemente segnalate, si riferisce che la fonte di finanziamento viene già inserita all’interno della determina/delibera. Si riferisce che con il nuovo sistema informativo tale informazione transiterà a sistema su tutti gli atti relativi all’acquisto di beni/cespiti finanziati.

Nel corso della riunione si sottolinea l’importanza di inserire a sistema dei blocchi a sistema in modo da rendere obbligatorio l’inserimento della fonte di finanziamento all’interno del sistema amministrativo-contabile, in modo da adempiere al debito informativo richiesto dalle procedure PAC.

Infine, i referenti comunicano che le strutture periferiche continuano a non ricevere informazioni relative alle fonti di finanziamento dalle strutture periferiche e che non si sono presentate situazioni di cespiti/beni acquistati con donazioni monetarie.

I referenti segnalano che dall’anno 2022 gli acquisti afferenti ai progetti finanziati (principalmente PSN e PNRR) non sono più gestiti dalla presente UOC, bensì dalla UOC Sviluppo e Gestione dei progetti sanitari. A tal riguardo, sono previsti degli specifici obiettivi di *performance* in capo alla predetta struttura, legati all’acquisto di beni/cespiti finanziati.

Alla luce delle predette considerazioni, si ritiene che le azioni oggetto della presente azione PAC non possano essere applicate alla UOC Approvvigionamenti. Inoltre, si ritiene opportuno procedere all’aggiornamento delle procedure PAC in quanto:

- La procedura afferente all’Area D5 non identifica chiaramente ruoli, attori e responsabilità;

- La procedura afferente all'Area H1 attribuisce le attività di identificazione delle informazioni sopra riportate all'UOC Approvvigionamenti, che ad oggi sono gestite da altra struttura.

3.5 Verifiche previste da Piano di Audit 2023 ma non effettuate

Di seguito sono riportati gli audit per i quali, non è stato possibile procedere alle verifiche programmate nel corso del I semestre 2023 a causa dell'avvio della migrazione al nuovo sistema amministrativo-contabile avvenuta nel corso del mese di maggio 2023. Le seguenti verifiche sono state ripianificate nel corso del II semestre 2023:

- Audit presso l'UOC Gestione Patrimonio – Azioni D1.4 e D3.4;
- Audit presso l'UOC Bilancio e Programmazione – Azioni D5.4, D6.4, H1.3, H2.4, H3.4 e H4.3;
- Audit presso l'UOC Bilancio e Programmazione – Azioni I1.3 e I6.3;
- Audit presso l'UOC Gestione Patrimonio – Azioni D5.4, D6.4, H1.3, H2.4, H3.4 e H4.3;
- Audit presso l'UOC Bilancio e Programmazione & UOC Gestione Patrimonio – Azione D2.5;
- Audit presso l'UOC Bilancio e Programmazione – Azioni D7.5;
- Audit presso Presidi Ospedalieri (PP.OO.) – Azioni I3.6 e I6.1;
-

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 n. 6940 del 30.01.2023 (cfr. *allegato A2*), ad esito del monitoraggio degli Audit al 31.12.2023, 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 Unità Operative 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 30/06/2023 (**allegato B2**).

17 luglio 2023

Il Referente "Internal audit"
U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione
Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Responsabile PAC
Dott.sa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Direttore U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione
Dr. Salvatore Bellomo

Visto
Il Commissario Straordinario
Dott.sa 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 30/06/2023
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 30/06/2023

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.

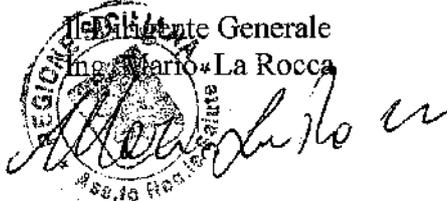
I reports sopra indicati in **formato editabile**, dovranno essere trasmessi all'indirizzo: gscoma@regione.sicilia.it.

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

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 – Economico Finanziario
Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. - Percorsi attuativi di certificabilità

Prot. n. 6940 del 30/04/2023

Oggetto: D.A. n. 14 del 13 gennaio 2023 – ***“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. 1211/2021.***

Ai Commissari Straordinari
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

E,p.c.

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

Con la presente, si comunica che con il D.A n. 14 del 13 gennaio 2023, pubblicato nella GURS n. 3 - Parte I - del 20 gennaio 2023, avente ad 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 31.12.2023 il termine di conclusione del P.A.C.

Tale esigenza, valutata dal Gruppo di Lavoro PAC a seguito degli esiti dell'attività di monitoraggio effettuata da questo Dipartimento, discende da criticità e ritardi significativi, rilevati nella quasi totalità delle Aziende Sanitarie nel percorso di attuazione delle procedure P.A.C., determinando il mancato raggiungimento dell'obiettivo, stabilito dall'art. 1 del D.A. 1211/2021, di definizione del percorso di consolidamento del P.A.C. al 31.12.2022 ai fini della successiva certificabilità dei dati e dei bilanci.

Alla luce del predetto differimento al 31.12.2023, 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 31.12.2022 allo scopo del raggiungimento dell'obiettivo di conclusione del percorso di consolidamento del P.A.C. entro la data stabilita.

Infine, si anticipa che le verifiche sul raggiungimento degli obiettivi PAC saranno corroborate da una serie di incontri di monitoraggio presso le aziende, a partire dal mese di marzo 2023, secondo un calendario prestabilito, avuto riguardo alle principali criticità emerse in sede di analisi sugli esiti di audit al 31.12.2022.

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 5
Dott.ssa Paola Proia

Paola Proia

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. 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.

Piano annuale Audit- anno 2023

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



Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



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. 19081

del 23/03/2023

Alla Direzione Aziendale
dell'ASP Palermo

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

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 31.12.2022.

Come è noto con D.A. n. 14 del 13.01.2023 è stato disposto il differimento al 31.12.2023 del termine per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C, già stabilito al 31.12.2022 dal D.A. n. 1211/2021.

La predetta esigenza, si è resa necessaria alla luce delle risultanze degli Audit e della conseguente attività di monitoraggio effettuata al 30.06.2022 da questo Dipartimento Pianificazione Strategica, nonché dell'esito degli incontri in presenza svolti con le Aziende sanitarie nel mese di novembre 2022, dai quali è emerso un pressoché generalizzato potenziale mancato raggiungimento dell'obiettivo di definizione del percorso di consolidamento del P.A.C. ai fini della successiva certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende rispetto al termine ultimo del 31.12.2022 stabilito con il predetto D.A. n. 1211 del 22 novembre 2021.

Di conseguenza, 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 alla data del 31.12.2023.

Pertanto, in vista della conclusione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C è stato richiesto con nota prot. n. 56133 del 20 dicembre 2022, a seguito dell'attività di monitoraggio effettuata per il 1^o semestre 2022, alle Aziende del SSR di porre in essere tutte le misure utili a superare definitivamente le criticità rilevate al 30.06.2022 e a trasmettere entro il 16 gennaio 2023 il report di AUDIT aggiornato al 31.12.2022, 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. 12575 del 17.01.2023 la seguente documentazione:

1. *relazione al report di audit al 31.12.2022;*
2. *griglia degli Audit aggiornata al 31.12.2022;*
3. *elenco strutture aziendali da auditare ed auditate al 31.12.2022;*
4. *elenco referenti del Gruppo di lavoro Internal Audit.*

Ciò premesso, di seguito si riporta la sintesi dei principali rilievi emersi dall'analisi della documentazione relativa al II semestre 2022.

AREA GENERALE

- **Azioni A4.8 (Esito con Riserva):** Alla verifica intermedia del primo semestre si rilevava l'assenza di una procedura di raccordo tra Co.Ge. e Co.An. e che le principali criticità risultavano inerenti alla mancata implementazione del sistema informativo (in corso) e alla mancata attuazione della procedura. Al riguardo, in sede di verifica intermedia l'Azienda ha segnalato la manutenzione in corso della procedura Co.An. (ottobre 2022). L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023). Dall'analisi della documentazione pervenuta, non si rilevano aggiornamenti circa l'effettivo stato di implementazione della Contabilità Analitica. Si richiedono pertanto aggiornamenti dettagliati sull'argomento, non mancando di evidenziare che le attività devono essere completate al 30.06.2023.

Infine, dall'analisi dell'allegato denominato "*Elenco strutture aziendali da auditare ed auditate al 31.12.2022*" emerge come per l'area in oggetto risultino auditate il 60% delle strutture competenti a fronte della soglia minima del 70%, come richiesto con nota prot. n. 2021 del 28/04/2020 e successive integrazioni. **Si chiedono chiarimenti in merito.**

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Si rileva che non risultano audit effettuati nel corso del secondo semestre per quest'area.

Le principali criticità rilevate in sede d'incontro al primo semestre riguardavano l'inventariazione fisica dei beni mobili e immobili, in tal senso l'Azienda dichiarava quanto segue "*nella rendicontazione degli esiti della precedente verifica (novembre 2022) si rilevava: 1) in corso la strutturazione di una rete di consegnatari per la diffusione e l'implementazione della procedura*

aziendale, 2) libro cespiti non integrato con il gestionale di contabilità (il nuovo sistema informativo dovrebbe rispondere in tal senso all'obiettivo PAC), 3) beni mobili risultano in corso opportune ricognizioni di area e risultano altresì in corso il recupero del pregresso a valere sugli acquisti del triennio 2017-2019, 5) l'intera quota dei beni immobili risulta inventariato. L'Azienda si impegna ad investire su tale area anche attraverso interventi di carattere organizzativo". L'azienda prevede di effettuare verifiche dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Questa amministrazione non rileva nella griglia del secondo semestre 2022 aggiornamenti relativi alle criticità segnalate dall'azienda in merito a:

- 1) gestione del processo di acquisto rispetto al Piano degli investimenti, strumenti di calcolo degli ammortamenti implementati sul sistema informativo aziendale;**
- 2) esecuzione degli inventari rotativi/straordinari, allineamento del libro cespiti alle risultanze di inventari e alla Co.Ge.;**
- 3) accesso di terzi a locali aziendali, applicazione della procedura relativa alla predisposizione e applicazione del Piano degli Investimenti;**
- 4) monitoraggio della contabilizzazione dei cespiti in base alla tipologia di acquisto;**
- 5) ricognizione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.**

Pertanto, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione della Direzione Generale in ordine ai ritardi che permangono (non è stato rilevato alcun miglioramento rispetto al 30.06.2022) nella attuazione delle procedure in Area Immobilizzazioni che allo stato appaiono, stante il termine stabilito del 31.12.2023 di conclusione del percorso di consolidamento, di difficile raggiungimento. Invero, dalle analisi compiute, si rilevano n. 58 riserve su 62 verifiche di audit effettuate.

AREA RIMANENZE

- **Azione E1.9 (Esito con Riserva):** Dalle evidenze documentali, si rileva che al secondo semestre è stato oggetto di audit solo il *magazzino economale del Distretto Sanitario n.34;*

Criticità rilevata: - *Il referente del magazzino economale del Distretto oggetto di verifica segnalano dei ritardi imputabili alla struttura centrale nell'effettuare le operazioni di scarico e trasferimento merce, i quali determinano ulteriori ritardi nella visualizzazione dei carichi sul sistema informativo C4H.*

Fattore correttivo: - *Con riferimento alle operazioni di carico e scarico del magazzino economale si chiede 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.*

L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre per Dipartimento interaziendale Farmaceutico ed UOC Approvvigionamenti, mentre per i Dipartimenti e i Distretti sono previste per il II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).

La misura correttiva indicata per la soluzione delle criticità organizzative risultano non efficaci, stante che si limitano soltanto ad auspicare una collaborazione tra reparti che di fatto appare di difficile superamento.

Si ritiene al riguardo che l'azienda deve con estrema sollecitudine intervenire presso i reparti al fine di una migliore organizzazione e comunicazione interna all'azienda.

A tal fine, si ritiene condivisibile anche l'attivazione di sessioni short di formazione per il personale di magazzino. Si chiedono aggiornamenti al riguardo.

Infine, non appare superfluo segnalare che dalla lettura combinata delle azioni E1.9 e E4.3 si rilevano evidenti criticità in ordine all'esecuzione degli inventari di fine anno presso alcuni magazzini farmaceutici e presso i reparti ospedalieri e relativamente al rispetto delle procedure inventariali adottate dall'azienda.

Tali situazioni dovrebbero condurre l'azienda ad esprimere un giudizio prudenzialmente "negativo" e non con "riserva" con l'esplicitazione di correlate misure correttive.

- **Azione E2.6 (Esito con Riserva):** nel secondo semestre non sono state eseguite verifiche di audit su quest'azione; restano aperte le criticità segnalate in corso di verifica al primo semestre. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow up di audit dedicate nel corso del II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).

Nel corso dei follow up del I semestre 2022 su verifiche effettuate nel corso del 2021, sono emerse criticità su alcuni magazzini le cui giacenze contabili non risultavano aggiornate al corrente. Al riguardo, si richiede all'azienda di dare evidenza alla data del 30.06.2023 delle azioni correttive adottate per il superamento delle predette criticità e dei risultati ottenuti.

- **Azione E3.7 (Esito con Riserva):** Le verifiche al 31.12.2022 rilevano le seguenti Criticità:
 - 1) *ritardo imputabile alle strutture nel trasmettere la documentazione amministrativo-contabile necessaria ad effettuare le registrazioni contabili relativamente alle dismissioni;*
 - 2) *necessità di potenziare il controllo della valorizzazione delle rimanenze finali comunicate dalle strutture interessate rispetto ai valori risultanti dalla contabilità;*
 - 3) *ritardi delle 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.*

L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre 2023 per UOC Bilancio e programmazione e Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, mentre per UOC Approvvigionamenti sono previste audit per il II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).

Sul primo punto in elenco, si rileva un'incongruenza relativa alla effettuazione di scritture contabili per la registrazione delle dismissioni di beni di consumo.

Con riferimento ai punti 2) e 3), si rimane in attesa di valutare quali azioni si prevede di attuare per ottimizzare il processo di valutazione e contabilizzazione delle giacenze, fermo restando che le criticità per l'azione E3.7 risultano principalmente dovute, oltre che alla mancata comunicazione tra le diverse strutture aziendali, principalmente alla carente integrazione dei gestionali. Tali gap informatici di fatto rendono di difficile attuazione la procedura.

Si chiede pertanto di intervenire oltre che sull'aspetto organizzativo anche e soprattutto sulla implementazione dei SW. Si resta in attesa di aggiornamenti al 30.06.2023.

- **Azione E4.3 (Esito con Riserva):** si rimanda alle osservazioni effettuate nel corso degli audit al primo semestre, stante che questa azione non è stata oggetto ad audit nel corso del secondo semestre.

In particolare al primo semestre è stato rilevato **“il mancato svolgimento degli inventari fisici di fine anno presso taluni magazzini farmaceutici (di Carini e Cefalù - per motivi Covid - di Partinico, e presso la Farmacia Territoriale). Inoltre, si rileva che presso i magazzini di Cefalù e della Farmacia Territoriale sono stati svolti gli inventari periodici mensili, mentre presso i magazzini di Carini e Partinico, non sono stati svolti, alla data di verifica, gli inventari periodici. Le modalità operative di svolgimento dell'inventario non sono risultate omogenee (la conta presso il magazzino casermaggio è effettuata “in bianco”; la conta presso il magazzino cancelleria e stampati è effettuata a partire dal dato rilevato a sistema); la segregazione delle funzioni è stata riscontrata soltanto nello svolgimento dell'inventario del magazzino di casermaggio mentre l'inventario del magazzino cancelleria e stampati è stato svolto dal medesimo referente del magazzino. Risulta correttamente archiviata tutta la documentazione relativa agli inventari svolti”. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre 2023 per UOC Approvvigionamenti e Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, mentre per il Dipartimento di Prevenzione è prevista audit per il II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).**

Le criticità rilevate al 1 semestre 2022 richiedevano un intervento efficace e risolutivo da parte della Direzione Aziendale al fine di avviare un percorso virtuoso di superamento delle criticità che portasse l'azienda alla piena attuazione delle procedure aziendali entro la data del 31.12.2023. Dai report al 31.12.2022 non si registra alcun segnale di miglioramento tale da potere ritenere possibile il raggiungimento dell'obiettivo entro la predetta scadenza. Si chiede pertanto all'azienda uno sforzo organizzativo che possa assicurare il superamento delle criticità entro la scadenza stabilita.

- **Azione E5.4 (Esito con Riserva):**
Per l'UOC Approvvigionamenti, le verifiche condotte evidenziano:
 - 1) *la non pedissequa applicazione della procedura PAC relativa alla rilevazione delle merci in scadenza/scadute/obsolete con specifico riferimento anche all'aggiornamento dello status delle stesse sul sistema contabile in uso con le conseguenti refluenze contabili;*
 - 2) *una carenza di personale tale da compromettere in alcuni casi l'effettuazione di veri e propri inventari periodici.*
 Dalle verifiche effettuate su Dipartimento interaziendale Farmaceutico sui prodotti scaduti si segnalavano i seguenti fattori di criticità:
 - 1) *rilevati prodotti scaduti che non risultano dismessi;*
 - 2) *il Dipartimento monitora gli scarichi dei prodotti scaduti effettuati dalle farmacie solo annualmente (le Farmacie effettuano il monitoraggio mensilmente, e nel caso in cui si riscontrino beni scaduti, effettuano in autonomia lo scarico su sistema informativo C4H).*L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre per Dipartimento interaziendale Farmaceutico, mentre per UOC Dipartimenti la verifica è prevista per il II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).

Le criticità rilevate richiedono un intervento efficace e risolutivo da parte della Direzione Aziendale al fine di avviare un percorso virtuoso di superamento delle criticità che porti l'azienda alla piena attuazione delle procedure aziendali entro la data del 31.12.2023. Dai report al 31.12.2022 non si registrano segnali di miglioramento rispetto al 1 semestre 2022 tali da potere ritenere ragionevolmente possibile il raggiungimento dell'obiettivo entro la predetta scadenza. Si chiede pertanto all'azienda uno sforzo organizzativo interno, nonché una efficace implementazione dei SW in uso che possa assicurare il superamento delle criticità entro la scadenza stabilita di definizione del percorso di consolidamento del PAC.

AREA CREDITI E RICAVI

- **Azione F1.11 (esito con Riserva): Non risultano effettuate verifiche di audit su quest'azione nel corso del secondo semestre 2022** (le ultime verifiche risalgono al 2021, eccetto n. 6 follow up al 1 semestre 2022).

Si riportano le osservazioni già evidenziate nella verifica intermedia:

- *relativamente ad ALPI (F1.4/F1.5), si evidenziava l'esigenza di registrare in contabilità i singoli documenti relativi a prestazioni intramoenia, la mancata tenuta del registro IVA in esenzione e l'attribuzione dei ricavi alla UO cui il professionista è erogato;*
- *per le verifiche di cui all'azione F1.6 risultano implementate le soluzioni organizzative descritte nella procedura aziendale dedicata ma altresì si rilevano criticità in merito agli esiti dei controlli fra prestazioni erogate ed incassi e mancata rendicontazione a flusso C delle prestazioni ambulatoriali di Pronto Soccorso rese a pazienti non esitati in ricovero.*

L'azienda prevede di effettuare follow-up su UOC Specialistica I/E e UOC Cure Primarie nel I semestre e II semestre per le altre unità (cfr. Piano di Audit 2023).

Le criticità rilevate richiedono un intervento efficace e risolutivo da parte della Direzione Aziendale al fine di avviare un percorso virtuoso di superamento delle criticità che porti l'azienda alla piena attuazione delle procedure aziendali entro la data del 31.12.2023. Si chiede pertanto all'azienda uno sforzo organizzativo interno, che possa assicurare il superamento delle criticità entro la scadenza stabilita di definizione del percorso di consolidamento del PAC.

- **Azione F4.7 (Esito con Riserva):** Le verifiche al 31.12.2022 rilevano:
 - la seguente **Criticità**: *ritardi nella emissione delle fatture (nonostante vi siano stati dei leggeri miglioramenti rispetto a quanto riscontrato nel corso del precedente incontro di audit svolto in data 12.07.2021);*
 - **misura correttiva indicata**: *Considerato che parte dei ritardi nell'emissione delle fatture è imputabile alle strutture, è opportuno che la struttura oggetto di verifica solleciti le ramificazioni aziendali competenti affinché emettano tempestivamente le fatture attive e procedano alla relativa trasmissione di tutta la documentazione necessaria in tempi ravvicinati rispetto alla data di esecuzione della prestazione. Inoltre, in merito alla gestione delle fatture*

da emettere, è opportuno che le scritture contabili di riferimento vengano effettuate in maniera analitica per singola fattura e non massivamente per tipologia di ricavo.

L'azienda prevede di effettuare verifiche di audit dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Le criticità rilevate richiedono un intervento efficace e risolutivo da parte della Direzione Aziendale al fine di avviare un percorso virtuoso di superamento delle criticità che porti l'azienda alla piena attuazione delle procedure aziendali entro la data del 31.12.2023.

Si rimane in attesa di conoscere quali azioni si prevede di attuare entro il 30.06.2023 per regolarizzare il processo prestazione/emissione fattura/contabilizzazione.

- **Azione F5.4 (Esito con Riserva):** l'Audit rileva la seguente criticità: *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.*

Viene indicata la seguente misura correttiva : *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.*

L'azienda prevede di effettuare verifiche di audit dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Per garantire una migliore determinazione del Fondo Svalutazione Crediti per i futuri esercizi, si chiede di relazionare circa le azioni intraprese dall'azienda per garantire il raccordo fra UOC Legale ed Economico Patrimoniale per la condivisione della documentazione funzionale alla verifica dei crediti risultanti insoluti oltre i 60 giorni.

Infine, dall'analisi dell'allegato denominato "Elenco strutture aziendali da auditare ed auditate al 31.12.2022" emerge come per l'area in oggetto risultino auditate il 40% delle strutture competenti a fronte della soglia minima del 70%, come richiesto con nota prot. n. 2021 del 28/04/2020 e successive integrazioni. **Si chiedono chiarimenti in merito.**

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

- **Azione G1.5 (Esito con Riserva):** verifica di audit effettuata al 2[^] semestre sul Distretto sanitario 34: criticità rilevata su Cassa ticket e Cassa Economale "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"

misura correttiva *“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”.*

L’azienda prevede di effettuare verifiche di audit dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Si chiede all’azienda di disporre utili iniziative per una corretta applicazione del regolamento aziendale che possa facilitare, fermo restando la necessità di assicurare il controllo del processo, le operazioni di spesa con cassa economale. Si ritiene opportuno anticipare le verifiche su Casse Ticket e Casse Economali al I semestre.

AREA PATRIMONIO NETTO

- **Azione H1.3 (Esito con Riserva):** sono state oggetto di esito con Riserva le *UOC Approvvigionamenti e Gestione del Patrimonio*. Dalle verifiche effettuate emergono criticità in relazione alla gestione dell’informazione sulla fonte di finanziamento con riferimento alle operazioni di emissione degli ordini, entrata merci e collegamento dell’ordine alla delibera per gli acquisti effettuati dalle sedi periferiche. **Tale situazione è da attribuire alla non adeguata conoscenza delle funzioni del gestionale contabile e della correlata procedura aziendale.** Conseguentemente si rilevano attività di gestione extracontabile di rendicontazione con rischi relativi alla completezza e correttezza delle informazioni contabili. L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Le criticità rilevate richiedono un intervento efficace e risolutivo da parte della Direzione Aziendale al fine di avviare un percorso virtuoso di superamento delle criticità che porti l’azienda alla piena attuazione delle procedure aziendali entro la data del 31.12.2023.

Si chiede pertanto all’azienda uno sforzo organizzativo interno, che possa assicurare il superamento delle criticità entro la scadenza stabilita di definizione del percorso di consolidamento del PAC.

- **Azione H2.4 (Esito con riserva):** non si rilevano audit effettuati nel corso del secondo semestre, si rileva quanto già emerso in sede di monitoraggio al primo semestre. L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023). Si resta in attesa di aggiornamenti al 30.06.2023.
- **Azione H3.4 (Esito con riserva):** non si rilevano audit effettuati nel corso del secondo semestre, si rileva quanto già emerso in sede di monitoraggio al primo semestre. L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023). Si resta in attesa di aggiornamenti al 30.06.2023.

- **Azione H4.3 (Esito con riserva):** non si rilevano audit effettuati nel corso del secondo semestre, si rileva quanto già emerso in sede di monitoraggio al primo semestre. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023). Si resta in attesa di aggiornamenti al 30.06.2023.

AREA DEBITI E COSTI

- **Azione I1.3 (Esito con Riserva)**

UOC Progettazioni e Manutenzioni: Dagli esiti di audit si rileva: *“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. Per gli atti di ogni direttore è prevista la doppia firma, quella del direttore della UOC e quella del direttore del dipartimento ma al momento non è stato nominato un direttore di dipartimento. In considerazione delle criticità rappresentate, non è possibile attribuire un esito positivo alla verifica”*.

Misura correttiva indicata *“Procedere alla segregazione delle funzioni, in modo che le attività connesse all'emissione degli ordini di servizio e alla liquidazione delle fatture passive corrispondenti siano avocate a due persone differenti”*.

L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

La misura correttiva indicata non evidenzia la tempistica di attuazione dell'azione correttiva. La criticità rilevata che permane dai semestri precedenti e per la quale non si rilevano interventi risolutivi da parte dell'azienda, richiede che l'azienda proceda a individuare, senza ulteriori ritardi, specifici soggetti a supporto del processo di autorizzazione/controllo.

Inoltre, risulta necessario un ampliamento del campione di analisi.

UOC Bilancio e Programmazione: Dall'esame di quanto riportato nella relazione emerge che l'unità svolge funzioni di controllo autorizzativo e di validazione delle proposte di spesa con l'utilizzo di prospetti extracontabili (in via di aggiornamento) mentre l'effettiva erosione del budget viene eseguito dal Controllo di Gestione.

Nella griglia di rilevazione, si rileva la seguente **criticità** *“l'UOC effettua le attività previste in merito alle indicazioni da dare alle strutture ordinanti, che tuttavia non hanno provveduto alla 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”*.

Misura correttiva indicata *“Finalizzare il processo di revisione della procedura aziendale, affinché la UOC oggetto della presente verifica possa redigere un prospetto di dettaglio sulla gestione economica e contabile da inviare alle strutture (previsto dalla procedura aziendale)”*. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

La mancata attuazione della procedura, nonché i gap di disegno della stessa, richiedono un intervento risolutivo da parte dell'Azienda. Si richiede pertanto di finalizzare il processo di revisione della procedura aziendale in coerenza con le scadenze del processo di consolidamento del PAC previsto per il 31.12.2023. Si richiedono, altresì, chiarimenti in relazione alle competenze e ai processi verificati in sede di audit con riferimento alla UOC Bilancio e Programmazione e circa le funzioni di verifica ed autorizzazione della spesa, avuto anche riguardo all'utilizzo del sistema informativo contabile e/o al ricorso a prospetti extracontabili.

UOC Approvvigionamenti: Analogamente a quanto rilevato per l'UOC Bilancio e Programmazione, si rilevano anche per la presente UOC **gap di disegno della procedura e operativi**. La procedura non risulta attuata, si evidenziano gap nelle fasi di programmazione del fabbisogno che, a causa della trasmissione solo parziale dei singoli fabbisogni delle strutture periferiche, viene determinato sulla base del consumo storico. Peraltro, dalle evidenze documentali risulta che il piano, ancorché incompleto e approssimativo, non risulta applicato, determinando modalità di acquisto basate sull'invio di richieste via mail/pec.

Ed ancora, si rilevano:

- gravi e perduranti gap informatici;
- mancata segregazione delle funzioni nel processo di programmazione/richiesta/ordine/acquisto (cfr. pag. 35 relazione di audit al 31.12.2022);
- mancata implementazione del controllo di spesa sui CIG;
- mancata registrazione telematica dei contratti sopra soglia con evidenti rilievi di carattere fiscale e giuridico (criticità che persistere già dal 06.12.2021).

L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Si richiede all'azienda di adottare misure idonee ad attuare e consolidare l'applicazione delle procedure aziendali PAC, avuto riguardo alla programmazione ed al controllo della spesa.

• **Azione II.7- UOC Ospedalità Pubblica e Privata (Esito con Riserva):**

Criticità rilevata *"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"*

Misura correttiva *"Con riferimento al gap di procedura rilevato, si suggerisce di procedere ad una revisione della procedura PAC attualmente in uso riflettendo le attività, responsabilità, controlli e relative tempistiche che caratterizzano il processo, nonché gli applicativi in uso. A tal fine, si raccomanda di confrontarsi con il responsabile delle procedure PAC e con le strutture organizzative ulteriormente coinvolte nell'intero processo a monte e a valle".*

L'azienda prevede di effettuare verifiche di audit dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

La misura correttiva indicata risulta priva di tempistica di attuazione. Si richiede all'azienda di procedere all'aggiornamento della procedura avviando un tavolo di confronto fra il responsabile delle procedure PAC, l'Internal Audit e le strutture organizzative coinvolte nell'intero processo a monte e a valle.

- **Azione I2.1 (Esito con Riserva):**

Criticità rilevata *“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”.*

Misura correttiva *“Collaborare con le strutture coinvolte per avviare percorsi di formazione sugli aspetti di natura economico-patrimoniale, in modo da efficientare il processo di contabilizzazione; Sollecitare le strutture ordinanti ad elaborare le liste di liquidazione secondo tempistiche congrue; Trasferire l'onere dell'aggancio della fattura all'ordine alle strutture, quali owner del processo”* L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Si rilevano gravi e perduranti gap operativi/processo/informatici. Al riguardo si ritiene oltremodo necessario un intervento risolutivo da parte dell'azienda, stante l'imminente termine di consolidamento delle procedure.

- **Azione I3.6 (Esito con Riserva)**

- **PP.OO - "S. Cimino" di Termini Imerese: verifica non effettuata per assenza del personale competente alla gestione degli acquisti di farmaci per il P.O.**

L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del I semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

Si resta in attesa di aggiornamenti all'esito degli audit al 30.06.2023 da effettuarsi improrogabilmente.

- **UOC Progettazioni e Manutenzioni: criticità rilevata** *“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”.*

Misura correttiva “Finalizzare il processo di revisione della procedura aziendale, affinché la UOC oggetto della presente verifica possa redigere un prospetto di dettaglio sulla gestione economica e contabile da inviare alle strutture (previsto dalla procedura aziendale)” - L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

La misura correttiva indicata risulta mancante di tempistica di attuazione. Peraltro la necessità di revisione generalizzata della procedura per l’area debiti e costi, avvertita da diversi semestri, avrebbe dovuto suggerire all’Azienda un efficace e risolutivo intervento teso a revisionare le procedure in tempo utile per la loro conseguente attuazione entro la scadenza prevista di definizione del percorso di consolidamento. Si rimane in attesa di aggiornamenti in ordine alla revisione delle procedure da attuare entro il termine della prossima verifica di audit prevista per il 30.06.2023.

- **UOC Bilancio e Programmazione**: criticità rilevata “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. Nel caso in cui nel periodo che intercorre tra la trasmissione della lista di liquidazione e l’emissione del mandato di pagamento, il DURC del fornitore scada, la UOC Bilancio e Programmazione provvede ad effettuare il pagamento, coerentemente con quanto previsto dalle circolari aziendali, in quanto non è possibile recare danni al fornitore per un ritardo non imputabile allo stesso. La UOC Bilancio e Programmazione riferisce che il Tesoriere non comunica i mandati che non sono stati evasi, pertanto per ogni singolo mandato, si provvede a verificare quali siano stati evasi e quali no in modo da poter procedere ad implementare le azioni correttive necessarie”

Misura correttiva “Collaborare con le strutture coinvolte per avviare percorsi di formazione sugli aspetti di natura economico-patrimoniale, in modo da efficientare il processo di contabilizzazione; Sollecitare le strutture ordinanti ad elaborare le liste di liquidazione secondo tempistiche congrue; Trasferire l’onere dell’aggancio della fattura all’ordine alle strutture, quali owner del processo”. L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).

La misura correttiva indicata risulta poco efficace al fine di potere assicurare entro il termine previsto del 31.12.2023 il consolidamento della procedura. I percorsi di formazione indicati, ancorché necessari risultano tardivi. Si richiede all'azienda di procedere all'aggiornamento della procedura e adottare misure idonee a garantire l'elaborazione delle liste di liquidazione secondo tempistiche congrue.

UOC Medicina Legale e Fiscale: criticità rilevata *“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”.*

Misura correttiva *“Con riferimento alle azioni correttive da implementare all'interno del processo di acquisto, è necessario procedere all'emissione degli ordini NSO relativamente alle fatture pervenute in struttura e non ancora liquidate e procedere all'emissione degli ordini prima che i medici inizino a fatturare le prestazioni del II semestre 2022. Lo stato di avanzamento dell'attività di adeguamento al sistema NSO non permette di attribuire un esito completamente positivo alla verifica”. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).*

Si continuano a rilevare ritardi non più giustificabili in ordine alla messa a regime del sistema NSO, già rilevati nel 2021 e che l'Azienda prevedeva di superare al 30.06.22. Ad oggi non risultano segnali di miglioramento con evidenti disfunzioni procedurali (amministrativo/contabile/informatica). L'emissione degli ordini su NSO successivi alla emissione delle fatture determina di fatto ritardi nella liquidazione delle stesse con potenziale possibili contenziosi.

Si rimane in attesa di aggiornamenti circa il completamento del processo di recupero di emissione degli ordini e l'avvio a regime del corretto utilizzo del sistema NSO.

UOC Organizzazione sanitaria dei servizi alla famiglia, Dipartimento della famiglia: La procedura aziendale oggetto di verifica ha riguardato i controlli pre-liquidazione delle prestazioni da lavoro e per incarichi di natura libero professionale (es. specialisti esterni). *Dall'analisi documentale continuano ad emergere ritardi nell'elaborazione del provvedimento di liquidazione. 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. L'azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023).*

Si richiede di relazionare circa le cause del ritardo nell'emissione dei provvedimenti di liquidazione e le azioni mirate a garantire il rispetto della procedura anche con riferimento alla corretta alimentazione del sistema informativo C4H, in termini di inserimento della corretta delibera da agganciare agli ordini.

- **Azione I4.6 (Esito con Riserva): criticità rilevata** *“Dalle analisi effettuate attraverso la documentazione di dettaglio fornita dalla UOC Legale, sembrerebbe che l’azienda non effettui più accantonamenti a fronte di rischi di soccombenza giudicati come “possibile”, anche se dal documento afferente al fondo rischi autoassicurazione, emergono degli accantonamenti senza che venga specificato il relativo rischio di soccombenza, pertanto non è possibile stabilire con certezza se la criticità evidenziata nell’audit del 20/04/21 sia stata del tutto risolta. Inoltre, emerge la mancata analisi del documento di dettaglio di cui sopra, atta ad individuare errori materiali e/o di altra natura eventualmente presenti in tale documento (come rilevato), preventivamente alla rilevazione in contabilità dello stanziamento di competenza dell’esercizio. Lo stanziamento, infatti, viene effettuato calcolando la mera differenza in valore tra il saldo della scheda co.ge. alla data di riferimento e il totale risultante dal documento di dettaglio fornito dall’UOC Legale”.*
Misura correttiva *“Con riferimento all’azione PAC I4.4, si suggerisce di padroneggiare il processo di accantonamento ed utilizzo del fondo rischi: - curando la riconciliazione delle informazioni (importi da accantonare e somme da svincolare) risultanti dal documento di dettaglio trasmesso dall’UOC Legale al fine di intercettare discrasie della co.ge. o del documento di dettaglio medesimo e, conseguentemente, garantire delle rilevazioni contabili accurate; - Con riferimento alla documentazione trasmessa dalla UOC Legale, specificare il rischio di soccombenza per ogni contenzioso”. L’azienda prevede di effettuare verifiche di audit sia nel corso del I che del II semestre 2023 (cfr. Piano di Audit 2023).*

La criticità rilevata dall’IA necessita di approfondimenti e l’attuazione delle misure correttive individuate. Si richiede di esplicitare le azioni in corso per eliminare e garantire il superamento senza riserva delle verifiche.

- **Azione I6.3 (Esito con Riserva): criticità rilevata:**
 - *(UOC Progettazione e manutenzioni)* *“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”.* **Misura correttiva** *“Finalizzare il processo di revisione della procedura aziendale, affinché la UOC oggetto della presente verifica possa redigere un prospetto di dettaglio sulla gestione economica e contabile da inviare alle strutture (previsto dalla procedura aziendale)”*
 - *(UOC Medicina Legale e Fiscale)* *“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”* **Misura correttiva** *“Con riferimento alle azioni correttive da implementare all’interno del processo di acquisto, è necessario procedere all’emissione degli ordini NSO relativamente alle fatture pervenute in struttura e non ancora liquidate e procedere all’emissione degli ordini prima che i medici inizino a fatturare le prestazioni del II semestre 2022. Lo stato di avanzamento dell’attività di*

*adeguamento al sistema NSO non permette di attribuire un esito completamente positivo alla verifica.” L’azienda prevede di effettuare verifiche di follow-up dedicate nel corso del II semestre (cfr. Piano di Audit 2023). **Si rimanda alle richieste esplicitate in merito all’azione I3.2.***

Si rappresenta che dall’analisi della griglia di audit emerge in riferimento all’azione I4.6, una verifica effettuata nel 2018 su “Consulente DEDALUS”. Ai fini dell’individuazione e computo delle strutture da verificare per il raggiungimento dell’obiettivo di certificabilità (70 %) non è risultata contemplata la verifica su ditte esterne.

Infine, dall’analisi dell’allegato denominato “*Elenco strutture aziendali da auditare ed auditate al 31.12.2022*” emerge come per l’area in oggetto risultino auditate il 69% delle strutture competenti a fronte della soglia minima del 70%, come richiesto con nota prot. n. 2021 del 28/04/2020 e successive integrazioni. **Si chiedono chiarimenti in merito.**

Si richiede pertanto all’azienda di incrementare il numero di verifiche sulle strutture aziendali in riferimento alle suddette aree al fine di raggiungere l’obiettivo suindicato.

Infine, dall’analisi del **Piano di audit annuale 2023**, trasmesso da codesta Azienda con nota prot. n. 38695 del 15.02.2023, si rileva la necessità di integrare il suddetto documento con le seguenti azioni, in quanto non programmate per l’anno 2023:

5. **Azione A1.3**, il cui esito delle verifiche nel corso dell’audit del 23.02.2021 presso Responsabile della Prevenzione della Corruzione è risultato “**positivo**”;
6. **Azione D3.3** il cui esito delle verifiche nel corso del follow-up del 02.03.2022 presso UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 1, 2 e 3 è risultato “**positivo**”.

Ciò posto, in vista della **conclusione da parte delle Aziende del SSR dell’avviato percorso di consolidamento del P.A.C. per il 31.12.2023**, codesta Direzione Aziendale, **dovrà improrogabilmente porre in essere tutte le misure utili a superare definitivamente le suddette criticità** entro il predetto termine, fermo restando l’effettuazione del:

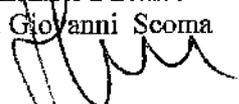
7. **monitoraggio al 30 giugno 2023**, che dovrà pervenire a questo dipartimento **entro il 17 luglio 2023**;
8. **riscontro entro il 31 marzo 2023** alle richieste di chiarimenti ed integrazione contenute nella presente.

Infine, 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"*;

- il raggiungimento degli obiettivi del P.A.C. ai fini della certificabilità dei dati e del bilancio, oltre che oggetto di valutazione nell'ambito degli *"obiettivi contrattuali generali e di salute e funzionamento dei servizi"* costituisce responsabilità gestionale della Direzione Generale.

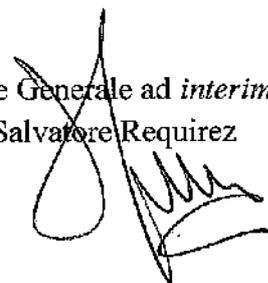
Il Responsabile della P.O.
Servizio 5 - U.O.B. 5.1
Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma



Il Dirigente del Servizio 5
U.O.B. 5.1

Dott.ssa Paola Proja
Paola Proja

Il Dirigente Generale ad interim
Dott. Salvatore Requirez



Prot. 22386/2023 del 10/07/23

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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 e Percorsi Attuativi di Certificabilità"

Prot. n. 38629

Palermo 10/07/2023

Ai Commissari Straordinari
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 2023

Come è noto con D.A. n. 14 del 13.01.2023 è stato disposto al 31.12.2023 il differimento del termine per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C.

La predetta esigenza si è resa necessaria in relazione alle risultanze degli Audit e della conseguente attività di monitoraggio effettuata al 31.12.2022 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 2022 sulle Aziende del SSR come previsto dalla nota ad oggetto "Esiti Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C al

31.12.2022” del mese di marzo 2023, lo Scrivente servizio ha riscontrato taluni elementi da attenzione 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, 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”;
- con riferimento al **“Modello strutture PAC”** si chiede di **esplicitare dettagliatamente, all’interno della relazione di Audit al 30.06.2023, i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica, dandone adeguata 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 31.12.2023, si conferma il termine già stabilito del 17 luglio 2023 per l’invio degli esiti delle verifiche di audit PAC al 30.06.2023.

Al riguardo, si elenca la documentazione da trasmettere:

- **Elenco referenti PAC** per funzione al 30.06.2023 (in formato excel);
- **Griglia degli Audit** –, avendo cura di compilare tutte le sezioni previste dal prospetto inviato. Nel caso di azioni non soggette ad audit nel corso del primo semestre 2023, è necessario, comunque, indicare l’esito e la data dell’ultima verifica effettuata in ordine di tempo;
- **Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 30.06.2023** (in formato excel);

- **Relazione di accompagnamento attività di Audit**, avendo cura di fornire le informazioni richieste per ciascuna area P.A.C. in linea con quanto indicato nella Griglia di Audit.

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa in formato PDF (sottoscritta) e **in formato editabile** (EXCEL) senza modificarne la struttura entro e non oltre la predetta data, all'indirizzo PEC dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it mettendo in CC l'indirizzo g.scoma@regione.sicilia.it. Si segnala che eventuali documenti non conformi a quanto richiesto non saranno accettati dallo Scrivente Servizio.

Infine, 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"*;
- 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 Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 5
UOB 5.1

Dott.ssa Paola Proia

Il Dirigente Generale
Dott. Salvatore Iacolino

Ente _____			
Report sugli esiti di Audi			
Descrizione AREA	Strutture Aziendali		
	A		
	n°	Descrizione <i>(indicare le strutture)</i>	n°
AREA GENERALE			
AREA IMMOBILIZZAZIONE			
AREA RIMANENZE			
AREA CREDITI E RICAVI			
AREA DISPONIBILITA LIQUIDE			
AREA PATRIMONIO			

AREA DEBITI E COSTI	

Nella colonne:

A) indicare le strutture aziendali in ragione dell'assetto organizzativo dell'azienda

B) Indicare numero e descrizione delle strutture auditate nel semestre di riferimento

C) indicare numero e descrizione delle strutture ove le stesse siano sottoposte a follow-

-up nel semestre di riferimento

Allegato I													
Azienda: _____													
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____													
Responsabile della funzione dell' I.A. (indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina)													
Responsabile P.A.C.: (indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina).													
Area	Azioni	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica prevista per il superamento delle criticità.	H) Adempimento del Piano annuale IA/IFA - anno 2023 approvato con delibera _____ del _____ (S/N/O)	I) Adempimento di Audit realizzato nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (S/NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) Al'esito degli audit al 30.06.2023, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di verificabilità dei dati e del bilancio al 31.12.2023 (S/N/O)
							Verificata	Criticità					
AREA GENERALE													
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operative) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"											
A2	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" e 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"											
A3	A3.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3 "implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo"											
A4	A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata. "Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale"											
A5	A5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto AS.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito a: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità"											

Azienda: _____														
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Alcune	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Echo verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvata con delibera _____ Del _____ (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI /NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) All'esito degli audit al 30.06.2023, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certifiabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)
							Controlli	Crit. Minima						
AREA IMMOBILIZZAZIONI														
D1	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.												
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischi danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1 (Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità)												
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici.												
D3	D3.3	Verifica d' idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.												
	D3.4	Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore corrente degli stessi.												
	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.												
D4	D4.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).												
	D4.3	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti".												
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.												
D6	D6.4	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).												
D7	D7.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2 "Predisposizione 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 cc. ge. di riferimento.												

GRIGLIA IN RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Azione	Descrizione	A - U.D. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Fato verifiche I.A. Pieno Parziale Con riserva		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione delle tempistiche previste per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvati con delibera _____ Del _____ (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI /NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) Fatti salvi degli audit al 30.06.2023, l'azienda evadisce il copertura delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di contabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)
AREA RIMANENZE														
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p> <p>e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali mancanti)."</p>												
E2	E2.6	<p>Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro:</p> <p>a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengono effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>												

Azienda: _____														
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Azione	Descrizione	A - D.G. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	I - Esito verifiche I.A. Pieno Sostanziale Con riserva	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvata con delibera _____ Del _____ (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI /NO)	J) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) All'esito degli audit al 30.06.2023, l'Azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)	
E3	E3.7	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)"										idem Azione E1.1	idem Azione E1.1	
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.2 "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CEI)"												
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"												
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaco) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i prelievi di materie prime ed i carichi di semilavorati e/o prodotti finiti"												
		e E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."												
E4	E4.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."												
E5	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"												
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"												
		e E5.3 Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."												
E7	E7.1	"Adozione di un funzionigramma (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità attività di verifica merci, ricevute e quantità ordinate..."												

Azienda _____														
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A. Piena Sufficiente Carente	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica prevista per il superamento delle criticità.	H) Azioni programmate nel Piano annuale AUDIT anno 2023 approvato con delibera _____ Def. _____ (S/7NC)	I) Azioni di Audit realizzate nel 2023 (Piano annuale AUDIT 2023 (S/7 NC))	J) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	K) Effetto degli audit al 30.06.2023. Far riferimento al corpo a scarto delle contabilità che permettono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (S/7NC)	
AREA CREDITI E RICAVI														
F1	F1.1	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 correlati												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.4 " Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita 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 " Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria ticket che consenta di accertare la corrispondenza tra : visite prenotate a sistema, prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti.												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8 " Adozione di una procedura di erogazioni ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) individuazione dei dipartimenti e uffici.; b) la mappatura ed analisi delle attività erogate a pagamento; c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali.												
F2	F2.3	"individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."												
F3	F3.3	"individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."												
F4	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1 " predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito".												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito"												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in CO.GE ed individuazione del documento.												
		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 ed accurato nonche registrate nei conti di CO.GE..."												
F5	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.												
	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test cut-off.												

Azienda: _____														
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvata con delibera _____ Del _____ (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) All'esito degli audit al 30.06.2023, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)
							Qualità	Compliance						
FG	FG.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.												

ASP - ASPALM												
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____												
Responsabile della funzione dell' I.A. (indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina)												
Responsabile P.A.C. (indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina)												
Area Attività	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A. Criterio Soggettivo Crisi Valore	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Azioni correttive da intraprendere con indicazione della tempistica prevista per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvata con delibera _____ Del _____ (S./NO)	I) Attività di Audit effettuate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (S/NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) Il risultato degli audit ai sensi dell' art. 10, c. 1, lett. a) della legge n. 30 del 28.2.1999, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e decisioni al 31.12.2023 (S/NO)
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE												
G1	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"										
G2	G2.1	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.										
G3	G3.1	Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale										
G4	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										
G5	G5.5	Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione delle procedure adottate sulle operazioni di tesoreria con predisposizione di relativo report sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle delle banche.										

Azienda: _____														
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____														
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____														
Area	Azioni	Descrizione	A - U.D. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvato con delibera Del (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) All'esito degli audit al 30.06.2023, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)
							Insufficiente	Con riserva						
AREA PATRIMONIO NETTO														
H1	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..."												
H2	H2.4	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.												
H3	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge. ed individuazione del documento"												
H4	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati ospiti capitalizzati, nonché tra armamenti e sterilizzazioni che ne discendono.												

Area		Descrizione	A - Tr.O. verificato	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvate con delibera del (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2023 (SI/NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) Allegato degli audit al 30.06.2023, facente constare il superamento delle criticità che portavano al fine di dar valore al merito e completo raggiungimento degli obiettivi di certifiabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2023 (SI/NO)
	Azione						Esito verifiche I.A.	Esito verifiche I.A.						
AREA DEBITI E COSTI														
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>Acquisto prestazioni sanitarie da privata: Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) e) ..</i> "												
13	13.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 " <i>Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di reperire i controlli svolti.</i> "												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 " <i>Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c) ..</i> "												
14	14.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 " <i> 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</i> "												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 " <i>Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in CO.GE delle carte contabili trasmesse dal tesoriere o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie</i> "												
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 " <i>Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno inerenti la gestione giuridica, il trattamento economico e la gestione delle presenze del personale dipendente</i> "												
15	15.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 " <i>Gestione di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giustavorista e previdenziale. Definizione di procedure atte a rilevare e regolamentare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica</i> "												
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.												
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e contabilità generale.												
18	18.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 " <i>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</i> "												

Internal Audit

Responsabile PAC

Direzione Amministrativa

Direzione Generale

Azienda: _____													
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL _____													
Responsabile della funzione dell' I.A. (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____													
Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): _____													
ATA	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A. <small>Conferma Cosa migliorare</small>	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2023 approvata con delibera _____ Del _____ (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2023 come da programmazione: Piano Annuale AUDIT 2023 [SI /NO]	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2023	M) Ad esito degli esiti al 30.06.2023, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificazione dei dati e del bilancio al 31.12.2023 (SI/NO)



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

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

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

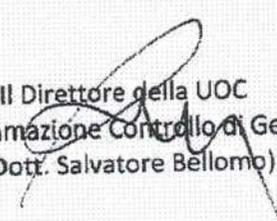
DATA 12/01/2022
PROT. N° ASP/4620/2022

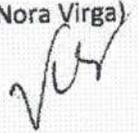
Al Dirigente Amministrativo
Dr.ssa Gugliotta Silvana

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

DIREZIONE GENERALE

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

DATA

06/03/2023

PROT. N°

ASP/52818/2023

Al Dott. Leonardo SALVAGGIO
Dirigente Medico

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

Al Dott. Luca IACOLINO
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

e, p. c. Ai Direttori di Dipartimento

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 1

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 2

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 3

Ai Direttori delle U.O.C.

Al Responsabile PAC
LORO SEDI

OGGETTO: Internal Audit sui Percorsi attuativi di certificabilità (P.A.C.) dell' A.S.P. 6 Palermo - Rimodulazione Gruppo di Lavoro per l'attività di I.A. di cui alle note 8789 del 20/02/2018 e 247285 del 15/12/2022.

Al fine di dare piena attuazione alla funzione di Internal Audit con la quale si verifica l'adeguatezza delle procedure in relazione alle singole azioni P.A.C. finalizzate alla prevenzione delle potenziali criticità, si ritiene opportuno rimodulare la composizione del Gruppo di Lavoro Internal Audit, di cui alla nota 8789 del 20/02/2018 e delle diverse modifiche intervenute dalla sua istituzione, da ultima con nota 247285 del 15/12/2022. 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 U.O.C. 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 P.A.C.

Altresi, al fine di consentire il corretto svolgimento delle attività di verifica di Internal Audit, così come previsto dalla Delibera n. 178 del 13/02/2023 avente ad oggetto l'adozione del *Risk Assessment* 2023 e del Piano di Audit 2023 dell'A.S.P. di Palermo, si chiede ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Aree di Coordinamento Amministrativo e ai Direttori delle U.O.C., di individuare per ciascuna delle aree P.A.C., con comunicazione formale e per ogni singola convocazione, il personale di supporto in relazione alle rispettive competenze per ogni singola struttura auditata.

Il Dirigente Amministrativo/Referente I.A.
(Dr.ssa Silvana Gugliotta)

Il Coordinatore GdL Audit/Direttore UOC
Programmazione Controllo di Gestione
(Dr. Salvatore Bellomo)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr.ssa Nora Virga)

DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Francesco Cerrito)

II COMMISSARIO STRAORDINARIO
(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
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: controllogestione@asppalermo.org

pec: controllogestione@pec.asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA 28.3.2023

PROT. N° 77544

All' Assessorato Regionale Della Salute
Dipartimento Regionale Pianificazione Strategica
Servizio 5 – Economico Finanziario

e, p.c. Al Responsabile dei P.A.C
Dott.ssa Anna Mancuso

Al Collegio Sindacale

All'O.I.V.

**OGGETTO: Percorsi attuativi di certificabilità (P.A.C.) dell' A.S.P. 6 Palermo – Nomina Referente
Internal Audit - Dr. Angelo Alessio Nicchi**

Con riferimento a quanto richiesto da questo Assessorato della Salute, con circolare n.65013 del 02/08/2016 e ss. e con nota n. 2565 del 18/01/2022, si comunica che, con nota prot. n. 68766/2023 del 24/03/2023 il Dr. Angelo Alessio Nicchi, Collaboratore Amministrativo Professionale in servizio presso questa U.O.C., è stato nominato quale Referente della funzione di internal Audit in forma esclusiva per questa Azienda Sanitaria; la composizione del Gruppo di Lavoro Internal Audit permane invariata come da ultima nota prot. n. ASP 52818-2023 del 06/03/2023 che si allega per comodità di lettura.

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



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 06/03/2023
PROT. N° 233935/52818/2023

Al Dott. Leonardo SALVAGGIO
Dirigente Medico

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

Al Dott. Luca IACOLINO
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

e, p. c. Ai Direttori di Dipartimento

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 1

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 2

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 3

Ai Direttori delle U.O.C.

Al Responsabile PAC
LORO SEDI

**OGGETTO: Internal Audit sui Percorsi attuativi di certificabilità (P.A.C.) dell' A.S.P. 6
Palermo - Rimodulazione Gruppo di Lavoro per l'attività di I.A. di cui alle note
8789 del 20/02/2018 e 247285 del 15/12/2022.**

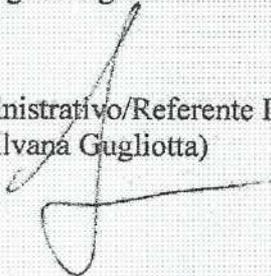
Al fine di dare piena attuazione alla funzione di Internal Audit con la quale si verifica l'adeguatezza delle procedure in relazione alle singole azioni P.A.C. finalizzate alla prevenzione delle potenziali criticità, si ritiene opportuno rimodulare la composizione del Gruppo di Lavoro Internal Audit, di cui alla nota 8789 del 20/02/2018 e delle diverse modifiche intervenute dalla sua istituzione, da ultima con nota 247285 del 15/12/2022. Per quanto sopra,

SI DISPONE

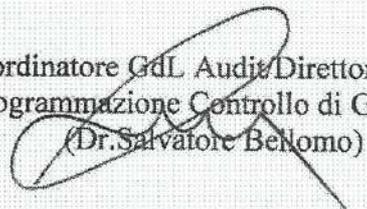
con decorrenza immediata, la rimodulazione del Gruppo di Lavoro I. A. con l'assegnazione delle SS.LL. al predetto gruppo che sarà coordinato dal Direttore pro-tempore della U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione, ed avrà il compito di assicurare le attività/azioni a carico dell'Azienda in materia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

Altresi, al fine di consentire il corretto svolgimento delle attività di verifica di Internal Audit, così come previsto dalla Delibera n. 178 del 13/02/2023 avente ad oggetto l'adozione del *Risk Assessment* 2023 e del Piano di Audit 2023 dell'A.S.P. di Palermo, si chiede ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Aree di Coordinamento Amministrativo e ai Direttori delle U.O.C., di individuare per ciascuna delle aree P.A.C., con comunicazione formale e per ogni singola convocazione, il personale di supporto in relazione alle rispettive competenze per ogni singola struttura auditata.

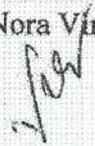
Il Dirigente Amministrativo/Referente I.A.
(Dr.ssa Silvana Gugliotta)



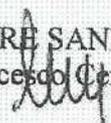
Il Coordinatore GdL Audit/Direttore UOC
Programmazione Controllo di Gestione
(Dr. Salvatore Bellomo)



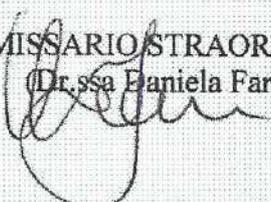
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr.ssa Nora Virga)



DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Francesco Cerrito)



II COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr.ssa Daniela Faraoni)





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 11/05/2023
PROT. N° ASP/132690-2023

Al Dott. Leonardo SALVAGGIO
Dirigente Medico

Alla Dr.ssa Silvana GUGLIOTTA
Dirigente Amministrativo

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

Al Dott. Luca IACOLINO
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

e, p. c.

Ai Direttori di Dipartimento

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 1

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 2

Al Direttore Coordinamento
Amministrativo Area 3

Ai Direttori delle U.O.C.

LORO SEDI

OGGETTO: Internal Audit sui Percorsi attuativi di certificabilità (P.A.C.) dell' A.S.P. 6 Palermo - Gruppo di Lavoro per l'attività di I.A. di cui alle note 247285 del 15/12/2022 e 52818 del 06/03/2023.

Al fine di dare piena attuazione alla funzione di Internal Audit con la quale si verifica l'adeguatezza delle procedure circa le singole azioni P.A.C. finalizzate alla definizione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C. entro il termine del 31/12/2023, previsto dall'Assessorato Regionale della Salute, si ritiene opportuno ribadire la composizione del Gruppo di Lavoro Internal Audit, di cui alla nota istitutiva n.8789 del 20/02/2018 e delle diverse modifiche intervenute dalla sua istituzione, da ultima con nota 52818 del 06/03/2023 . Per quanto sopra,

SI DISPONE

con decorrenza immediata, la rimodulazione del Gruppo di Lavoro I. A. che avrà il compito di assicurare le attività e le verifiche a carico dell'Azienda riferite a tutte le Aree P.A.C. Pertanto si prevede l'assegnazione delle SS.LL. al predetto gruppo che sarà coordinato dal Direttore pro-tempore della U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione, Dr. Salvatore Bellomo, e avrà come referente aziendale il Dr. Angelo Alessio Nicchi, Collaboratore Amministrativo Professionale della UOC Programmazione Controllo di Gestione, nominato con nota della D.A. n. 68766 del 24.03.2023.

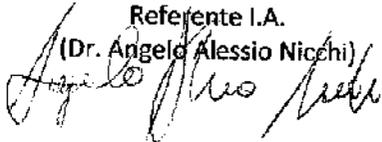
I Dirigenti, componenti stabili del gruppo, la Dr.ssa Silvana Gugliotta, Direttore della UOS Budget e Reporting e il Dr. Leonardo Salvaggio, Responsabile della UOS SIS, garantiranno la loro presenza alle verifiche secondo calendario preventivamente concordato.

Infine, per consentire il corretto svolgimento delle attività di verifica di Internal Audit, i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle Aree di Coordinamento Amministrativo e i Direttori delle U.O.C., di volta in volta, in ottemperanza alle singole convocazioni e alle aree PAC di competenza, provvederanno a fornire al gruppo di lavoro il personale di supporto richiesto con nota prot. 52818 del 06.03.2023 e già individuato. Le strutture che ancora non avessero ad oggi indicato il personale di supporto, in relazione alle rispettive competenze, è invitato ad adempiere.

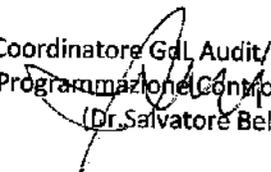
Il Collaboratore Amministrativo Professionale

Referente I.A.

(Dr. Angelo Alessio Nicchi)



Il Coordinatore GdL Audit/Direttore UOC
Programmazione Controllo di Gestione
(Dr. Salvatore Bellomo)



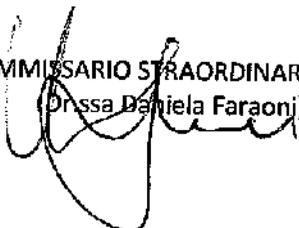
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Francesco Ferrito)



Il COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dr.ssa Daniela Faraoni)





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

DIREZIONE GENERALE

Via Cusmano 24 CAP 90141 – PALERMO
Telefono 091 7032009 FAX 091 7032336

EMAIL direzione generale@asppalermo.org

WEB www.asppalermo.org

Alla Dott.ssa Silvana Gugliotta
Dirigente Amministrativo

e, p. c.

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

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

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 14-7-23 previsto dall'Assessorato della Salute con D.A. n. 14 del 13.01.2023.

Il Commissario Straordinario
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 _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 "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. Ai Collegio Sindacale dell'ASP Palermo

**OGGETTO: Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 2° semestre 2022.
Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al
31/12/2022, e relazione di accompagnamento.**

In riscontro alla nota n. 56133 del 20/12/2022, relativa all'oggetto, si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 31/12/2022, 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)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829UOC Programmazione controllo di gestione
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMOe-mail: controllogestione@asppalermo.orgpec: controllogestione.pec@asppalermo.orgweb: www.asppalermo.org

DATA _____

PROT. N° _____

All'Assessorato Regionale 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"

PEC:

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

Ai Dott. Giovanni Scoma

g.scoma@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.1 78 del 14/02/2023 ad oggetto: "Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2023 e del Piano di Audit 2023 dell'ASP di Palermo".

In allegato si trasmette deliberazione n. 178 del 14/02/2023 ad oggetto: "Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2023 e del Piano di Audit 2023 dell'ASP di Palermo", già pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC".

Il Responsabile del Procedimento: Dott. Angelo Alessio Nicchi

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