



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Referente aziendale Internal Audit
Referente aziendale PAC

Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(costituito con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 e ss.mm.ii.
aggiornato con delibera 581 del 24.10.2024)

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 31/12/2024

PARTE A

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT II SEMEMESTRE 2024

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 II SEMESTRE 2024 aggiornato al 31/12/2024

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

PARTE B RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE aggiornato al 31/12/2024

1. Premessa.....	10
2. Modalità di realizzazione delle attività di Internal Audit.....	10
3. Esito delle verifiche.....	10
4. Archiviazione documentazione	54
5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	54
6. Griglia di rilevazione	55
7. Stato avanzamento "Piano di azione PAC – 30 giugno 2025"	55

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 30170 del 26/06/2024 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n. 15512 del 03/04/2024 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n. 44694 del 09/10/2024 Assessorato della Salute
allegato A5	nota n. 56299 del 19/12/2024 Assessorato della Salute
allegato A6	nota n. 347279 del 19/07/2024 ASP PA
allegato A7	nota n. 65984 del 07/02/2024 ASP PA
allegato A8	nota n. 188268 del 16/04/2024 ASP PA
allegato A9	nota n. 418008 del 09.09.2024 ASP PA
allegato A10	nota n. 46187 del 03.10.2024 ASP PA
allegato A11	nota n. 502565 del 25.10.2024 ASP PA
allegato A12	nota n. 502533 del 25.10.2024 ASP PA
allegato B1	Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2024
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2024
Atti citati	



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Referente PAC

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2024 aggiornato al 31/12/2024

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, in seguito, con **nota n. 30170 del 26/06/2024 (allegato A2)** ha comunicato che, in aderenza al D.A. n.528 del 22 maggio 2024, sono stati rimodulati al 30.06.2025 i termini di consolidamento del PAC, termini questi confermati con **nota 44694 del 09.10.2024(allegato A4)**, in prospettiva di raggiungere la certificazione del bilancio entro la data del 31.12.2026.

L'Assessorato ha anche inoltrato diverse note tra il I e il II semestre 2024, e precisamente:

- ✓ Con nota n. 15512 del 03/04/2024 (**allegato A3**), ad oggetto "Integrazioni del Risk Assessment 2024 e del Piano di Audit 2024 dell'ASP di Palermo approvato con delibera 182 del 06.02.2024" ha richiesto la modifica del piano audit approvato con delibera 182 del 06.02.2024. L'azienda, pertanto con delibera 454 del 11.04.2024, avente ad oggetto: "integrazioni del Risk Assessment 2024 e del Piano Audit 2024, adottato con delibera 182 del 06.02.2024".
- ✓ Con nota n. nota 44694 del 09.10.2024(**allegato A4**) ad oggetto "percorso attuativo di Certificabilità (PAC) – redazione di un Piano Straordinario di Azione per il raggiungimento della certificabilità dei dati e dei bilanci al 30 giugno 2025" ha richiesto alla Direzione Aziendale di adottare e trasmettere un "Piano di Azione Straordinario"
L'Azienda, con delibere della Direzione Strategica n. 581 del 24.10.2024, ha provveduto ad adottare ed inviare alla Regione la nomina del Referente Aziendale Internal Audit e l'aggiornamento e la nomina dei componenti del Gruppo Di Lavoro Internal Audit al fine di dare piena attuazione alla funzione di Internal Audit e con delibera 582 del 25.10.2024 il "Piano di Azione Straordinario PAC 2024";
- ✓ Con nota n. 56299 del 19/12/2024 (**allegato A5**), ad oggetto "Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^ semestre 2024", ha richiesto l'inoltro dei seguenti documenti:
 - la griglia di Audit aggiornata al 31.12.2024;
 - il modello strutture PAC da auditare e auditate al 31.12.2024;
 - la relazione di accompagnamento attività di audit aggiornata al 31.12.2024 con apposita sezione sullo stato di avanzamento delle Azioni programmate come da Piano di Azione PAC 30 giugno 2025.
 - l'elenco dei referenti PAC per funzione al 31.12.2024.

Considerata la complessità organizzativa e l'estensione territoriale dell'ASP di Palermo, l'Azienda, con delibera 374 del 15.03.2023, ha deciso di potenziare la funzione I.A., affiancando al Gruppo di Lavoro Internal Audit, un gruppo di professionisti esterni della Società KPMG Advisory S.p.A, per supportare metodologicamente 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 30/06/2025 come da D.A. n.528 del 22 maggio 2024.

Nella definizione del programma delle attività, si è voluto intensificare l'impegno della funzione I.A., con un numero di verifiche di audit da svolgere nel 2024 e attività di monitoraggio delle criticità, al fine di garantire:

Relazione Internal Audit al 31-12-2024

- 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.

Si ricorda che, l'ASP di Palermo:

- ✓ con delibera n.659 del 30/06/2020 ha approvato il Manuale di I.A., trasmesso con nota prot. 1665 del 20/07/2020;
- ✓ con deliberazione n.178 del 12/02/2020 ha proceduto ad affidare il servizio di supporto all'Internal Audit alla Ditta KPMG Advisory S.p.A., stante la necessità di dare piena implementazione alla funzione aziendale con un supporto metodologico e 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* 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 in attesa dell'espletamento delle procedure di gara per il nuovo incarico. Infine, con deliberazione n.374 del 15 marzo 2023 l'Azienda, a seguito di una gara pubblica, ha affidato il servizio di implementazione alla funzione aziendale Internal Audit alla Ditta KPMG Advisory S.p.A., in vista del consolidamento del bilancio aziendale;
- ✓ con nota 347279/2024 del 19/07/2024 (**allegato A6**) l'Internal Audit ha trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute la seguente documentazione:
 - Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 30.06.2024;
 - Griglia degli audit aggiornati al 30.06.2024;
 - schema struttura da auditare e strutture verificate al 30.06.2024;
- ✓ con deliberazione n. 182 del 06/02/2024 (**visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**) e trasmessa all'Assessorato Regionale della Salute con nota n. 65984 del 07/02/2024 ASP PA (**allegato A7**), ha approvato e adottato:
 - la Relazione del Risk Assessment anno 2024;
 - il Piano Annuale di Audit 2024;
- ✓ con deliberazione n. 454 del 11/04/2024 (**visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**) ha integrato la Relazione del *Risk Assessment* anno 2024 e il Piano Annuale di Audit 2024 approvato e adottato con deliberazione n. 182 del 06/02/2024, trasmesso con nota n. 188268 del 16/04/2024 ASP PA (**allegato A8**) all'Assessorato Regionale della Salute;
- ✓ con nota 418008 del 09.09.2024 (**allegato A9**) che sostituisce la nota prot. 228097 del 12.07.2023, viene nominata la dott.ssa Silvana Gugliotta, quale referente aziendale PAC;
- ✓ con nota n. 502565 del 25.10.2024 (**allegato A11**) l'Azienda ha trasmesso all'Assessorato alla salute la deliberazione n. 581 del 24.10.2024 contenente la nomina:
 - del Coordinatore del Gruppo di Lavoro per l'attività di Internal Audit (Dott. Salvatore Bellomo, precedentemente individuato con nota n. 21472 del 04/03/2021);
 - del Referente della funzione di Internal Audit (Dott. Angelo Alessio Nicchi, precedentemente individuato con nota n. 777544 del 28/03/2023);
 - del personale di supporto alla funzione di I.A., componenti del Gruppo di Lavoro (Dott. Luca Iacolino, Dott. Rosario Oliveri, Dott.ssa Alessia Bologna);
- ✓ con nota n. 502565 del 25.10.2024 (**allegato A11**) l'Azienda trasmette all'Assessorato alla Salute la deliberazione n. 582 del 25.10.2024 contenente l'adozione del Piano Straordinario 2025;

In particolare, l'ASP di Palermo al fine di superare le criticità in atto relative al raggiungimento della certificabilità di bilancio, ha messo in atto tutte le misure e gli strumenti necessari a risolvere le stesse ed in particolare:

- ✓ l'adozione delle nuove Procedure PAC:
 - Delibera n. 1598 del 17/10/2023 di adozione delle Procedure PAC Area A "Generale", ed Area D "Immobilizzazioni",
 - Delibera n. 1756 del 14/11/2023 di adozione delle Procedure PAC Area G "Disponibilità liquide" ed Area I "Debiti e Costi" - Procedura Azioni I5 - Ciclo del Personale Dipendente, assimilato e convenzionato,
 - Delibera n. 1956 del 14/12/2023 di adozione delle Procedure PAC Area H "Patrimonio Netto" ed Area E "Rimanenze",
 - Delibera n. 274 del 27/02/2024 di adozione della Procedura PAC Area I – "Debiti e Costi".
- ✓ l'adozione di svariate delibere, note, circolari e riunioni operative, al fine di realizzare un monitoraggio costante e analitico.
- ✓ l'adozione del Piano delle Azioni Correttive 2024 (**allegato A10**) trasmesso con nota prot. n. 46187 del 03.10.2024 alle articolazioni aziendali, sulla base delle criticità emerse;
- ✓ con nota prot. 502533 del 25.10.2024 (**allegato A12**), ha richiesto alle strutture e articolazioni aziendali l'individuazione di un referente I.A. e PAC per ogni singola macrostruttura;
- ✓ dal mese di settembre 2024 sono iniziati gli audit previsti nel Piano di Audit 2024 e le attività di monitoraggio, con riferimento al 2° semestre, che si sono conclusi a dicembre 2024.

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, l'Azienda, ha indetto avvisi di selezione interna per l'attribuzione della titolarità delle nuove UU.OO.CC.

Per la titolarità dell'UOC Programmazione Controllo di Gestione è stato nominato il Dott. Salvatore Bellomo quale Coordinatore del Gruppo di Lavoro Internal Audit, come comunicato all'Assessorato della Salute con nota ASP n. 21472 del 04/03/2021.

Il Gruppo di lavoro, costituito con nota n.1419 del 26/06/2020 e aggiornato con delibera 581 del 24.10.2024, a oggi è composto dal Dirigente Coordinatore del Gruppo, dal referente aziendale, da n.2 Collaboratori Amministrativi professionali e da un dirigente farmacista.

Inoltre, ogni macrostruttura aziendale ha individuato un referente I.A. per area di competenza.

3. Il Manuale di Internal Audit

Il Manuale di Internal Audit, adottato 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, lo stesso 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 avvenga, tenuto conto dell'effetto dei controlli aziendali esistenti e della percezione acquisita in merito agli stessi all'esito delle attività di auditing sino a 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. 528 del 22/05/2024:

- A - Area Generale
- D - Area Immobilizzazione
- E - Area Rimanenze

- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

5. Il Piano annuale di Internal Audit 2024

Il Piano di Audit, predisposto dalla funzione di Internal Audit e adottato con deliberazione n. 182 del 06/02/2024 (visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci) è stato trasmesso con nota n. 65984 del 07/02/2024 ASP PA (allegato A7) all'Assessorato Regionale della Salute e con deliberazione n. 454 del 11/04/2024 (visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci) è stato integrato e, modificando la deliberazione precedente, trasmesso con nota n. 188268 del 16/04/2024 ASP PA (allegato A8) all'Assessorato Regionale della Salute.

Il Piano di audit adottato ha definito le azioni e/o procedure da verificare nell'ambito dell'anno 2024 e ha individuato le correlate Strutture interessate dall'attività di audit.

Nella formulazione del Piano 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 (tra le altre) 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 successivi.*

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

- degli audit il cui esito nel 2023 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 (*cf. allegato A1*), ha richiesto, altresì, la produzione di uno schema riportante le strutture da auditare/auditare, riproposto con nota 56299 del 19/12/2024(*cf. allegato A5*), come di seguito riportato, da trasmettere con la griglia e alla relazione di accompagnamento:

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

7. La Relazione intermedia e finale di internal audit.

Come richiesto dall'Assessorato della Salute con nota n.11786 del 28/02/2020 (*cf. allegato A1*) e con nota 56299 del 19/12/2024 (*cf. allegato A5*) per il 2° semestre 2024 è stata prevista la scadenza del 17 Gennaio 2025 per produrre:

- la Relazione di Internal Audit al 31/12/2024 e sezione sullo stato di avanzamento del Piano delle Azioni Straordinario;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti al 31/12/2024;
- il Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 31/12/2024;
- l'Elenco referenti PAC per funzione al 31/12/2024;
- 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 G.d.I. Internal Audit 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.

15 gennaio 2025

Il Referente Aziendale Internal Audit
Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Referente Aziendale PAC
Dr.ssa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit"

Dr. Salvatore Bellomo

Il Direttore Amministrativo
Dr. Ignazio Del Campo

Il Direttore Sanitario
Dr. Antonino Levita

Il Direttore Generale
Dott.ssa Daniela Faraoni

ALLEGATI

allegato A1	nota n.11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2	nota n. 30170 del 26/06/2024 Assessorato della Salute
allegato A3	nota n. 15512 del 03/04/2024 Assessorato della Salute
allegato A4	nota n. 44694 del 09/10/2024 Assessorato della Salute
allegato A5	nota n. 56299 del 19/12/2024 Assessorato della Salute
allegato A6	nota n. 347279 del 19/07/2024 ASP PA
allegato A7	nota n. 65984 del 07/02/2024 ASP PA
allegato A8	nota n. 188268 del 16/04/2024 ASP PA
allegato A9	nota n. 418008 del 09.09.2024 ASP PA
allegato A10	nota n. 46187 del 03.10.2024 ASP PA
allegato A11	nota n. 502565 del 25.10.2024 ASP PA
allegato A12	nota n. 502533 del 25.10.2024 ASP PA
allegato B1	Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2024
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2024
Atti citati	



Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Responsabile PAC

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2024

Aggiornata al 31/12/2024

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con nota n.11786 del 28/02/2020 (*cf. All. A1*) e con nota 56299 del 19/12/2024 (*cf. All. A5*) per il 2° semestre 2024 ha richiesto la compilazione della griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit (**allegato B2**) aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 31/12/2024.

La presente relazione accompagna la citata griglia.

2. Modalità di realizzazione delle attività di Internal Audit

Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono state complessivamente conformi alla programmazione (**PARTE A**) effettuata nell'ambito del piano di audit 2024, per il primo semestre 2024.

3. Esito delle verifiche

Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A. intende illustrare in modo dettagliato gli esiti delle verifiche audit del II semestre 2024, nonché 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 espone sull'esito delle verifiche delle procedure aziendali poste in essere fino al 31/12/2024, 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).

Nel corso del 2° semestre 2024 **sono state auditate nr. 68 Strutture aziendali** delle 92 da auditare (come da Piano di Audit 2024, approvato con le deliberazioni n. 182 del 06.02.2024 e n. 454 del 11/04/2024), pari, quindi, al 74%.

Di queste 68 strutture, nr. 18 strutture aziendali sono state oggetto di *follow-up* di audit, come dettagliato nell'allegato B1.

3.1 Esito delle verifiche di Follow-up

Coerentemente con quanto previsto dal Piano di Audit 2024, nel corso del II semestre 2024 sono state effettuate le seguenti verifiche di follow-up.

3.1.1. Verifiche di follow-up con esito "positivo"

AREA RIMANENZE

Area PAC E4 - AZIONE E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"

Follow - up del 20/09/2024 – UOC Approvvigionamenti

Sintesi Audit: le attività di cui all'area oggetto di verifica sono realizzate ai sensi della Procedura Aziendale adottata con delibera n. 1956 del 14/12/2023; infatti il Direttore della UOC Approvvigionamenti, in collaborazione con i Direttori delle UOC Coordinamento Amministrativo, definisce le procedure per l'esecuzione di inventari fisici periodici, svolti con cadenza annuale unitamente ad attività di verifica delle giacenze anche infrannuali tuttavia, quest'ultime, non formalizzate.

Per ogni magazzino di competenza dell'UOC Approvvigionamenti è stato designato un referente assistito, nelle attività di conta, da personale Dussmann.

A seguito della documentazione ottenuta (fogli di conta casermaggio, esistente in magazzino al 28.12.2023, le estrazioni al 28.12.2023 riportanti il valore totale di magazzino e il verbale inventario per ognuno dei tre magazzini) emerge la corretta predisposizione di un programma di lavoro per la rilevazione inventariale al 31 dicembre e la corretta individuazione dei coordinatori del processo e partecipanti alla conta, i quali utilizzano metodi di conta conformi.

Altresì l'archiviazione e la conservazione della documentazione permettono di ripercorrere tutto il processo di rilevazione inventariale di fine anno.

AREA CREDITI E RICAVI

AZIONE F1.11 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (F1.2, F1.4, F1.6, F1.8 e F1.10)"

Follow – up (azioni F1.8 –F1.10) del 26/09/2024 - UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Ai sensi della procedura aziendale adottata con Delibera n. 274 del 27.02.2024, da *inquiry* è emerso che l'UOC oggetto di verifica gestisce direttamente il processo di registrazione contabile del ricavo e del credito associato a ciascuna fattura emessa e, in caso di IVA dovuta, la stessa provvede al relativo versamento entro il 16 del mese successivo all'emissione.

Periodicamente, l'UOC verifica lo stato dei crediti non riscossi e procede con i solleciti, trasmettendo eventualmente i casi irrisolti all'UOC Legale per l'avvio delle procedure coattive.

Mentre le informazioni concernenti le prestazioni a pagamento, compresi i contratti, i codici, le descrizioni delle prestazioni e le tariffe, sono inserite nel sistema informativo aziendale. Tali dati alimentano le chiavi contabili per garantire la corretta gestione contabile e il tracciamento dei flussi finanziari.

L'UOC oggetto di verifica, in collaborazione con le altre macrostrutture aziendali, verifica che i dati siano congrui e che le prestazioni siano correttamente contabilizzate.

Infine si rileva che, alla chiusura dell'esercizio contabile, l'UOC si assicura che tutti i crediti e ricavi siano correttamente rilevati, anche per le prestazioni effettuate entro il 31 dicembre senza emissione di fattura, registrando i relativi crediti e le fatture da emettere.

Con riferimento alle Azioni in oggetto, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicava che, nonostante non si sia proceduto ad una mappatura specifica delle prestazioni erogate a pagamento e delle strutture aziendali coinvolte, i dipartimenti e le UOC che eseguono prestazioni a pagamento, per le quali è necessario emettere fatture attive sono relative a prestazioni rese dal Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento farmaceutico e alle UU.OO.CC. Medicina legale e fiscale e Patrimonio. Di contro emergeva che non sono soggette a fatturazione le prestazioni rese dai Dipartimenti di prevenzione veterinario e Diagnostica di laboratorio.

Infine, a proposito dei tempi di trasmissione della documentazione ai fini dell'emissione della fattura, da parte delle strutture competenti, emerge che trimestralmente, in occasione della produzione dei CE trimestrali, la UOC Bilancio e programmazione effettua una comunicazione indirizzata a tutti i Dipartimenti e le UOC che erogano prestazioni a pagamento evidenziando la necessità di ottenere la documentazione entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento.

Tuttavia, nonostante esito positivo della verifica si è raccomandato, entro il mese di gennaio, di procedere a una mappatura specifica e formalizzata internamente delle prestazioni erogate a pagamento e dei dipartimenti al fine di consentire all'UOC di eseguire controlli e richiedere la trasmissione della documentazione a supporto dell'emissione con cadenza mensile entro i primi giorni del mese successivo a quello di riferimento della prestazione erogata, in modo tale che si renda possibile procedere all'emissione e invio su piattaforma SDI della fattura entro il 16 del mese successivo.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5"

Follow – up del 13/11/2024 – UOC Ospedalità Pubblica e Privata

Relazione Internal Audit al 31-12-2024

Sintesi Audit: la verifica audit presso l'UOC in oggetto analizza le attività svolte dalla stessa soprattutto a proposito della fase di accreditamento, per i requisiti oggettivi, svolta mediante elenchi del servizio competente dell'Assessorato della Salute e dal personale dell'UOC Accreditamento. L'UOC Ospedalità pubblica e privata, in base agli aggregati stabiliti dal Decreto assessoriale e in seguito a negoziazione, assegna un budget alle strutture private per le diverse tipologie e categorie di conto, per cui si segnala la corretta aderenza alle procedure aziendali di riferimento.

Tuttavia, nonostante l'esito positivo assegnato alla verifica, dall'intervista svolta con i referenti aziendali e dalla documentazione acquisita sono emerse delle complessità a livello di processo operativo, che non sono esclusivamente imputabili alla Struttura oggetto di verifica. In particolare, con riferimento al Decreto di assegnazione delle risorse per l'acquisto di prestazioni da privato per l'anno 2024 è emerso che, a causa della tardiva adozione del decreto effettuata nel mese di agosto 2024, gli obiettivi, inseriti all'interno dei contratti con le Case di Cura Private accreditate, peraltro richiesti dal Decreto stesso, hanno una limitata efficacia poiché definiti ad anno in gran parte trascorso.

Inoltre, per la stessa causa è stato inevitabile rideterminare il budget in dodicesimi inizialmente previsto con l'assegnazione provvisoria, con conseguente criticità a livello di rendicontazione e liquidazione.

Infine, l'adozione tardiva del budget per l'anno 2024 ha causato una criticità a livello operativo con il sistema amministrativo in quanto alla definizione del nuovo aggregato di spesa per l'anno 2024, sono stati variati, a sistema, le relative autorizzazioni di spesa e gli ordini ad esse riferibili.

Il G.d.I. Internal Audit, nel prendere atto delle azioni attuate dalla Struttura, per ovviare ai temi sopra descritti, ha ritenuto necessario chiedere di avviare, con cadenza predefinita, interlocuzioni con gli Uffici competenti dell'Assessorato al fine di giungere con tempestività a un aggregato di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato più puntuale possibile, rendendo così, il processo di gestione di tali fattispecie, più fluido.

Il Direttore della Struttura ha segnalato che, in sede di rendicontazione, non è più prevista la trasmissione della fattura pro forma da parte delle Case di Cura private accreditate. In luogo delle fatture sono direttamente trasmessi i rendiconti delle prestazioni erogate con i relativi elenchi utili all'effettuazione dei controlli amministrativi e, in seguito questi, sono emesse direttamente le fatture.

Per quanto sopra descritto, si è ritenuto necessario chiedere alla struttura la trasmissione della fattura pro forma, nonostante questa non fosse più prevista, al fine di un'eventuale riconciliazione dei saldi a seguito dei controlli amministrativi.

Infine, con riferimento al campione selezionato dall'Assessorato della Salute, relativo all'anno 2023, utile al monitoraggio della qualità delle prestazioni, il Gruppo di Lavoro, nel prendere atto delle azioni attuate dalla Struttura, ha richiesto di avviare, con cadenza predefinita, interlocuzioni con gli Uffici competenti dell'Assessorato al fine di addivenire, nei tempi previsti, ad un campione di verifiche aggiornato così da eseguire un controllo sulla qualità delle prestazioni in linea con quanto previsto dal P.A.C.A.

Il G.d.I. Internal Audit si è riservato di eseguire ulteriori interventi, da pianificare secondo Piano annuale di Audit nell'anno 2025, al fine di verificare eventuali miglioramenti nel processo operativo sopra descritto.

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

Follow – up del 30/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione e UOC Legale

Sintesi Audit: L'audit è stato svolto con una verifica documentale e un'intervista diretta al personale della UOC. Dall'analisi della documentazione a supporto connessa al processo di liquidazione di fatture pervenute da legale esterno non sono emersi rilievi. La liquidazione è effettuata a sistema previa emissione dell'attestazione con ordine di servizio. I pagamenti in favore di legale esterni sono pubblicati sul sito aziendale.

Follow – up del 13/11/2024 – UOC Ospedalità Pubblica e Privata

Sintesi Audit: L'audit è stato svolto a mezzo verifica documentale e intervista diretta al personale della UOC. Dall'analisi della documentazione a supporto connessa al processo di liquidazione delle strutture di competenza dell'UOC oggetto di verifica non sono emersi rilievi tali da compromettere il raggiungimento degli Obiettivi P.A.C.

Azione I4.6 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.1 e I4.5"**Follow – up (I4.5) del 30/10/2024 – UOC Programmazione e Bilancio e UOC Legale**

Sintesi audit: La verifica audit evidenzia la corretta applicazione della Procedura Aziendale, adottata con delibera n. 274 del 27/02/2024, ove l'UOC Bilancio e Programmazione e l'UOC Legale gestiscono l'ottemperanza alle diverse ordinanze di assegnazione giudiziaria emesse dall'Autorità Giudiziaria, variabili in base alle procedure e modalità operative previste. Alcune di queste ordinanze derivano dai contenziosi trattati secondo la Procedura aziendale per la quantificazione degli oneri da accantonare a fondo rischi, cui si rimanda per ulteriori dettagli.

Il Tesoriere, ricevuta l'ordinanza come titolo esecutivo, provvede al pagamento dell'importo a carico della cassa aziendale e ne dà comunicazione all'UOC Bilancio e Programmazione, che a sua volta richiede alla UOC Legale la predisposizione di un atto formale di regolarizzazione contabile della spesa. In seguito, è emesso un ordinativo di pagamento per la regolarizzazione del sospeso di Tesoreria.

Qualora per il contenzioso sia già stato eseguito un accantonamento a fondo rischi, l'esborso è contabilizzato sui conti corrispondenti.

Follow – up (I4.1 – I4.3) del 14/11/2024 – UOC Programmazione e Bilancio

Sintesi audit: Il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione ha comunicato che, a chiusura di anno solare, chiede alle articolazioni aziendali competenti un report contenente le bolle di consegna e le attestazioni di avvenuto servizio privi di relativa fattura agganciata. In questo modo si può garantire un tracciamento tra ordine NSO, movimento di carico e ordini NSO evasi senza aggancio alle relative fatture. Inoltre, in sede di chiusura del bilancio, il sistema amministrativo contabile permette di eseguire l'estrazione degli ordini, visualizzando le fattispecie sprovviste di fattura, in modo da effettuare la relativa scrittura *costo @ fatture da ricevere*.

Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica il gruppo di lavoro I.A ha richiesto ed ottenuto la seguente documentazione:

- Mastrino conto "Fatture da ricevere (automatico)" al 12.11.2024: si acquisisce il mastrino relativo al conto 2.04.07.02.91 ove si evince un'apertura saldo pari a 88.628.264,05 € e un saldo al 12.11.2024 pari a 1.653,19 €;
- Mastrino conto "Doc. da ricevere Specialisti convenzionati esterni" al 12.11.2024: si acquisisce il mastrino relativo al conto 2.04.07.01.98 ove si evince un'apertura saldo pari a 13.587.098,89 € e un saldo al 12.11.2024 pari a 12.566.835,84 €;
- Mastrino conto "Fatture da ricevere Case di Cura" al 12.11.2024: si acquisisce il mastrino relativo al conto 2.04.07.01.84 ove si evince un'apertura saldo pari a 19.242.669,78 € e un saldo al 12.11.2024 pari a 13.154.520,12 €;
- Mastrino conto "Sopravvenienze passive per acquisti beni e servizi" al 31.12.2023: si acquisisce il mastrino del conto 8.02.02.03.17 ove si evince un saldo al 31.12.2023 pari a 3.312.838,65 €;
- Mastrino conto "Sopravvenienze passive per acquisti beni e servizi" al 12.11.2024: si acquisisce il mastrino relativo al conto 8.02.02.03.17 ove si evince un saldo al 12.11.2024 pari a 183.395,09 €;
- Adempimenti chiusura bilancio di esercizio 2023: si acquisisce nota prot. n. 115002/2024 del 05.03.2024 con la quale i referenti del Dipartimento Risorse Tecnologiche Finanziaria e Strutturali rappresentano talune informazioni ed adempimenti contabili utili e necessari al fine di procedere alla chiusura del Bilancio d'esercizio 2023;
- Esempio fattura 2024 con ordine 2023: dal presente ITEM documentale si evince come la fattura n.1724013475 del 30.01.2024, per un importo pari a 707,20 €, riferita all'ordine IV7BF2 – 2023 – 18116 del 30.11.2023 per corrispondente importo, pertanto, una fattura ricevuta nell'anno 2024 ma di competenza 2023 viene registrata nel conto Fatture da ricevere;
- Esempio fattura e ordine 2023 con registrazione 2024: in questa fattispecie con fattura datata 2023, ordine riguardante il 2023 ma registrazione della fattura nell'anno 2024 come per il caso soprariportato la registrazione è imputata al conto Fattura da ricevere;
- Esempio fattura competenza anno precedente con aggancio a ordine di servizio imputata a sopravvenienza passiva;

- Esempio fattura competenza anno precedente senza ordine NSO imputata a fattura da ricevere;
 - Esempio fattura competenza anno precedente senza ordine NSO imputata a sopravvenienza passive.
- Attraverso la verifica e l'analisi della documentazione acquisita, il processo è aderente alla procedura.

Azione I6.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (di cui all'azione PAC I6.1)"

Follow – up del 13/11/2024 – UOC Ospedalità Pubblica e Privata

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo alla UOC oggetto di verifica.

Azione I8.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I8.3"

Follow – up del 05/11/2024 – UOC Bilancio e Programmazione – UOC Programmazione, Controllo di Gestione

In sede di riunione è emerso che a differenza delle precedenti verifiche, nel caso in cui sono stabiliti specifici tetti di spesa da parte dell'Assessorato della Salute tramite specifico D.A., in sede di assegnazione, viene accordato il 100% del budget. Per le restanti fattispecie, come è emerso nelle precedenti verifiche, prima dell'adozione del Bilancio di Previsione viene accordato il 70% del valore distribuito nell'anno precedente e il residuo 30% (ITEM 1) verrà autorizzato successivamente con specifica richiesta di integrazione da parte delle strutture interessate. Inoltre, emerge che l'UOC Programmazione, Controllo di Gestione informa l'UOC Bilancio e Programmazione in merito all'assegnazione provvisoria dei budget, al fine di accertare l'effettiva capienza dei conti economici associati, con particolare riferimento ai casi di richieste d'integrazione che superano la determinazione contenuta nel precedente Bilancio di previsione. Di contro, i Direttori delle UOC oggetto di verifica evidenziano che, in caso di richiesta d'integrazione budget che supera quanto stanziato in sede di previsionale, sarà necessario richiedere un'autorizzazione alla Direzione Strategica aziendale.

Su tale aspetto il G.d.I. Internal Audit ha ritenuto necessario che la predisposizione dei budget da assegnare avvenisse attraverso una valutazione incrociata dei consumi storici con le effettive richieste avanzate dalle articolazioni aziendali.

Con riferimento al tema emerso nel corso delle precedenti verifiche circa l'opportunità di identificare gli stanziamenti da assegnare alle strutture sulla base dei consumi in attesa della completa implementazione della contabilità analitica, i referenti da un lato comunicano che, alla data di verifica, tale attività non è stata istituita ma che, al fine di ovviare a questa situazione, sono in atto delle iniziative di sensibilizzazione e monitoraggio, anche attraverso l'istituzione di Obiettivi di performance organizzativa inerenti il consumo del 100% del budget assegnato alle diverse articolazioni aziendali, affinché le stesse provvedano a richiedere lo storno delle somme inutilizzate, o presunte tali, al 31.12, questo anche per facilitare l'UOC Programmazione, Controllo di Gestione nella gestione delle eventuali autorizzazioni in sofferenza (questo emerge dalla documentazione acquisita).

Inoltre, per quanto concerne il monitoraggio periodico del consumo delle risorse autorizzate l'UOC Programmazione, Controllo di Gestione trasmette trimestralmente alla UOC Bilancio e Programmazione il report del consumo delle sub-autorizzazioni per conti economici, tale reportistica risulta estraibile dal sistema amministrativo contabile (documentazione acquisita in sede di verifica).

A tal proposito emerge che in taluni casi, con particolare riferimento alla distribuzione di farmaci, tali report non sono esaustivi per l'effettiva quantificazione del consumo del budget, poiché le registrazioni delle movimentazioni di magazzino (carico e scarico) non sono sempre gestite in maniera ottimale.

Inoltre, al fine di sanare la criticità rilevata in precedenza, relativa alla mancata visualizzazione dei consumi da parte dell'UOC Programmazione, Controllo di Gestione, è stata istituita una specifica reportistica da sistema amministrativo, estraibile dalla sopra indicata struttura, con indicazione dei consumi riconducibili alle sub-autorizzazioni rilasciate. Su tali aspetti, al fine di garantire la piena *compliance* con gli Obiettivi PAC, si è chiesto di implementare il sistema di contabilità analitica nel più breve tempo possibile in modo da

estrarre le informazioni ai fini della predisposizione dei budget direttamente da sistema ed in maniera coerente rispetto agli utilizzi effettuati dalla totalità delle strutture aziendali.

In merito alle tempistiche di adozione del Bilancio di Previsione, l'UOC Bilancio e Programmazione rappresentava che la scadenza a livello normativo è il 31 dicembre, ma lo stesso è adottato entro il 16 febbraio.

Infine, per ciò che riguarda i dati di CE, il Direttore dell'UOC Bilancio e programmazione, ha riferito che trimestralmente trasmette, consuntivo e previsionale al fine di predisporre l'attività di negoziazione e chiusura dei CE trimestrali (così come da documentazione acquisita).

Nonostante l'esito positivo assegnato alle strutture oggetto di verifica riconducibile allo sforzo profuso dalle stesse attraverso l'istituzione di specifico monitoraggio dei conti economici non movimentati e interlocuzioni formalizzate finalizzate a ottimizzare l'assegnazione delle risorse, si sono ugualmente assegnate specifiche azioni correttive; per cui, in sede di assegnazione budget annuale, il G.d.I. Internal Audit ha ritenuto necessario chiedere, alle strutture, di effettuare una valutazione incrociata circa i consumi storici delle relative autorizzazioni di spesa rapportandola con l'effettiva richiesta di assegnazione presentata dalla struttura in questione, implementando il sistema di contabilità analitica nel più breve tempo possibile.

Circa le somme inutilizzate e vincolate a un'autorizzazione si è raccomandato, ad esito del I semestre di ogni anno, di avviare specifiche interlocuzioni formali con le strutture interessate, così da verificare se le somme assegnate e ancora non autorizzate sono frutto della mancanza del caricamento di taluni contratti e/o della registrazione di entrate merci oppure se effettivamente queste somme non risultano "impegnate".

A tal proposito, il G.d.I. Internal Audit ha invitato le strutture a provvedere in tempi utili alla registrazione di contratti e/o entrate merci, per quanto riguarda la prima fattispecie, mentre nel secondo caso avviare un'attività di "riassegnazione interna" del budget entro la chiusura del bilancio d'esercizio, così da garantire disponibilità economica a quelle autorizzazioni che risulta in "sofferenza"; con riferimento, invece, alla predisposizione del Bilancio Previsionale si invitavano le strutture ad adeguarsi alla normativa vigente, avendo cura di adottare il Bilancio di Previsione entro i termini previsti (31 dicembre), in modo da, eventualmente, rettificare in un secondo momento la delibera di adozione dopo le interlocuzioni con l'Assessorato della Salute.

3.1.2 Verifiche di follow-up con esito "con riserva"

AREA RIMANENZE

AZIONE E1.9 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5

Follow – up del 20/09/2024 – UOC Approvvigionamenti

Sintesi Audit: Ai sensi della Procedura Aziendale adottata con delibera n. 1956 del 14/12/2023, il Direttore della UOC Approvvigionamenti, in collaborazione con i Direttori delle UOC Coordinamento Amministrativo, definisce l'esecuzione di inventari fisici periodici, svolti con cadenza annuale.

Nel corso della verifica è emerso che sono stati regolarmente eseguiti gli inventari per tutti i magazzini e per garantire l'accuratezza delle operazioni, le movimentazioni di magazzino erano state sospese, come comunicato a tutte le parti interessate tramite una nota contenente le istruzioni operative e le date di conclusione. Le attività di carico e scarico saranno riattivate, al completamento delle operazioni di *roll forward* per allineare le giacenze fisiche rilevate con quelle registrate al 31 dicembre.

Le attività di conta sono assegnate a referenti diversi da quelli dei rispettivi magazzini, garantendo così la segregazione delle funzioni e, al termine delle operazioni, la documentazione inventariale, comprensiva dei verbali di conta, sarà trasmessa ai responsabili di ciascun magazzino, che avranno provveduto all'allineamento a sistema tramite scarichi fittizi.

La chiusura dell'inventario nel sistema amministrativo contabile avviene correttamente.

La gestione dei cespiti destinati alle strutture ordinanti avviene in modo conforme.

Il referente del magazzino registra correttamente i cespiti nel sistema amministrativo contabile tramite l'imputazione dell'entrata merce e il cambio di ubicazione dei cespiti è effettuato al momento della consegna al destinatario, seguendo il codice assegnato dal sistema per ciascun'immobilizzazione.

Per ogni magazzino di competenza dell'UOC Approvvigionamenti è designato un referente, confermando la corretta segregazione delle funzioni, e per quanto concerne le attività all'interno dei magazzini (casermaggio, igiene e pulizia e cancelleria), i referenti degli stessi sono coadiuvati da personale Dussmann. Per quanto concerne le attività di carico e scarico a sistema dei beni, quest'ultima attività, è di competenza dei referenti di magazzino.

Infine, da *inquiry* emerge che la struttura compie delle attività di verifica delle giacenze anche infrannuali, tuttavia non formalizzate.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alle Azioni concernete l'area PAC E1.9, nel prendere atto dello svolgimento delle attività infrannuali di verifica delle giacenze e del miglioramento circa le attività inventariali, al fine di raggiungere una piena *compliance* con la procedura, si è chiesto alla struttura di programmare attività inventariali con cadenza almeno semestrale nonché formalizzare le stesse tramite la stesura di un verbale di inventario.

Azione E2.6 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1"

Follow – up del 24/09/2024 – UOC Approvvigionamenti

Sintesi Audit: dalla verifica, svolta ai sensi della procedura aziendale adottata con delibera n. 1956 del 14/12/2023, le movimentazioni sulle estrazioni dei carichi e scarichi fornita dalla Struttura alla data di verifica, per i magazzini di propria competenza, sono registrate sino al 15.08.2024.

Si è provveduto ad una analisi documentale e procedurale per singolo magazzino per cui con riferimento al **Magazzino di Cancelleria**, il gruppo di lavoro I.A, ha richiesto l'estrazione dei carichi a sistema dal 01.01.2024 al 20.09.2024. In particolare, dall'analisi svolta si è rilevato che nel suddetto periodo di riferimento sono 64 i movimenti di carico da ordine, di cui 60 registrati a sistema entro i 15 gg dalla data del DDT e 4 (solo il 6%) registrati a sistema oltre i 15 gg fino ad un massimo di 106 gg, ritardi, questi, mediante la documentazione richiesta ed ottenuta, è stata data una giustificazione tecnicamente accettabile.

Con riferimento al **Magazzino di Igiene e Pulizia**, il gruppo di lavoro I.A, ha provveduto ad ottenere l'estrazione dei carichi a sistema dal 01.01.2024 al 20.09.2024. In particolare, dall'analisi svolta è emerso che, nel suddetto periodo di riferimento, sono 83 movimenti di carico da ordine, di cui 76 registrati a sistema entro i 15 gg dalla data del DDT e 7 (8%) registrati a sistema oltre i 15 gg fino ad un massimo di 499 gg.

A tal proposito il gruppo di lavoro IA ha ottenuto la seguente documentazione:

- Documentazione carico n. 52 del 01.02.2024, da cui emergeva che il suddetto movimento di carico risulta registrato con un ritardo di 27 gg rispetto alla data del DDT, tuttavia dalla documentazione acquisita non sono emerse particolari criticità stante che all'interno del movimento di carico, nonché la relativa schermata AREAS, e all'interno del DDT viene riportato lo stesso riferimento ordine MOUXAG-2024-11 e lo stesso riferimento del DDT 470200005 del 05.01.2024, dalle note inserite all'interno del movimento di carico si evince che la merce di cui al citato DDT è stata pervenuta in data 31.01.2024 mentre la bolla risulta emessa quando la merce è stata spedita dall'Azienda;
- Documentazione carico n. 1000 e 1002 del 31.07.2024: si rilevava che i suddetti movimenti di carico risultano registrati con un ritardo di 499 gg rispetto alla data del DDT, in particolare si rilevava, dalle note all'interno dei movimenti di carico che la documentazione ai fini della registrazione è stata ottenuta in data successiva rispetto all'evento, tale ritardo risulta imputabile al pensionamento del referente che ha seguito tali lavori di manutenzione.

Infine, con riferimento al **Magazzino Generale di casermaggio**, il gruppo di lavoro IA, ha svolto una ispezione fisica all'interno del magazzino e ha provveduto ad ottenere l'estrazione dei carichi a sistema dal 01.01.2024 al 20.09.2024.

In particolare, dall'analisi svolta si rileva che nel suddetto periodo di riferimento sono 1058 movimenti di carico da ordine e 28 movimenti di carico non da ordine CARNORD, con riferimenti a questi ultimi si rileva che tutti i movimenti risultano registrati oltre i 15 gg fino ad un massimo di 1558 gg, da *inquiry* emergeva che tali movimentazioni di magazzino sono ascrivibili a servizi di competenza della UOC Gestione Informatica Aziendale che, non avendo un centro di costo dedicato, si "appoggia" al Magazzino Casermaggio, determinando così un ritardo che non è imputabile alla struttura oggetto di verifica.

Per quanto concerne i movimenti di carico da ordine emergeva che 872 movimenti risultano registrati entro i 15 gg dalla data del DDT mentre i restanti 185 (17%) risultano registrati a sistema oltre i 15 gg dalla data del DDT fino di 1399 gg.

Per quanto concerne il magazzino casermaggio, il gruppo di lavoro IA ha ottenuto la seguente documentazione, per analizzare la natura dei ritardi:

- Documentazione carico n.1163 del 20.06.2024, da cui emergeva che il movimento di carico risulta registrato con un ritardo di 132 gg rispetto alla data del DDT, dall'analisi documentale svolta si rilevava che l'ordine di riferimento era MUOXAG – 2023 – 16388 del 08.11.2023, tuttavia da intervista è emerso che, alcuni ordini datati 2023, a causa della migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile, sono stati duplicati nel 2024, infatti l'ordine di cui sopra è stato nuovamente ricreato nell'anno 2024 (MUOXAG – 2024 – 613). Infine, si segnala che il DDT è datato 09.02.2024 ma come si evince dalla documentazione acquisita, il verbale di collaudo, utile alla registrazione del movimento, è stato trasmesso in data 13.06.2024;
- Documentazione carico n.155 del 31.07.2024, per cui il suddetto movimento di carico era registrato con un ritardo di 82 gg dalla data del DDT; dall'analisi documentale svolta si rilevava che il movimento di carico si riferisce all'ordine MOUXAG-2024-678 del 09.05.2024 e al DDT n.2919 del 10.05.2024, e il verbale di collaudo, utile alla registrazione a sistema, è stato trasmesso in data 29.07.2024;
- Documentazione carico n.738 del 02.05.2024, da cui emergeva che il movimento di carico veniva registrato con un ritardo di 874 gg rispetto alla data del DDT.
Dall'analisi documentale svolta si rilevava che tale movimento di carico rientra nella fattispecie di ordini duplicati su AREAS, in questo caso risulta duplicato un ordine del 2021. Inoltre, è merce consegnata a magazzini periferici che hanno trasmesso la documentazione utile alla registrazione non tempestivamente;
- Documentazione carico n.929 del 30.05.2024, registrato con un ritardo di 603 gg, rientrava nella fattispecie di ordini duplicati su AREAS.

Inoltre, il gruppo di lavoro IA ha ottenuto esempi concernenti movimenti di carico e, analizzate talune fattispecie che presentavano dei ritardi, quest'ultimi erano imputabile al cambio del conto economico del materiale che è stato implementato con una nuova determina come da mail allegate;

Infine, emergeva che, al fine di adempiere alla procedura aziendale in relazione all'Azione PAC oggetto di verifica, ovvero la parte in cui si dice: *"all'inizio di ogni esercizio, successivamente alla fase di inventariazione e valorizzazione delle rimanenze è necessario eseguire una stima degli approvvigionamenti annui previsti"*, la Struttura oggetto di verifica utilizza l'estrazione da sistema amministrativo contabile dei consumi (come da documentazione acquisita).

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, non si può non prendere atto in premessa, dello sforzo profuso della Struttura oggetto di verifica al fine di mitigare i ritardi nella registrazione delle movimentazioni di magazzino, per cui si rappresenta, un miglioramento nella gestione delle movimentazioni di magazzino attraverso l'identificazione dei referenti per singolo magazzino, la formazione degli stessi all'utilizzo del sistema gestionale, l'inserimento di note giustificative all'interno del sistema amministrativo al fine di mappare le motivazioni dell'eventuale ritardo della registrazione o eventuali criticità in merito e l'inserimento attraverso l'archivio informatico della documentazione a supporto del movimento.

Inoltre, dall'analisi delle estrazioni delle movimentazioni di magazzino fornite dalla Struttura oggetto di verifica dalla quale sono emerse, alla data di verifica, registrazioni sino alla data del 15.08.2024, nel rilevare un miglioramento nella tempestività delle stesse e tenuto conto del periodo di ferie intervenuto nel mese di agosto, si è richiesto alla struttura di recuperare il caricamento delle registrazioni dei DDT al mese di settembre.

Inoltre, dalla documentazione acquisita si rileva che una buona parte delle pratiche registrate con eccessivi ritardi sono principalmente imputabili a fattispecie comuni e comunque non del tutto imputabili alla struttura, bensì alla necessità di duplicare a sistema gli ordini degli anni precedenti importati dal precedente sistema amministrativo contabile, alla merce consegnata a magazzini periferici che tardano nella trasmissione della documentazione utile alla registrazione del movimento di carico e ai carichi che non hanno un ordine collegato, denominati all'interno del sistema con la dicitura "CARNORD" e riconducibili ai servizi di competenza dell'UOC Gestione Informatica Aziendale che, non avendo attivato un magazzino informatico, transitano all'interno del Magazzino Casermaggio.

Alla luce delle considerazioni soprariportate, nel caso di merce consegnata a magazzini periferici, si è chiesto di sollecitare formalmente gli stessi a trasmettere entro un massimo di 5-7 gg la documentazione utile alla registrazione dell'entrata merci in modo da consentire una rilevazione sul sistema amministrativo contabile a stretto giro.

Mentre, al fine di ottimizzare il processo di registrazione delle movimentazioni di magazzino, s'invitava ad inserire specifiche tempistiche all'interno della procedura aziendale, in maniera tale da formalizzare le stesse e assegnare specifici obiettivi di performance individuale al personale aziendale competente.

Infine, per quanto concerne l'attività di stima del fabbisogno prevista dalla procedura aziendale, si è consigliato fortemente di formalizzare il processo tramite l'utilizzo dell'estrazione da sistema amministrativo dei consumi da effettuare almeno su base semestrale.

Azione E5.4 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (E5.1, E5.2 e E5.3)"

Follow – up del 20/09/2024 – UOC Approvvigionamenti

Sintesi Audit: Nel corso delle verifiche è emersa la necessità di gestire la merce obsoleta tramite file extra-contabile e di alimentare correttamente il software gestionale, al fine di visualizzare chiaramente lo stato dei beni (scaduti, in scadenza o obsoleti) nel magazzino di cancelleria.

Riguardo ai magazzini di casermaggio e igiene e pulizia, non si riscontrava il problema dell'obsolescenza poiché l'UOC Approvvigionamenti effettua acquisti basati sul fabbisogno di breve periodo indicato dalle diverse unità azienda.

In sede di riunione i referenti aziendali comunicano che per l'anno 2023 (la verifica è stata effettuata sulla chiusura di inventare al 01.01.2024) non risultano obsolescenze.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, si è preso atto dell'assenza di merce obsoleta all'interno dei magazzini di competenza della struttura, e il G.d.I Internal Audit ha raccomandato, sia nel caso di presenza di merce obsoleta che in assenza della stessa, di formalizzare questa informazione attraverso uno specifico *format*, da sottoporre alla firma del direttore dell'UOC oggetto di verifica, e trasmettere tale informazione all'UOC Bilancio e Programmazione per le attività di propria competenza.

AREA CREDITI E RICAVI

AZIONE F1.11 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (F1.2, F1.4, F1.6 e F1.8)"

Follow – up (F1.4 – F1.5) del 26/09/2024 - UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Con riferimento alle Azioni oggetto di verifica, il Direttore della struttura oggetto di verifica, nel confermare il processo operativo mappato negli scorsi audit, comunicava, quale aggiornamento circa le criticità in precedenza rilevate quanto segue:

- In merito all'iscrizione in contabilità dei ricavi da compartecipazione sanitaria e/o ALPI, il Direttore conferma che, alla data di verifica, le contabilizzazioni avvengono in conti economici dedicati, di cui sono state ottenute le estrazioni da sistema amministrativo contabile (come emerge dalla documentazione acquisita), e effettuate attraverso la registrazione di una prima nota contabile per il

totale degli incassi del periodo sulla base di quanto rilevato dalle singole casse ticket, senza tuttavia riportare il dettaglio del singolo utente.

Tale fattispecie è principalmente riconducibile dalla mancata integrazione tra il sistema gestionale HERO CUP e il sistema amministrativo-contabile. A tal proposito si prende atto che l'Azienda ha intrapreso delle interlocuzioni specifiche con la SW per avviare l'integrazione tra il sistema gestionale Hero CUP ed il sistema amministrativo contabile così da far confluire le singole fatture attive rilevate presso le casse CUP all'interno dei mastri di riferimento del sistema amministrativo contabile.

A tal proposito, il G.d.I. Internal Audit ha acquisito n. 1 pratica d'iscrizione dei ricavi per prestazioni ambulatoriali intramoenia per ripercorrere il processo di contabilizzazione dei ricavi relativi alla cassa del PTA Centro nel periodo 22.03.2024 – 28.03.2024.

Dall'analisi di tale pratica non sono emersi rilievi sulle attività messe in atto dalla struttura oggetto di verifica;

- Con riferimento alla mancata alimentazione del relativo registro IVA, pur trattandosi di prestazioni erogate in regime di esenzione IVA, le stesse rappresentano prestazioni non istituzionali, avente carattere commerciale e per le quali la tenuta del registro IVA è obbligo di legge.
Il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicava che alla data attuale sono stati istituiti i relativi registri IVA esenti, tuttavia, dall'analisi della documentazione ottenuta emerge che lo stesso non riporta esclusivamente le fatture derivanti da prestazioni in regime di esenzione rilevate dalle casse ticket, poiché, come detto, è generata un'unica nota contabile degli incassi giornalieri delle casse ticket senza il dettaglio per singolo utente;
- Per quanto riguarda la registrazione dei ricavi non associati al centro di costo del medico che ha erogato le prestazioni a ciascun utente, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica segnalava che tale criticità è riconducibile all'effettuazione massiva delle scritture contabili di integrazione dei costi (in particolare per quanto riguarda la quota di costo di competenza non ancora pagata al personale ALPI e la quota del fondo perequativo) sulla base di un file riepilogativo trasmesso dal Dipartimento Risorse Umane per il regime di convenzione libero professionale e ALPI.
Il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione segnalava altresì che l'invio dei dati extracontabili da parte del Dipartimento Risorse Umane scaturisce dalla mancata integrazione tra il sistema gestionale WHR ed il sistema amministrativo contabile e che, lo stesso file riepilogativo, non contiene l'informazione dei ricavi suddivisa per branca, poiché a seconda del tipo di ricavo si riconosce una percentuale diversa.
L'assenza di questo dettaglio informativo preclude la possibilità di eseguire la contabilizzazione analitica dei costi del personale ALPI e l'identificazione del CdC cui assegnare il ricavo per branca e il costo per medico;
- A proposito della mancata identificazione dei costi comuni, per i quali si consigliava di prevedere un meccanismo d'identificazione di tale fattispecie attraverso la costruzione di specifici driver di allocazione, il Direttore comunicava al G.d.I. Internal Audit che, nelle more di provvedere all'identificazione di specifici driver per l'individuazione dei "costi comuni" (quali per esempio superficie occupata per lo svolgimento dell'attività intramuraria o, nel caso in cui l'informazione possa essere reperita, i Kw utilizzati), e nonostante i costi diretti e indiretti siano ricompresi all'interno della tariffa riconosciuta per le prestazioni erogate, per l'identificazione di tali fattispecie ad oggi viene applicata la percentuale prevista dal regolamento, adottato con delibera n.123 del 05.02.2020, sia per i costi relativi all'IRAP del personale che per i costi comuni, ma afferma altresì che tale distinzione non viene riportata separatamente in contabilità generale;
- Con riferimento alle prestazioni intramoenia per CTU e CTP, il Direttore confermava, e il dettaglio emerge anche dalla documentazione acquisita, che il medico tramite mail ufficiale comunica alla UOC le prestazioni rese in qualità di CTP e/o CTU al tribunale e i provvedimenti di liquidazione emessi dal Tribunale a loro favore per le quali emettere fattura.
La UOC, in questi casi, predispone una richiesta di pagamento nei confronti del Tribunale con dettaglio dei compensi e dei provvedimenti di liquidazione ed emette la fattura indicando il nominativo del medico, il distretto di appartenenza, il codice ed alla quale viene allegata la lettera di incasso dal

tribunale. Contabilizzata la reversale, i distretti provvedono a liquidare al medico quanto riportato in fattura.

Tali fatture, a differenza delle prestazioni ALPI in regime ambulatoriale, transitano nel registro IVA.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC F1.4 ed F1.5, nel prendere atto dello sforzo profuso dalla Struttura oggetto di verifica per migliorare la rilevazione contabile delle fattispecie in esame e nell'evidenziare che le criticità emerse, e la relativa risoluzione, non sono esclusivamente ascrivibili alla stessa, in quanto trasversali a diverse articolazioni aziendali, il Gruppo di Lavoro ha raccomandato:

- con riferimento alle prestazioni ALPI in regime ambulatoriale, la necessità che in contabilità siano riflesse le fatture emesse dalle casse ticket, anche al fine di garantire la corretta e completa alimentazione del registro IVA;
- per quanto concerne la registrazione dei ricavi non associati al centro di costo del medico che ha erogato le prestazioni, si è chiesto di effettuare specifiche interlocuzioni con il Dipartimento Risorse Umane per ottenere, attraverso la trasmissione del file riepilogativo, il dettaglio informativo utile per la corretta associazione del ricavo al Centro di costo di riferimento.

In merito ai suddetti punti il Gruppo di Lavoro, inoltre, ha raccomandato di attuare, di concerto con la SW ed entro il mese di gennaio 2025, soluzioni percorribili sia per l'integrazione tra il sistema gestionale Hero CUP e il sistema amministrativo contabile, in modo da far confluire le singole fatture attive rilevate presso le casse CUP all'interno dei mastri di riferimento del sistema amministrativo contabile, sia con il sistema WHR per contabilizzare in maniera analitica i costi del personale intramoenia.

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

Azione G1.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2"

Follow – up del 09/10/2024 – UOC Approvvigionamenti

Sintesi Audit: Il referente della cassa economale, nel confermare il processo operativo descritto nei paragrafi precedenti, segnalava che nel corso dell'anno 2024 è stata assegnata una dotazione iniziale di € 45 mila per le spese economali unitamente ad una dotazione di € 28 mila per la liquidazione dei bolli auto aziendali. In particolare, da intervista ed analisi della prima nota di cassa è emerso che la dotazione annuale di cassa economale è stata erosa interamente nel corso del I trimestre 2024, con la necessità di effettuare n. 3 richieste di reintegro al fondo cassa e determinando le chiusure del rendiconto riepilogativo prima della scadenza del trimestre. Tale situazione è stata determinata prevalentemente dalle numerose richieste di acquisto di farmaci, sottoposte alla referente e al Direttore dell'UOC Approvvigionamenti con note a firma del Direttore del Dipartimento Farmaceutico. Tuttavia va specificato che i farmaci acquistati presentano il carattere dell'urgenza, spesso sono salvavita e le richieste sono tecnicamente motivate.

A tal proposito, a seguito delle doglianze del G.d.I. Internal Audit e vista la frequenza di tali acquisti, seppur rientranti all'interno del perimetro economico delineato dal regolamento, le Strutture hanno avviato delle specifiche interlocuzioni e proposte risolutive con la nota prot.524538 del 07.11.2024.

In ultimo, da un'analisi della documentazione, nel corso dell'anno 2024, sono state eseguite n. 2 richieste di pagamento a mezzo cassa economale per acquisti di importo superiore ad € 1.000 + IVA, tuttavia entrambe le spese, da analisi documentale risultavano indifferibili e di carattere straordinario, inoltre il direttore della UOC Approvvigionamenti, la fine di evitare il superamento della soglia consentita seppur all'interno delle spese consentite, comunicava con nota prot.524538 del 07.11.2024 che ha richiesto attivazione di carta di credito aziendale al fine di fronteggiare situazioni impreviste a mezzo di cassa economale.

Nondimeno, con riferimento alle rilevazioni delle movimentazioni di cassa economale, è stato rilevato un netto miglioramento nella tenuta della prima nota di cassa, evidenziando una tempestività nelle registrazioni effettuate a fronte dell'uscita di denaro. Di contro, da *inquiry* con la referente è emerso che, alla data di verifica, non sono state compiute le rilevazioni del fondo cassa iniziale per il pagamento dei bolli e le relative movimentazioni con la conseguente mancata redazione del rendiconto riepilogativo per l'anno 2024. Tuttavia, alla data del 04.12.2024 perviene alla scrivente funzione aziendale, ad integrazione, il giornale di cassa aggiornato con l'evidenza delle avvenute rilevazioni per il pagamento delle tasse di proprietà automobilistica.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, nonostante sia stato rilevato un processo adeguatamente strutturato di rilevazione e gestione della cassa economale da parte del referente aziendale, il Gruppo di Lavoro ha attribuito un esito "con riserva", poiché sono emerse alcune fasi non aderenti al regolamento, che evidenziano, pertanto, la necessità di individuare specifiche aree di miglioramento e/o implementazione volta a determinare una gestione più efficace ed efficiente della cassa economale centrale.

In particolare, riguardo alla costituzione del fondo cassa, si è chiesto di collaborare con la struttura competente per abilitare l'invio di notifiche, anche via e-mail, quando il fondo è accreditato o reintegrato presso l'istituto bancario.

Tale questione, affrontata anche in occasione della verifica, svolta presso l'UOC Bilancio e Programmazione, ha ottenuto un parere favorevole al riguardo.

Inoltre, a fronte delle numerose richieste urgenti di acquisto di farmaci, che, come detto, potrebbero comportare inefficienze economiche rispetto ad affidamenti a gare aziendali e/o gare CUC che offrono possibilità di risparmio a fronte dell'approvvigionamento di maggiori quantità, si è raccomandato, in primo luogo, di avviare specifiche interlocuzioni con il Dipartimento Farmaceutico. **Raccomandazione questa adottata.**

In secondo luogo, si suggerisce di valutare con la Direzione Aziendale e con il Dipartimento Farmaceutico l'eventualità di attivare specifica cassa economale dedicata al Dipartimento Farmaceutico, esclusivamente per acquisti in urgenza con importi inferiori alle soglie previste dal regolamento, ovvero formalizzare il percorso intrapreso oppure modificare il regolamento aziendale rendendo ancor più tracciabili determinati acquisti.

Ad integrazione della documentazione acquisita, sono stati richiesti, alla UOC Approvvigionamenti, almeno dieci relazioni (ovvero richieste di acquisto con a supporto piano terapeutico o per tipologie di farmaci per malattie rare) che giustificano l'acquisto in urgenza di farmaci a mezzo di cassa economale. **Integrazioni tempestivamente pervenute e che non hanno fatto emergere criticità.**

A proposito del fondo cassa economale per l'anno 2024 si osserva che, alla data del 4 ottobre 2024, dalla documentazione acquisita è transitato dalla cassa un importo pari a €148.773,21, corrispondenti a circa il 330% di quanto previsto per l'anno 2024.

Pertanto, si è raccomandato di eseguire valutazioni più puntuali per la determinazione del fondo cassa economale annuale.

Con riferimento agli acquisti effettuati oltre i limiti previsti dal regolamento Aziendale, la UOC oggetto di verifica sta mettendo in atto tutte le misure necessarie per evitare il ripetersi di queste, seppur rare fattispecie.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.1"

Azione I2.1 "Predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle operazioni che originano, modificano o estinguono il debito".

Follow – up del 14/11/2024 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: a seguito d'*inquiry* con il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione riguardo alla determinazione del fabbisogno aziendale, una volta collazionate tutte le istanze da parte delle articolazioni aziendali competenti, viene formulato un progetto di Bilancio di previsione al 30 Novembre dell'anno di competenza. Ad inizio anno, nelle more dell'approvazione del Bilancio di previsione, la U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione, distribuisce le somme previste attraverso i cc.dd. *budget* per adottare le autorizzazioni di spesa.

In questa fase l'U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione, in attesa dell'approvazione del Bilancio di previsione definitivo (prevista nel mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento), assegna il 70% del budget dell'anno precedente (come da nota prot. 4677793 del 22.12.2023 di assegnazione del budget 2024). Da *inquiry*, emergeva che i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione non effettuano un monitoraggio da sistema amministrativo contabile sull'effettivo consumo del *budget* assegnato da parte delle articolazioni Aziendali. Al riguardo i referenti della UOC Bilancio e Programmazione segnalavano che il

controllo sull'utilizzo del budget viene effettuato dalla UOC Programmazione, Controllo di Gestione. Inoltre, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica comunicava che è stata avanzata specifica proposta dalla Direzione Amministrativa in ordine all'erogazione del 100% del budget assegnato nell'anno di competenza, direttamente ad inizio anno solare, in modo che le diverse articolazioni aziendali possano far pervenire alla U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione solo le effettive richieste di assegnazione extra-budget. A tal proposito, si rilevava che nel corso dell'anno, le strutture possono richiedere variazioni di budget, oltre il 100% già assegnato, specificando motivazioni, conti economici e importi della variazione. L'UOS Contabilità Generale verifica tali richieste e aggiorna un report riepilogativo.

Con riferimento alla presenza di richieste urgenti, nell'evidenziare che le stesse sono eseguite dai centri ordinanti attraverso il protocollo Aziendale, l'azienda intende prevedere un controllo per verificare che le richieste rientrino nel piano dei fabbisogni, adottato con delibera. In caso contrario la richiesta sarà veicolata alla Direzione per autorizzazione.

Invece, circa le liquidazioni di fatture di anni precedenti già registrate nell'anno di competenza, per le quali non è possibile utilizzare l'autorizzazione di spesa riferita all'anno contabile già chiuso, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione, comunicava un aggiornamento operativo conseguente alla migrazione al sistema amministrativo contabile. Infatti, a causa della predetta migrazione, si è reso necessario richiedere all'UOC Programmazione, Controllo di Gestione l'assegnazione di specifico Budget in sanatoria a copertura dei costi in precedenza imputati. Tale assegnazione permette di non erodere il budget assegnato nell'anno in corso. A tal proposito, ai fini di un maggior efficientamento del processo, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica proponeva di demandare la creazione del codice di autorizzazione di spesa in sanatoria in capo ai centri ordinanti.

Conclusa la fase di assegnazione del budget di spesa, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione illustrava i seguenti scenari operativi:

- nel caso in cui fossero inserite a sistema fatture di competenza di anni precedenti, regolarmente registrate, ma non liquidate, si procederà con una richiesta di assegnazione di budget in sanatoria, in modo da non erodere il budget dell'anno solare in corso;
- nel caso di ordine non agganciato alla relativa fattura nell'arco dell'anno di competenza, lo stesso dovrà essere annullato dal Centro Ordinante;
- nel caso di fatture non registrate nell'anno di competenza e sprovviste di Ordine NSO, se il bilancio dell'anno di competenza dovesse già essere chiuso, dovrà essere impiegato il conto economico "Sopravvenienze Passive" con codice di autorizzazione fittizia, che non intaccherà, pertanto, il budget previsto per l'anno in corso;
- nel caso di fatture sprovviste di ordine NSO, se il bilancio dell'anno di competenza risulti ancora aperto, l'UOC Bilancio e Programmazione provvederà a contattare l'Ufficio ordinante per stabilire la natura del debito e il conseguente conto economico da utilizzare. A tal proposito, i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione specificavano che in sede di chiusura del bilancio di esercizio inviano specifica nota agli Uffici competenti con invito a non utilizzare il conto "costi da attribuire";
- nel caso di ordini non agganciati alle relative fatture, poiché non pervenute, in sede di chiusura di esercizio, l'UOC Bilancio e Programmazione invierà specifica nota ai Centri Ordinanti con la richiesta di chiudere gli ordini già emessi a sistema e riaprirli per l'importo residuo nell'anno successivo.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alle assegnazioni delle autorizzazioni di spesa, il G.d.I. Internal Audit ha ritenuto necessario chiedere di istituire un'attività di "negoziante interna" delle risorse da inserire a budget, attività che deve essere predisposta dalla UOS Budget e Reporting, afferente alla UOC Programmazione Controllo di Gestione, con la collaborazione della UOC oggetto di verifica, al fine di intercettare le strutture che hanno utilizzato meno di quanto assegnato, in modo da redistribuire le risorse in "economia";

Per quanto riguarda la corretta imputazione dei costi, si è raccomandato di avviare percorsi di formazione, di natura economico-patrimoniale, rivolti alle diverse strutture ordinanti affinché le stesse procedano alla corretta indicazione dei conti economici.

In aggiunta, si è chiesto di finalizzare il regolamento interno di contabilità generale, entro un termine congruo per il raggiungimento degli obiettivi, provvedendo ad inserire uno specifico prospetto riepilogativo dei conti da utilizzare in base alla natura del costo sostenuto;

Infine, in merito alla corretta imputazione del Centro di Costo in sede di entrata merce, si è suggerito di avviare specifiche interlocuzioni con la SW al fine di implementare un blocco a sistema che impedisca al punto ricevente di selezionare un Centro di Costo diverso da quello indicato in fase di ordine.

Azione I4.6 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I4.1 e I4.5"

Azione I5.8 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I5.1 e I5.5"

Follow – up (I4.4 – I5.7) del 30/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione e UOC Legale

Sintesi audit: In premessa il Direttore dell'UOC Legale evidenziava che il file di "rubricazione" è interno alla Struttura e riporta la numerazione della causa, gli eventi significativi e il legale assegnatario.

Quindi, ogni singolo contenzioso esistente, è aggiornato trimestralmente in base agli sviluppi e alle evidenze raccolte dal legale di riferimento e, inoltre, in questo sono inserite le nuove cause.

Lo stesso, pertanto, non è utilizzato direttamente per la quantificazione dell'accantonamento, ma è aggiornato dai legali e in seguito inserito all'interno dei tabulati siglati, suddivisi per natura (Autoassicurazione, contenzioso personale e cause processuali), e dopo, trasmessi all'UOC Bilancio e Programmazione per la relativa contabilizzazione (il processo è tracciabile dalla documentazione acquisita). In particolare, i Direttori precisavano che, quanto riportato nel punto I4 della delibera n. 582 del 25.10.2024 ad oggetto "Approvazione ed adozione del Piano di Azioni Straordinario 2025 PAC dell'ASP di Palermo", è stato sottoposto ad azioni correttive tali per cui si rileva *"la corretta compilazione del file di fondo rischi per le cause in essere, nel quale sono segnalati accantonamenti per le cause con rischio di soccombenza determinato come probabile, ossia superiore al 50%"*.

I Direttori delle Strutture oggetto di verifica comunicavano che alla data della verifica non era stata ancora compiuta la ricognizione analitica per la determinazione del fondo rischi e che tale attività sarà effettuata a chiusura di esercizio.

Inoltre, evidenziano che, in occasione della suddetta attività effettuata in occasione del bilancio dell'anno 2023, sono stati rilevati accantonamenti riconducibili a fatture il cui costo era già stato iscritto nell'anno di competenza determinando così una duplicazione delle registrazioni.

I Direttori dell'UOC Bilancio e Programmazione e dell'UOC Legale comunicavano che è stata eseguita un'attività di bonifica di tali partite attraverso l'iscrizione di una posta straordinaria e che è stato implementato un punto di controllo, tramite interlocuzione tra l'UOC Legale e la Struttura assegnataria del debito, in modo da evitare il ripetersi di tale accadimento.

Per tale ricognizione con sopravvenienze attive è stato predisposto atto deliberativo predisposto da UOC legale.

In particolare, nel momento in cui il decreto ingiuntivo viene fascicolato e assegnato al legale di riferimento, l'UOC Legale invia una nota protocollata alla struttura di riferimento, per l'ottenimento di specifica relazione sulla natura del debito, e all'UOC Bilancio per richiedere conferma sulla sussistenza del debito in base alle fatture impugnate. In tale occasione, l'UOC Bilancio e Programmazione verifica se il debito è già registrato in contabilità e, in caso affermativo, né da comunicazione all'UOC Legale.

Nel caso in cui il debito non risulti registrato nell'anno di competenza, si provvederà a effettuare l'accantonamento a fondo rischi; viceversa, nessun accantonamento a fondo viene effettuato.

Inoltre, con particolare riferimento alle attività di liquidazione, emergeva 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, i Direttori segnalano che, nel momento in cui perviene l'ordinanza di pagamento, l'Ufficio effettua un controllo in contabilità se la partita è già presente. In questo caso si effettuerà 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 effettuerà 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 verificheranno l'eventuale pagamento già effettuata dal tesoriere e iscriveranno la relativa fattura a sopravvenienza passiva, chiudendo contestualmente la partita.

Da *inquiry* emerge come dai suddetti controlli talvolta compaiano casi relativi a pignoramenti, in cui il pagamento è stato effettuato sia dalla Banca che dall'Azienda, dovendo provvedere ad effettuare tutte le attività richieste per il recupero del credito.

Con riferimento alla contabilizzazione delle poste concernenti il fondo rischi, in sede di chiusura del bilancio, i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione eseguono una ricognizione delle partite presenti in contabilità, attraverso interlocuzioni con l'UOC Legale, riportando lo stanziamento in contabilità mediante calcolo della 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, in occasione dell'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 sopra, si è richiesto di effettuare le scritture contabili inerenti allo stanziamento a fondo rischi, garantendo così rilevazioni contabili accurate per singolo beneficiario.

A tal proposito, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione evidenziava come, in occasione della chiusura del bilancio al 31.12.2024, sono riportate in contabilità le movimentazioni dei Fondi rischi dettagliate analiticamente per singola controversia e relativa natura dell'esborso (mandato di pagamento e/o liberazione del fondo).

Il G.d.I. Internal Audit rilevava che, a seguito della riunione di Negoziazione delle risorse per l'anno 2024 con l'Assessorato Salute, al fine di stimare in maniera accurata l'importo degli accantonamenti per rischi, l'Azienda si fosse già attivata mediante una ricognizione straordinaria della consistenza del fondo accantonamento, per verificare la consistenza delle singole voci per le quali si è costituita una quota di risorse a copertura del rischio di soccombenza, che si concluderà nel mese di dicembre 2024.

I Direttori delle UOC oggetto di verifica segnalavano che, alla data di audit, non era stato prodotto il prospetto degli accantonamenti al III trimestre 2024 in quanto era in corso di definizione la sopraccitata attività.

Per quanto riguarda la stima del Fondo rischi in fase di redazione del Bilancio Preventivo Aziendale, i Direttori delle UOC oggetto di verifica comunicavano che, nelle cause di valore indeterminato o in materia di *malpractice*, la consistenza ai fini dell'accantonamento da imputare al fondo è effettuata con il deposito in sede giudiziale della CTU, soprattutto nelle ipotesi di cause risarcitorie/o procedimenti di mediazione, nel corso del giudizio in presenza degli elementi necessari alla quantificazione.

Inoltre, il G.d.I. Internal Audit prendeva atto delle dichiarazioni avanzate dal Direttore dell'UOC Legale relative al mancato accantonamento delle spese legali, fattispecie in contrasto con i principi contabili.

Infine, i Direttori delle UOC oggetto di verifica affermavano che, nell'ambito delle attività e funzioni del Collegio Sindacale, rientri anche quella della valutazione sulla consistenza dei fondi, di talché l'UOC legale procederà al preventivo invio all'Organo di Controllo interno degli accantonamenti effettuati dal singolo avvocato, titolare del fascicolo, che potrà fornire, su richiesta, ogni necessaria delucidazione sulla quantificazione dallo stesso effettuata.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni I4.4 e I5.7, il Gruppo di Lavoro ha raccomandato di finalizzare, entro il mese di gennaio 2025, il percorso di ricognizione straordinario analitico per singolo contenzioso, al fine di stimare in maniera accurata l'importo degli accantonamenti per rischi, e la relativa contabilizzazione e di avvalersi delle indicazioni operative, ove emanate, dell'Assessorato della Salute al fine di gestire in maniera univoca le tipologie di contenziosi comuni a tutte le Aziende del SSR. Ancora, il G.d.I. Internal Audit raccomandava di curare 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 ed analitiche.

Si raccomandava altresì di riportare in maniera analitica, per singolo contenzioso ed in base alla natura dell'esborso, le scritture contabili relative agli accantonamenti per tutte le tipologie di fondi rischi.

A tal proposito, si raccomandava all'Azienda per mezzo dei Direttori delle UOC oggetto di verifica di identificare, di concerto con la SW, eventuali soluzioni informatiche per la gestione analitica delle fattispecie ricomprese nei suddetti fondi e verificare l'eventuale fattibilità di un'integrazione con il sistema amministrativo contrabile al fine di agevolarne il processo di contabilizzazione;

Infine, si affermava la necessità di compiere una stima dell'accantonamento a Fondo rischi, anche ai fini della redazione del Bilancio di previsione, sulla base dei dati ricavati al momento dell'instaurazione del contenzioso.

Azione I6.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (di cui all'azione PAC I6.1)"

Follow – up del 14/11/2024 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Per quanto riguarda le fatture in materia di assistenza protesica, negli anni precedenti le stesse erano registrate massivamente per decorrenza dei termini. Oggi tali fattispecie sono direttamente gestite dalla Struttura Aziendale competente, attraverso specifico personale deputato alla registrazione di tali fatture.

Inoltre, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicava l'intenzione di adottare, con determina, uno specifico regolamento interno di contabilità utile a fornire agli operatori preposti le direttive per la corretta registrazione dei documenti contabili. A tal proposito, il G.d.I. Internal Audit segnalava la necessità di produrre un corretto prospetto contenente i conti economici da utilizzare in base alla natura del costo sostenuto. Alla data di verifica il Direttore comunicava la mancata predisposizione dello stesso.

Nell'ambito dell'adozione del suddetto regolamento, si raccomandava l'inserimento del prospetto al fine di individuare il corretto conto economico, riducendo eventuali errori di imputazione.

Inoltre, con riferimento agli eventuali sforamenti di CIG importati dal precedente sistema amministrativo-contabile, si rilevava che l'Azienda non utilizza più i CIG importati dal vecchio sistema amministrativo giacché esauriti e ha previsto, dunque, per i CIG di nuova creazione, l'impostazione di blocchi a sistema per evitare eventuali sforamenti di importo.

Infine, da *inquiry* con il Direttore dell'UOC oggetto di verifica non emergevano aggiornamenti in merito alle seguenti criticità rilevate negli audit precedenti:

- Non corretta identificazione del centro di costo in fase di ordine e utilizzo di un unico centro di costo per forniture destinate a diversi centri ordinanti;
- evidenza del controllo DURC in fase di liquidazione;
- Accettazione delle fatture per decorrenza dei termini.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento all'accettazione delle fatture per decorrenza dei termini, si chiedeva di effettuare i controlli in maniera adeguata e tempestiva avviando un processo di sensibilizzazione rivolto alle diverse articolazioni aziendali oltre all'inserimento di specifici Obiettivi da assegnare al personale competente.

Inoltre, in merito al controllo della "tripletta" NSO in fase di accettazione, si raccomandava l'inserimento di un blocco a sistema nella fase di liquidazione sul controllo quali-quantitativo degli elementi riportati all'interno della fattura nella sezione dell'ordine;

Infine circa la mancata evidenza del controllo DURC in fase di liquidazione, si raccomandava all'UOC di sollecitare l'azienda affinché provvedesse, entro il primo trimestre del 2025, al ripristino del blocco a sistema in fase di liquidazione sul controllo dei DURC scaduti.

3.2 Esito delle verifiche ordinarie

Coerentemente con quanto previsto dal Piano di Audit 2024, nel corso del II semestre 2024 sono state eseguite le seguenti verifiche ordinarie:

3.2.1 Verifiche ordinarie con esito positivo

Nel presente paragrafo, saranno esposte in dettaglio tutte le verifiche di audit effettuate nel primo semestre del 2024, tutte concluse con esito positivo. Durante gli interventi di audit, sono state condotte interviste con i soggetti coinvolti nelle diverse strutture organizzative sottoposte a verifica. Questi colloqui hanno permesso di esaminare approfonditamente il processo amministrativo-contabile e extracontabile,

così come delineato dalle procedure aziendali in atto. L'obiettivo di tale analisi è stato quello di identificare eventuali lacune nelle procedure e/o nei processi, in modo da garantire un continuo miglioramento e una maggiore efficienza operativa all'interno dell'Azienda.

Sono state, altresì, eseguite 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*. In seguito, sono 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 RIMANENZE

Azione E1.9 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5"

Azione 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."

Azione E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"

Audit mediante somministrazione di questionario del 01/10/2024 – Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sintesi audit: In premessa si segnala che il questionario, indirizzato al Dipartimento di Prevenzione Veterinario, mirava alla verifica della corretta applicazione delle procedure aziendali da parte delle strutture sottostanti il suddetto Dipartimento, ovvero l'UOC Sanità Animale, l'UOC Igiene degli alimenti di origine animale, l'UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e l'UOC Lotta al randagismo.

Si richiedeva in premessa, alla struttura, di fornire aggiornamenti in merito al processo operativo in essere circa la gestione inventariale e dei beni in giacenza con il nuovo sistema amministrativo AREAS.

Con riferimento alle giacenze di magazzino, come già precisato in precedenza, non è presente una figura professionale di magazziniere, tuttavia, nonostante tale mancanza vengono tenuti dei registri interni relativi alla consegna del materiale alle UOS.

Alla stessa maniera vi è un registro indipendente per la consegna dei microchip per la quale si ottengono i report riguardanti le consegne per l'anno 2022– 2023 -2024 (documentazione acquisita). Si ottiene altresì il registro di carico e scarico degli stupefacenti della U.O.S. Canile.

Inoltre, considerata la carenza del personale e di una figura dedicata "Magazziniere" per il buon andamento della P.A. si è proseguito con la tenuta di un registro cartaceo/informatico relativo alla consegna delle merci.

Con riferimento al nuovo gestionale AREAS si reputava necessario individuare una figura dedicata alla gestione delle giacenze adeguatamente formata per poter operare sul nuovo sistema.

Ad oggi, pertanto, non è stato conseguentemente possibile provvedere alla riconciliazione tra quanto registrato sui sistemi informativi aziendali a quelli interni al Dipartimento di Prevenzione Veterinario.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: nonostante l'esito positivo della verifica, si suggeriva di avviare un percorso di interlocuzione con la Direzione Strategica aziendale al fine di prevedere una figura del responsabile di magazzino all'interno del proprio organigramma, opportunamente formata, utile alla gestione nel sistema amministrativo contabile AREAS del magazzino anche al fine di riconciliare le scorte finali tra i file/registri extra contabili e i dati contabili presenti sul sistema informativo AREAS.

AREA CREDITI E RICAVI

Azione F1.11 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (F1.2, F1.4, F1.6 e F1.8)"

Verifica Audit del 19/09/2024 – UOC Sviluppo e gestione dei progetti sanitari

Sintesi Audit: con riferimento alle Azioni oggetto di verifica, la Responsabile dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari nel corso della riunione confermava il processo operativo in precedenza tracciato.

Con particolare riferimento alla procedura PAC adottata con delibera n. 274 del 27.02.2024, nel corso della riunione è emersa la necessità di modificare un refuso concernente il paragrafo 3.3 *“gestione progetti PSN/PNRR e Contabilità per commessa”* in cui viene riportato che l'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari *“fornisce un parere di congruità alla scheda progetto già caricata sul sistema amministrativo contabile, propedeutico all'atto deliberativo del progetto esecutivo”*. A tal proposito, Il Gruppo di Lavoro Audit prendeva atto che, l'UOC oggetto di verifica, in realtà emette un parere di congruità finalizzato all'atto deliberativo e solo dopo la scheda progetto è caricata all'interno del sistema amministrativo contabile.

La Funzione Audit si impegnava a comunicare quanto sopra, alla referente aziendale PAC, per modificarne il contenuto.

La Responsabile dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari segnalava altresì la necessità di implementare una maggiore collaborazione con il personale delle macrostrutture, finalizzata sia alla gestione dei nuovi progetti in corso di avviamento che alla fase del monitoraggio e rendicontazione dei progetti in essere.

Inoltre si evidenzia che, la migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile ha reso necessaria una specifica analisi dei saldi residui rispetto a quanto ottenuto dalle macrostrutture assegnatarie dei finanziamenti.

Su tale ultimo aspetto, il Gruppo di lavoro ha ottenuto le interlocuzioni formali tra le strutture responsabili del processo, dal quale emergeva una parziale aderenza, in sede di chiusura amministrativa del progetto e/o in sede di rendicontazione, dei dati relativi ai contributi residui, e alle eventuali economie rilevate sul progetto, riportati nel sistema amministrativo contabile rispetto ai dati rendicontati dalle Macrostrutture assegnatarie.

La Responsabile dell'UOC oggetto di verifica comunicava che tale situazione riguarda principalmente la rendicontazione dei dati del personale che insistono sui vari progetti, in quanto il sistema in uso al Dipartimento Risorse Umane non risulta integrato con il sistema amministrativo-contabile.

Inoltre, appariva non istituito uno specifico processo di rendicontazione, anche extra-contabile, per l'ottenimento delle informazioni analitiche utili a sanare il debito informativo con le strutture di riferimento, con cui tuttavia in precedenza vi erano delle interlocuzioni.

Si prende atto, a seguito della verifica, che sono migrate nel nuovo sistema amministrativo contabile le sole partite riferibili a progetti che, all'interno dell'ordine, riportano tutte le informazioni utili all'alimentazione della chiave contabile prevista dal nuovo sistema.

A tal proposito, il Gruppo di Lavoro, ha ritenuto necessario l'istituzione di tavoli operativi per singoli progetti, composto dai Direttori delle Macrostrutture coinvolte, al fine di giungere a un'identificazione definitiva dei residui effettivi e delle relative economie sui progetti, dei costi del personale afferenti nonché della corretta e completa migrazione della totalità dei dati riferiti ai progetti ancora attivi.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: nonostante l'esito positivo attribuito all'Azione F6.2, determinato dall'aderenza del processo operativo messo in atto dalla struttura rispetto alla procedura Aziendale, il G.d.I. Internal Audit ha raccomandato alla UOC di provvedere all'integrazione, con il sistema amministrativo-contabile, del sistema in uso al Dipartimento Risorse Umane per la rendicontazione dei dati del personale che insistono sui vari progetti.

Inoltre, si è sollecitata l'istituzione di uno specifico processo di rendicontazione, anche extra-contabile, per l'ottenimento delle informazioni analitiche utili a sanare il debito informativo con il Dipartimento Risorse Umane e con la UOC Bilancio e Programmazione.

Azione F4.7“Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (F4.1, F4.2, F4.3 e F4.4)”

Verifica Audit del 15/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Nel corso della riunione il Direttore dell'UOC oggetto di verifica ha confermato l'aderenza del processo operativo rispetto alla procedura adottata con Delibera n. 274 del 27/02/2024, che identifica, peraltro il coinvolgimento di diversi soggetti nella produzione e gestione delle fatture. Le articolazioni aziendali sono tenute a trasmettere mensilmente alla UOS Fatturazione Attiva la documentazione necessaria per l'emissione delle fatture. L'UOS Adempimenti Fiscali compie i controlli sulla documentazione e si occupa di emettere le fatture, inviandole allo SDI. Dopo l'invio, sono controllate eventuali fatture rifiutate. Dopo sessanta giorni dall'emissione, la UOS Adempimenti Fiscali verifica lo stato dei pagamenti attraverso l'estratto conto cliente. Se si riscontrano fatture inevase, s'invia un sollecito; se la fattura rimane non saldata per ulteriori sessanta giorni, la UOS Adempimenti Fiscali invia la documentazione all'UOC Legale per avviare il recupero giudiziario. Le fatture sono incassate a seguito di una comunicazione di accredito ricevuta dall'Istituto Tesoriere, e tale comunicazione viene archiviata dalla UOS Contabilità Generale. Anche la reversale è digitalizzata e trasmessa telematicamente all'Istituto Tesoriere.

Durante la fase di consuntivo, l'UOC Bilancio e Programmazione richiede alle strutture l'ammontare delle fatture da emettere per alimentare la voce di bilancio relativa. Periodicamente, la UOC Bilancio e Programmazione verifica anche le corrispondenze tra i partitari clienti e la contabilità generale, attivando circolarizzazioni dei crediti nei casi di incongruenze.

Per quanto riguarda i controlli sui crediti derivanti da prestazioni, dopo le comunicazioni dell'Istituto Tesoriere riguardanti i pagamenti ricevuti, l'UOS Contabilità Generale effettua la verifica finale per accertare la corrispondenza tra i documenti attivi emessi e le somme accreditate. Solo dopo questo controllo, è possibile emettere la reversale di incasso e procedere con l'archiviazione della documentazione.

In merito alle casse delle prestazioni aziendali, al termine di ogni turno, il personale addetto si occupa di controllare e contare i contanti incassati e i pagamenti elettronici relativi a tutte le prestazioni accettate. È poi inviato un report sugli incassi giornalieri all'UOC Cure Primarie e alla UO Contabilità Generale.

Infine, con riferimento ai controlli sulle eventuali fatture rifiutate, successive all'emissione della fattura, il Direttore segnalava che, vista l'implementazione di personale adibito a tale attività, a oggi tale monitoraggio viene effettuato quotidianamente. Inoltre evidenzia come, in occasione della produzione dei CE trimestrali, effettua specifica richiesta formalizzata a tutte le articolazioni aziendali competenti all'emissione di fatture attive. In precedenza, tale attività era svolta con cadenza mensile.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: A seguito dell'Audit svolto, il G.d.I. Internal Audit ha ritenuto necessario chiedere di effettuare un'attività di sensibilizzazione indirizzata a tutte le articolazioni aziendali che erogano prestazioni soggette a fatturazione attiva, al fine di rendere più tempestivo il processo di contabilizzazione delle fatture attive e determinare in maniera più puntuale il valore da imputare nel conto fatture da emettere.

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

Verifica Audit del 19/09/2024 – UOC Sviluppo e gestione dei progetti sanitari

Sintesi Audit: con riferimento alle Azioni oggetto di verifica, la Responsabile dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari nel corso della riunione confermava il processo operativo in precedenza tracciato.

Con particolare riferimento alla procedura PAC adottata con delibera n. 274 del 27.02.2024, nel corso della riunione è emersa la necessità di modificare un refuso concernente il paragrafo 3.3 "gestione progetti PSN/PNRR e Contabilità per commessa" in cui viene riportato che l'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari "fornisce un parere di congruità alla scheda progetto già caricata sul sistema amministrativo contabile, propedeutico all'atto deliberativo del progetto esecutivo". A tal proposito, Il Gruppo di Lavoro Audit prendeva atto che, l'UOC oggetto di verifica, in realtà emette un parere di congruità finalizzato

all'atto deliberativo e solo dopo la scheda progetto viene caricata all'interno del sistema amministrativo contabile.

La Funzione Audit si impegnava a comunicare quanto sopra, alla referente aziendale PAC, per modificarne il contenuto.

La Responsabile dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari segnalava altresì la necessità di implementare una maggiore collaborazione con il personale delle macrostrutture, finalizzata sia alla gestione dei nuovi progetti in corso di avviamento che alla fase del monitoraggio e rendicontazione dei progetti in essere.

Inoltre, si evidenzia che, la migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile ha reso necessaria una specifica analisi dei saldi residui rispetto a quanto ottenuto dalle macrostrutture assegnatarie dei finanziamenti.

Su tale ultimo aspetto, il Gruppo di lavoro ha ottenuto le interlocuzioni formali tra le strutture responsabili del processo, dal quale emergeva una parziale aderenza, in sede di chiusura amministrativa del progetto e/o in sede di rendicontazione, dei dati relativi ai contributi residui, e alle eventuali economie rilevate sul progetto, riportati nel sistema amministrativo contabile rispetto ai dati rendicontati dalle Macrostrutture assegnatarie.

La Responsabile dell'UOC oggetto di verifica comunicava che tale situazione riguarda principalmente la rendicontazione dei dati del personale che insistono sui vari progetti, in quanto il sistema in uso al Dipartimento Risorse Umane non risulta integrato con il sistema amministrativo-contabile.

Inoltre, appariva non istituito uno specifico processo di rendicontazione, anche extra-contabile, per l'ottenimento delle informazioni analitiche utili a sanare il debito informativo con le strutture di riferimento, con cui tuttavia in precedenza vi erano delle interlocuzioni.

Si prende atto, a seguito della verifica, che sono migrate nel nuovo sistema amministrativo contabile le sole partite riferibili a progetti che, all'interno dell'ordine, riportano tutte le informazioni utili all'alimentazione della chiave contabile prevista dal nuovo sistema.

A tal proposito, il Gruppo di Lavoro, ha ritenuto necessario l'istituzione di tavoli operativi per singoli progetti, composto dai Direttori delle Macrostrutture coinvolte, al fine di giungere a un'identificazione definitiva dei residui effettivi e delle relative economie sui progetti, dei costi del personale afferenti nonché della corretta e completa migrazione della totalità dei dati riferiti ai progetti ancora attivi.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: nonostante l'esito positivo attribuito all'Azione F6.2, determinato dall'aderenza del processo operativo messo in atto dalla struttura rispetto alla procedura Aziendale, il G.d.I. Internal Audit ha raccomandato l'integrazione, con il sistema amministrativo-contabile, del sistema in uso al Dipartimento Risorse Umane per la rendicontazione dei dati del personale che insistono sui vari progetti.

Inoltre, si è sollecitata l'istituzione di uno specifico processo di rendicontazione, anche extra-contabile, per l'ottenimento delle informazioni analitiche utili a sanare il debito informativo con il Dipartimento Risorse Umane e con la UOC Bilancio e Programmazione.

Verifica Audit del 15/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: nel corso dell'Audit, il Direttore dell'UOC in oggetto ha ripercorso e confermato il processo operativo, con particolare riferimento all'attività di monitoraggio dei contributi vincolati e finalizzati, che si articola in diverse fasi. Ogni giorno, il referente della UOC Bilancio scarica la giornaliera di cassa dal sistema, importando i provvisori in entrata e in uscita, oltre ai mandati e alle reversali di incasso. Una volta individuato il provvisorio di incasso, il referente scarica dal sito istituzionale il decreto di assegnazione della Regione e registrava il credito verso di essa. Le casse CUP inviano quotidianamente all'UOC Bilancio e Programmazione i dati sui versamenti e dopo aver riconciliato i dati comunicati con quelli della banca, si procede con la scrittura di incasso. Inoltre, si registrano anche gli incassi provenienti dalla fatturazione attiva per le varie prestazioni, effettuando i controlli necessari. Ogni volta che si registra un incasso, il referente aggiorna l'ammontare dei crediti, sia per gli anni precedenti sia per l'anno in corso, tramite un file extra contabile.

Trimestralmente, i dati di ricavo delle prestazioni sanitarie vengono determinati sulla base dell'assegnazione provvisoria della Regione tramite la "Tabella A", mentre non è possibile basarsi sulla produzione effettiva, poiché le strutture non comunicano questi dati con tempestività. A fine anno, i valori

in contabilità relativi ai contributi da incassare e a quelli già incassati vengono adeguati sulla base dell'assegnazione definitiva.

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

Verifica Audit del 19/11/2024 –UOC Programmazione, Controllo di Gestione, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico e UOC Ospedalità pubblica e privata.

Sintesi Audit: la presente verifica, prevede un grado di complessità elevato, sia per la tematica affrontata che per le strutture coinvolte. Si è preceduto prima analizzando il processo per singola struttura per poi prevedere delle azioni sinergiche che possano mitigare e risolvere eventuali criticità.

Al fine di affrontare in modo strutturato il tema oggetto della verifica, oltre i Direttori del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, della UOC Programmazione, Controllo di Gestione, della UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna, della UOC Ospedalità pubblica e privata, erano presenti i Direttori dei Presidi Ospedalieri e dei Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali.

Il Direttore dell'UOC **Ospedalità pubblica e privata**, nel confermare il processo rilevato in precedenza, riporta i seguenti aggiornamenti in merito alla gestione dei flussi di propria competenza:

- Flusso A (SDO): contiene le prestazioni di ricovero inerenti alle strutture pubbliche, Aziende Ospedaliere, Strutture a gestione diretta e Strutture private accreditate. Nel flusso A ciascun record corrisponde a un ricovero e, pertanto, l'alimentazione compete alle singole Strutture che gestiscono la fase d'ingresso e ricovero del paziente sino alle relative dimissioni, coinvolgendo nella validazione dei record sia il medico, che effettua la dimissione, sia il Responsabile dell'Unità Organizzativa.

La valorizzazione della SDO è rappresentata dal DRG determinato sulla base delle tariffe, estrapolate dal sistema ministeriale *Grouper*, che transitano sul sistema gestionale "Isolabella Verdenia".

Nella SDO si può anche visualizzare il reparto dal quale è dimesso il paziente, al fine di individuare la tipologia di ricovero (lungodegenza, riabilitazione, acuti) da cui dipende la valorizzazione del record.

A tal proposito, il Direttore precisava come la SDO, che alimenta il flusso, è direttamente prodotto dalla Struttura intestataria della prestazione e controllato dalla Direzione di ogni Presidio, che verifica la corretta chiusura della SDO al fine di determinare correttamente i valori di produzione, e provvede con cadenza mensile all'invio del file contenente le SDO chiuse, con allegata un'attestazione cartacea siglata dal medico dimettente e dal Responsabile della Struttura di riferimento.

Su tale aspetto, il Direttore dell'UOC specifica che all'interno dei presidi è individuato un referente addetto all'invio delle SDO, ma precisa che il Flusso viene estrapolato direttamente dalla SW, attraverso il sistema gestionale Hero CUP, in quanto le Direzioni Mediche di Presidio non hanno accesso ai sopraccitati gestionali utili alla valorizzazione del flusso.

Inoltre, con riferimento ai Presidi, alle Strutture a gestione diretta e alle Strutture private accreditate, il Direttore segnala una regolarità nell'invio dei flussi. Di contro, il Direttore rilevava talune difficoltà nell'ottenimento delle informazioni da parte delle Strutture Ospedaliere, con particolare riferimento al Policlinico di Palermo, l'ARNAS Civico e l'AO Villa Sofia – Cervello, che, seppur trasmettono il flusso nelle medesime modalità sopra descritte, ciò avviene in maniera incostante, determinando ritardi nella determinazione dei valori di mobilità nonché un'alimentazione parziale del Flusso. A tal proposito, lo stesso affermava come, trattandosi di un flusso incrementale, i record che non vengono trasmessi nella rilevazione mensile dalle strutture vengono integrati nel mese successivo.

In sede di Audit veniva avanzata la proposta di fornire alle Direzioni Mediche l'accesso al sistema *Grouper*, al fine di gestire direttamente i dati che alimentano il flusso ed effettuare una riconciliazione con i dati ricevuti dalla SW e con gli eventuali scostamenti rispetto ai dati dei CE trimestrali.

In merito all'identificazione degli elementi del Flusso che hanno rilevanza economica sul bilancio, il G.d.I. Internal Audit, sulla base dell'analisi della documentazione acquisita e dell'intervista svolta, rileva che i ricavi derivanti da mobilità attiva o da utenti non esenti sono identificati all'interno del flusso attraverso:

- o il campo relativo alla residenza degli utenti, isolando i codici istat di altre province /regioni;

o il campo "onere degenza" per gli utenti paganti, filtrando i non esenti.

Altra informazione deducibile è il regime di ricovero, che distingue tra DO e DH e DS.

Con riferimento ai ricavi assegnati per quota capitaria, ricompresi nel Flusso e iscritti alla voce AA0031 sulla base dell'assegnazione al Fondo Sanitario, gli stessi rappresentano per la Struttura in oggetto un dato gestionale utile a riscontrare i valori comunicati dalle Strutture competenti e a valutare la quota parte di Fondo che ricade sull'ospedalità.

Infine, il G.d.I. Internal Audit rilevava che la Struttura oggetto di verifica, ottenuta l'estrazione del Flusso, effettua un controllo della correttezza dell'alimentazione dei campi attraverso il sistema *Flowlook*, prima di essere inoltrato all'UOC Gestione Informatica Aziendale per l'invio agli Uffici competenti dell'Assessorato Salute.

- Flusso SDAO: contiene le schede di dimissione ambulatoriale ospedaliera in regime di *Day Surgery* (per esempio per somministrazione di chemioterapia) e la struttura del Flusso è la medesima di quella descritta precedentemente. Riguardo al regime in *Day Surgery*, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica segnalava che quest'ultima è sottoposta ad un regime di abbattimento dei costi e, pertanto, i dati vengono estrapolati dalla piattaforma gestionale a consuntivo. Infatti, l'abbattimento tariffario si applica al superamento della percentuale a consuntivo, alla stregua di quanto stabilito dal D.A. 754/2013 dall'Assessorato della salute.

Con riferimento all'Azione PAC oggetto di verifica il gruppo di lavoro I.A. ha richiesto e ottenuto dall'UOC Ospedalità Pubblica e Privata la seguente documentazione:

- Trasmissione Flusso SDO – SDAO I-II-III trimestre 2024: si acquisiscono le tabelle riepilogative trasmesse dall'UOC Ospedalità Pubblica e Privata all'UOC Bilancio e Programmazione relativamente ai Flussi SDO e SDAO I – II – III Trimestre 2024;
- Trasmissione valore produzione private accreditate anno 2023 al Direttore di Dipartimento;
- Evidenza allineamento flussi – valore di produzione;
- Evidenza attività di verifica valorizzazione delle SDO.

Altra struttura coinvolta è il **Dipartimento Interaziendale Farmaceutico** per cui di seguito si riportano i principali flussi di competenza dello stesso:

- Flusso T: riguarda la somministrazione dei farmaci antiblastici somministrati a pazienti ricoverati in regime di DH. Tale flusso risulta trasversale anche all'UOC ospedalità, per la parte dei ricoveri in regime di DH, ed al Dipartimento farmaceutico per la parte di somministrazione dei farmaci.

Il Direttore del Dipartimento segnalava che l'estrapolazione dei dati inviati dalle farmacie viene effettuata centralmente e vengono effettuate verifiche formali e in caso di discrasie, queste ultime vengono segnalate alla Direzione. In particolare, si esegue un controllo sui prezzi risultanti dal flusso e si effettua un allineamento manuale, tramite tabella excel, in cui si inseriscono i prezzi di rimborso, sulla base del prezzo di gara, che vengono caricati sul flusso T ed inviato a fine anno con la chiusura delle cartelle cliniche. A tal proposito, il Direttore comunicava come in precedenza il rimborso era fatto sulla base del prezzo massimo di cessione, e non rispetto al prezzo di acquisto, che risulta sensibilmente inferiore.

Il Direttore comunicava altresì che la Clinica Maddalena e la Clinica Torina effettuano la trasmissione del flusso con cadenza mensile, e la Clinica Macchiarella con cadenza annuale.

Il Direttore ha evidenziato che ha rilevato un cambio di modalità del rimborso di un farmaco in Car T, in quanto in precedenza l'Azienda acquistava tale fattispecie solo per i pazienti residenti.

Ad oggi se un paziente si recasse al di fuori della provincia di appartenenza, il farmaco di Car T verrebbe acquistato dall'ospedale territorialmente competente e successivamente compensato con l'Azienda e viceversa. Infine, con riferimento alla distribuzione per conto, il Direttore trattava il tema del disallineamento della DPC che viene rilevato e segnalato dall'Assessorato Salute.

- Flusso F: riguarda la somministrazione diretta dei farmaci. Il flusso viene inoltrato al Ministero annualmente e alimenta le prestazioni da file F. La parte di autoproduzione è coperta dalla quota capitaria, ed il ricavo è rappresentato prevalentemente dalla somministrazione di farmaci ad utenti in mobilità attiva;
- Flusso CFO: riguarda il consumo di farmaci ospedalieri, ricompresi nel DRG, inviato al Ministero con cadenza mensile;
- Flusso D: relativo all'attività farmaceutica convenzionata, inviato al Ministero con cadenza trimestrale.

Con riferimento all'Azione PAC oggetto di verifica il gruppo di lavoro I.A. ha richiesto e ottenuto dal Dipartimento Interaziendale Farmaceutico la seguente documentazione:

- Nota trasmissione Flusso CO settembre 2024: con nota prot n.479806/2024 del 14.10.2024 il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico trasmette all'UOS Sistema Informativo e Statistico il Flusso CO relativo a settembre 2024;
- Evidenza controlli *Flowlook* Flusso CO settembre 2024;
- Nota trasmissione Flusso DD agosto e settembre 2024: con nota prot. n.475701/2024 del 11.10.2024 il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico trasmette all'UOS Sistema Informativo e Statistico il Flusso CO relativo ai mesi di agosto e settembre 2024;
- Evidenza controlli *Flowlook* Flusso DD agosto e settembre 2024;
- Nota trasmissione Flusso F maggio – dicembre 2023: con nota il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico trasmesse all'UOS Sistema Informativo e Statistico il Flusso F relativo ai mesi di maggio – dicembre 2023;
- Relazione esplicativa delle attività svolte dal Dipartimento Interaziendale Farmaceutico.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alla gestione del **Flusso A**, il G.d.I. Internal Audit ha ritenuto necessario che l'UOC Ospedalità Pubblica e Privata provvedesse ad avanzare la richiesta per fornire alle Direzioni Mediche l'accesso al sistema Grouper, al fine di gestire direttamente i dati che alimentano il flusso ed effettuare una riconciliazione con i dati ricevuti dalla SW e con gli eventuali scostamenti rispetto ai dati dei CE trimestrali.

Inoltre, ha richiesto di avviare un processo di sensibilizzazione nei confronti delle strutture ospedaliere pubbliche all'invio tempestivo dei dati.

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

Azione G1.4 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"

Azione G1.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2"

Verifica Audit del 15/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale

Sintesi Audit: nel corso della riunione il G.d.I. Internal Audit ha rilevato che all'interno dell'Azienda ci sono n. 19 casse economali e n. 19 casse ticket, dislocate in tutti i distretti sanitari, in tutti i poliambulatori e in tutti gli ospedali. Il Direttore della Struttura oggetto di verifica comunica che è in corso un'attività di mappatura degli indirizzi mail dei cassieri per attivare la notifica della dotazione del fondo cassa e dei reintegri.

Le modalità di pagamento alle casse prestazioni sono le seguenti:

- Pagamento a mezzo contanti: il portavalori effettua il ritiro dei contanti c/o le casse (con servizio di conta con telecamera) e avviene un versamento provvisorio in entrata sul c/c del tesoriere. Il ritiro somme avviene 2/3 volte a settimana secondo la cassa. L'accredito della somma avviene in circa 2/3 giorni. L'incasso della cassa ticket è registrato sul sistema amministrativo contabile come credito v/so il cassiere in attesa di chiusura del sospeso, sulla scorta del provvisorio di cassa ricevuto;
- Pagamento a mezzo POS: Ogni cassa ha una specifica numerazione, la UOC effettua una riconciliazione tra l'estrazione sul portale del conto del Tesoriere (BNL) che gestisce i POS di ogni singola cassa – con l'estrazione effettuata su Sicilia Digitale;
- Pagamenti a mezzo bonifico;
- Pagamenti tramite PaGoPA.

Pertanto, con riferimento alla necessità di revisionare i canali di pagamento, il Direttore comunicava che è stata inibita agli utenti la possibilità di pagamento a mezzo bollettino postale, fattispecie che determinava criticità nella corretta individuazione della natura degli incassi.

Con riferimento alle verifiche ispettive effettuate dall'UOC Bilancio e programmazione verso le casse economali e prestazioni, quale obiettivo di performance definito per il Direttore della Struttura in oggetto, il G.d.I. Internal Audit rilevava che, nell'anno 2024, sono state effettuate n. 23 verifiche ispettive, con l'intenzione di effettuare ulteriori verifiche nel mese di dicembre. Pertanto, l'obiettivo di verificare almeno

il 50% delle casse è stato raggiunto. Il processo ispettivo, nel caso delle casse economali, parte dall'ultimo rendiconto trimestrale approvato, in seguito si effettua una selezione a campione delle pratiche da visionare, analizzando il processo dalla fase di richiesta fino al pagamento/incasso. La suddetta documentazione viene, infine, allegata al verbale della verifica. I referenti aziendali comunicavano al G.d.I. che, durante le verifiche effettuate nell'anno 2024, non sono emersi gravi rilievi.

Inoltre, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione segnalava la presenza di n. 3 distinte casse economali per il Collegio Sindacale, per la Direzione e per le spese legali, evidenziando l'intenzione di avanzare la proposta di unificarle per una maggiore facilità di gestione.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Il Gruppo di lavoro segnalava la necessità di formalizzare, con un regolamento interno, le modalità operative relative alle verifiche ispettive di competenza dell'UOC Bilancio e Programmazione, peraltro, previste dagli Obiettivi di performance assegnate al Direttore dell'UOC oggetto di verifica.

Azione G4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Azione G4.4 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1"

Verifica Audit del 15/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale

Sintesi Audit: nel corso dell'Audit, il Direttore dell'UOC in oggetto, ha ripercorso e confermato il processo operativo relativo all'Azione G4.4, suddiviso nelle seguenti fasi:

- **Ciclo attivo:** La contabilizzazione del credito per FSR ed FSN avviene mensilmente e non per l'intero importo. Il tesoriere comunica il provvisorio in entrata alla UOC Bilancio e Programmazione, che estrae il decreto di liquidazione delle somme dal sito della Regione. Gli operatori scaricano il DDG o DRS di assegnazione e liquidazione per procedere alla riconciliazione dell'importo. Dopo aver verificato l'importo assegnato con il sospeso di tesoreria, si contabilizza il Credito verso la Regione e il Debito per gli acconti. Il credito si chiude con la regolarizzazione dell'incasso e la documentazione viene archiviata.
- **Ciclo passivo:** Per le operazioni di acquisto, tutte le spese sono accompagnate dalla documentazione richiesta. La UOC Bilancio e Programmazione interviene solo nella fase finale del processo, ossia nell'emissione dei mandati di pagamento, dopo aver effettuato i controlli necessari, come quelli di Equitalia per importi superiori a 5.000 euro. In alcuni casi, come per la UOC Legale, si registra una fattura fittizia per acquisti senza fattura, successivamente liquidata dalla UOC Legale. Un caso particolare riguarda l'erogazione del contributo per "disabili gravissimi", per il quale viene trasmesso un flusso dettagliato dei beneficiari, firmato digitalmente dal Direttore della UOC tramite AREAS. Il tesoriere gestisce i sospesi in attesa di mandato da regolarizzare e la UOC Bilancio e Programmazione emette un mandato unico per i sospesi, transitando attraverso il sistema SIOPE+. Si rilevava che le liquidazioni riferite a tale ultima fattispecie sono state assegnate al Dipartimento di Cure Primarie.

Azione G5.1 "Adozione di procedure volte a disciplinare i controlli da porre in essere sulle operazioni di Tesoreria quali ad esempio: firma dei mandati da parte del personale incaricato, coerenza con i giustificativi di spesa, evidenziazione dell'avvenuto pagamento sui giustificativi di spesa al fine di prevenire duplicazioni di pagamento, controllo della sussistenza di eventuali azioni legali o di incassi coattivi, sussistenza di eventuali cessionari di crediti ecc."

Azione G5.3 "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli (data, responsabile, tipo di controllo) sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle dell'istituto tesoriere."

Azione G5.4 " Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Verifica Audit del 15/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale

Sintesi Audit: nel corso dell’Audit, il Direttore dell’UOC in oggetto ha ripercorso e confermato il processo operativo, tracciando le attività svolte dai dipendenti della UOC Bilancio e Programmazione – UOS Contabilità Generale:

- Verifica quotidiana della situazione di cassa tramite la piattaforma del tesoriere;
- Scarico della giornaliera di cassa dell’Istituto tesoriere e predisposizione dell’acquisizione automatica nel sistema informativo;
- Verifica dei sospesi, generazione delle scritture contabili per incassi e pagamenti, e chiusura del sospeso tramite reverse o mandato di cassa entro l’esercizio di competenza.

In merito ai controlli su azioni legali o incassi coattivi, la UOC Bilancio e Programmazione effettua almeno annualmente una verifica dei crediti non riscossi. Se necessario, sollecita l'incasso e, in caso di esito negativo, trasferisce il carteggio all’UOC Legale per il recupero. Quest’ultima comunica le azioni intraprese e l’esito finale alla UOC Bilancio e Programmazione per eventuali annotazioni contabili.

Secondo le procedure aziendali, per riconciliare i dati contabili con il prospetto dell’Istituto tesoriere, la UOC Bilancio e Programmazione – UOS Contabilità Generale elabora un report con informazioni quali saldo iniziale, mandati emessi ed eseguiti, mandati non trasmessi, e reversali. Trimestralmente, la UOC Bilancio e Programmazione riconcilia i saldi bancari con i saldi di contabilità, effettuando una quadratura tra l’estratto conto e la scheda co.ge. dell’istituto tesoriere. Eventuali differenze vengono analizzate, riconciliate e documentate, e tali informazioni sono trasmesse annualmente alla Corte dei conti tramite la piattaforma SIRECO.

In sede di Audit, il G.d.I. Internal Audit ha provveduto ad ottenere tutta la documentazione attestante l’attività relativa alle riconciliazioni bancarie al 30.06.2024, non rilevando criticità che possano compromettere il raggiungimento dell’Obiettivo previsto dal P.A.C.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 “Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.1”

Verifica Audit del 17/10/2024 – Presidi Ospedalieri (PP.OO.) Villa Delle Ginestre

Sintesi Audit: in sede di riunione è emerso che il P.O. Villa della Ginestre non è direttamente titolare di Budget per acquisti. Lo stesso è assegnato solo a livello informatico sulla base della richiesta di fabbisogno trasmessa, e non possiede un ufficio amministrativo poiché la struttura oggetto di verifica per gli acquisti e per il magazzino farmaceutico è gestita dal P.O. Ingrassia per il tramite dell’UOC Coordinamento Amministrativo AREA 3.

La struttura come applicativi utilizza solamente il sistema gestionale *HeroCUP* che gestisce le prenotazioni.

La stessa è così composta:

- UOS Direzione sanitaria del Presidio;
- UOC Unità spinale che gestisce 31 posti letto (+ 6 rispetto al all’anno 2022);
- UOS Urologia (senza posti letto);
- UOC Recupero riabilitazione funzionale 24 posti letto ordinari + 2 DH
- UOS Recupero e Riabilitazione funzionale
- UOSDIP Anestesia, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore 2 posti letto con relativi armadietti di reparto, che risulta gestita dal Dipartimento emergenza urgenza del P.O. Ingrassia;
- UOC Radiologia che è gestita dal P.O. Ingrassia.

I referenti aziendali rappresentano che dall’anno 2022 la struttura oggetto di verifica ha aumentato del 60% la propria operatività correlata ad un aumento dei posti letto disponibili.

Per quanto concerne il ciclo passivo, le diverse articolazioni appartenenti al Presidio provvedono annualmente a trasmettere la richiesta di fabbisogno per acquisto di beni, servizi e lavori all’UOC Approvvigionamenti e all’UOC Progettazione e Manutenzioni per competenza.

A proposito del ciclo di acquisto di farmaci, lo stesso è gestito dalla Farmacia del PO Ingrassia e la stima del fabbisogno della struttura viene effettuata direttamente dal Dipartimento Farmaceutico sulla base dello storico. Inoltre, la struttura oggetto di verifica non possiede un magazzino informatico ma solamente un magazzino fisico ove sono effettuate le consegne maggiormente voluminose. In tale caso, la bolla di consegna viene successivamente trasmessa alla farmacia del P.O. Ingrassia per effettuare il relativo carico e conseguente scarico al centro di costo P.O. Villa delle Ginestre. In generale gli approvvigionamenti dei farmaci per il P.O. Villa delle Ginestre sono effettuati tramite richieste di trasferimento dal magazzino dalla Farmacia del P.O. Ingrassia.

Per quanto riguarda i beni sanitari, tutte le liquidazioni sono effettuate, per competenza, dalla Farmacia del P.O. Ingrassia e dall'UOC Coordinamento Amministrativo AREA 3 (per i beni di consumo ed economici). Su tale ultimo aspetto, in sede di riunione, è emersa una criticità sull'approvvigionamento di dispositivi medici in quanto, non essendo possibile aumentare la capienza del CIG come avviene per i farmaci, la struttura effettua RdA esterni per l'acquisto dei dispositivi medici necessari. Infine, in sede di riunione, con particolare riferimento alle attività in regime di intramoenia, è emerso che per la struttura oggetto di verifica vi sono 2 medici accreditati (1 urologo e 1 dirigente di radiologia). Gli stessi, a livello amministrativo, sono gestiti dal Direttore Sanitario del P.O. Ingrassia con il supporto dell'UOC Coordinamento Amministrativo AREA 3.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azione PAC oggetto di verifica non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo preposto dalle stesse. Tuttavia, si rappresentavano alcune aree di miglioramento, al fine di ottimizzare la gestione del Presidio e la fase di approvvigionamento. In particolare:

Stante il significativo incremento dell'operatività rilevata dall'anno 2022 che determina quindi una maggiore produttività con conseguente maggiore richiesta di farmaci/dispositivi/beni non sanitari, si manifestava la necessità di dotare il Presidio di una propria farmacia nonché di una propria direzione amministrativa, opportunamente strutturate con del personale amministrativo, mantenendo allo stesso tempo il supporto dell'UOC Coordinamento Amministrativo AREA 3;

Dall'analisi documentale, con particolare riferimento alla richiesta di trasferimento relativo all'UOC Terapia del Dolore P.O. Ingrassia, non risulta chiaro quale materiale verrà trasferito al P.O. Villa delle Ginestre e quale rimarrà al P.O. Ingrassia. Infatti, all'interno della documentazione, in particolare all'interno del movimento di carico è inserito il Centro di Costo afferente a Villa della Ginestre. Pertanto, si riteneva necessario chiedere di attenzionare e rappresentare analiticamente, anche a livello extra contabile, la merce che rientra nella medesima richiesta di trasferimento ma riconducibile a diversi Centri di Costo; infine, con riferimento ai beni direttamente consegnati al P.O. Villa delle Ginestre, stante che dall'analisi documentale svolta sono emersi ritardi nella trasmissione del DDT alla farmacia del P.O. Ingrassia, ai fini di una tempestiva registrazione dell'entrata merci; pertanto, si chiedeva di trasmettere tali informazioni al momento della ricezione della merce.

Verifica Audit del 22/10/2024 –Distretto Socio-Sanitario di Termini Imerese

Sintesi Audit: in premessa, il Responsabile dell'UOS Cure Primarie e Specialistica rappresenta che ai PUA di propria competenza territoriale vi sono accessi anche di utenti di competenza territoriale di altri Distretti principalmente per le branche di cardiologia, pneumatologia e medicina legale. Il Responsabile rappresentava altresì che al fine di ottimizzare l'abbattimento delle liste d'attesa sarebbe opportuno che, anche negli altri Distretti afferenti all'ASP di Palermo, gli utenti possano effettuare prenotazioni all'interno di tutto il territorio provinciale e non soltanto nel Distretto di appartenenza.

Di seguito si analizzavano le diverse tipologie di acquisto effettuate dal Distretto Sanitario n.37 – Termini Imerese (DS 37):

- Con riferimento al **servizio di pulizia** il processo si origina attraverso la predisposizione di specifica bolla da parte della ditta aggiudicataria (Dussman), siglata dal Direttore di Distretto. In particolare, mensilmente è effettuata un'attestazione di servizio da parte della ditta che viene recepita e firmata dal Direttore di Distretto, sulla base delle rilevazioni delle presenze tramite badge assegnati al personale

della ditta per il monitoraggio delle ore effettivamente rese. A tal proposito, si ritiene opportuno integrare all'interno del Distretto i fogli firma al fine di facilitare il processo di verifica;

- Per quanto concerne gli **affitti passivi** i referenti aziendali rappresentano che al momento non ne risultano in essere. Gli stessi dichiarano che è prevista la rilevazione di tale fattispecie in concomitanza dell'avvio delle strutture da attivare con i fondi PNRR e in relazione al comodato d'uso gratuito per le strutture di Trabia, Caccamo, Montemaggiore e Alivinusa, sempre collegate al PNRR ma che attualmente non risultano presenti;
- Con riferimento agli **specialisti** i referenti aziendali rappresentano che l'applicativo per gestire la rendicontazione degli stessi è HCM *Akropolis*, in particolare al fine della liquidazione delle prestazioni aggiuntive rese viene effettuata una verifica di coerenza delle presenze (che vengono rendicontate mensilmente all'ufficio preposto dell'UOS Cure primarie) con le ricette che vengono "flussate", un ulteriore controllo risulta la verifica delle firme del paziente per la prestazione erogata. All'interno del gestionale HCM *Akropolis* transitano le quantità e gli importi per tutte le prestazioni aggiuntive (ADP, ADI, PPIP). A tal proposito, in sede di riunione è emerso che il gestionale non permette di effettuare una reportistica in quanto ha solo una funzione di data entry. Infine, sono riconosciuti i km sostenuti dal medico al fine di effettuare le suddette prestazioni, che vengono riconosciuti solo nel caso in cui la prestazione viene resa al di fuori del Distretto;
- Per quanto concerne gli **MMG e PLS** i referenti aziendale rappresentano che ADI, ADP E PPIP vengono caricate su NAR, esclusivamente le quantità tranne per le PPIP per la quale viene caricato anche l'importo;
- Con riferimento alle **attività professionali rese dal personale sanitario all'interno degli istituti penitenziari** è emerso che l'unico servizio "fisso" è odontoiatria per altri servizi vengono espressamente richiesti dall'istituto. A tal proposito il medico che effettua la visita presenta la rendicontazione al direttore dell'istituto, conseguentemente alla verifica svolta con il Distretto il medico emette una fattura pro forma;
- In relazione alle somme, assegnate dall'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali, e del Lavoro, per i cd "**disabili gravissimi**" i referenti aziendali rappresentano che le somme vengono stanziare in base al numero di disabili in carico al Distretto. A cadenza mensile viene effettuata una rendicontazione dei disabili in carico e la struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali decessi. La liquidazione di tali somme viene effettuata su proposta di determina ove si allega la documentazione dei contributi da erogare sulla base del template estratto dal sistema amministrativo contabile che successivamente viene trasmesso all'UOC Bilancio e Programmazione per l'effettiva liquidazione;
- Con riferimento agli **impianti di protesi** il Distretto effettua solamente dei controlli relativamente ai tempi di rinnovo nonché sulla coerenza tra prescrizione del medico e certificazione di invalidità. La liquidazione delle protesi viene effettuata centralmente;
- Con riferimento alle **convenzioni** in essere ad oggi risultano 9 strutture convenzionate tra centri per la specialistica ambulatoriale e laboratori analisi, 1 oculista, 1 odontoiatra, strutture di fisiochinesi, strutture di radiologia e centri dialisi. Con particolare riferimento ai pazienti sottoposti alle **prestazioni di dialisi**, i referenti affermano che il Distretto liquida le seguenti fattispecie:
 - Servizio di trasporto di pazienti dializzati effettuate da ditte convenzionate al trasporto;
 - Rimborso dell'indennità chilometrica riconosciuta ai pazienti, sulla base delle tariffe predeterminate, che si recano presso il centro con mezzi propri;
 - Per i pazienti dializzati presso il proprio domicilio, il rimborso delle spese generali sostenute dagli stessi.

Per la presente tipologia di prestazioni sono assegnati budget e conti economici distinti per tipologia di interventi (dializzati domiciliari, dializzati presso le ditte convenzionate e indennità KM). Nel caso di dializzati presso le ditte convenzionate, le stesse trasmettono mensilmente la propria rendicontazione delle prestazioni erogate, attraverso il flusso M e la relativa reportistica. Tali dati vengono incrociati al

fine di verificarne la corrispondenza e controllati tramite gli applicativi *Fluconvest e Flowlook*. Se l'esito del controllo è positivo, si procederà alla liquidazione delle prestazioni.

Inoltre, in relazione ai cambi di ritmo, i referenti aziendali rappresentavano che gli stessi vengono gestiti previa autorizzazione e relazione clinica del nefrologo.

Per quanto riguarda il rimborso carburante ai pazienti dializzati che si spostano con mezzo proprio, secondo quanto comunicato dai referenti, gli utenti non presentano la documentazione per il rimborso con una cadenza periodica, bensì consegnano la documentazione in un'unica soluzione. Mentre, con riferimento al processo di liquidazione, si apprendeva che i dati comunicati dai pazienti sono caricati sul sistema gestionale, attraverso il quale viene calcolato l'importo da rimborsare. In seguito l'operatore procede a richiamare l'anagrafica del paziente sul sistema amministrativo contabile e a caricare manualmente l'importo da rimborsare. Il ruolo banca generato su sistema amministrativo viene trasmesso insieme alla determina definitiva e al numero di ordine a mezzo mail alla UOC Contabilità Generale affinché generi la fattura fittizia. L'operatore dell'UOC oggetto di verifica controlla, dunque, la presenza della fattura da liquidare a sistema, procedendo alla creazione della lista di liquidazione e successivamente al provvedimento di liquidazione, validato dal direttore della macrostruttura. Alla data della verifica risultano n. 20 assistiti dializzati che usufruiscono del mezzo proprio.

Per il rimborso dei dializzati domiciliari la liquidazione delle somme, invece, è effettuata annualmente sulla base di un tariffario regionale. Il Distretto predispone le liste di liquidazioni esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni erogate dai centri convenzionati. Per quanto concerne le restanti casistiche il Distretto trasmette la rendicontazione delle prestazioni alla UOC Bilancio e Programmazione, il quale predispone la lista di liquidazione.

- A proposito del **rimborso spese viaggi**, soggiorno e spese sanitarie per ricoveri fatti in Italia e all'estero di cui alla L. 79 del 1972 i referenti aziendali rappresentavano che, con certificazione dell'ospedale, l'assistito può recarsi fuori regione al fine di sottoporsi alle cure, per la quale viene formulato un modello S2 per l'estero, un'assicurazione stipulata a seguito dell'autorizzazione da parte dell'Assessorato. Acquisite le certificazioni dell'Assessorato, al quale viene trasmessa la documentazione dell'ospedale e dell'assistito, il paziente si reca nel luogo indicato e in seguito verranno rimborsati, a lui e all'accompagnatore, mezzi pubblici, vitto e alloggio. Ai fini della liquidazione, dopo la compilazione del modulo di riepilogo spese viene redatta una proposta di determina e prodotto il provvedimento di liquidazione firmato dal Direttore di distretto e liquidato dall'UOC Bilancio e Programmazione.

Il budget stanziato è di € 5.000 l'anno ma i referenti comunicavano che chiederanno delle integrazioni.

- Per quanto concerne la **farmacia territoriale** i referenti informavano il G.d.I. Internal Audit che la stessa è unificata alla farmacia ospedaliera del P.O Cimino di Termini Imerese;

Infine, a proposito dei **beni di consumo** è emerso che gli acquisti sono gestiti tramite trasferimento perché non è assegnato un budget di spesa al Distretto Sanitario, mentre, per cancelleria e stampati, è presente un budget di spesa per la cui determinazione è stato trasmesso il relativo piano dei fabbisogni triennali all'UOC Approvvigionamenti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azione PAC oggetto di verifica, in sede di riunione e dall'analisi documentale svolta non emergono particolari criticità tali da inibire il raggiungimento degli obiettivi preposti dalle stesse. Tuttavia, al fine di migliorare il processo, in sede di rendicontazione delle prestazioni aggiuntive da parte dei medici specialisti, si raccomandava di avviare specifiche interlocuzioni con l'SW al fine di permettere l'estrazione della reportistica presente sul sistema *HCM Akropolis*.

Inoltre, in relazione alle richieste di acquisto di farmaci trasmesse al Dipartimento Farmaceutico, si chiedeva alla struttura di formalizzare tramite apposita nota protocollata tale fattispecie.

Verifica Audit del 26/11/2024 – UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2

Sintesi Audit: in premessa si rappresenta che il Direttore dell'UOC Coordinamento Amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2 ha assunto il suo incarico nel mese di febbraio 2023.

Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti della UOC oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dall'UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica.

Emergeva, con riferimento alla determinazione del fabbisogno, che lo stesso è richiesto ai responsabili delle strutture, esclusi i farmaci, che seguono un canale di comunicazione diretta con il Dipartimento Farmaceutico.

Con riferimento all'anno 2024 sono stati acquistati i fabbisogni solamente da due presidi ospedalieri, pertanto il processo di determinazione del Fabbisogno di acquisto non risulta completamente gestito tramite richieste dalle articolazioni di competenza della struttura oggetto di verifica, ma è determinato tramite l'assegnazione provvisoria del 70% del budget utilizzato nell'anno precedente, con la possibilità di integrare, nel corso dell'anno il budget richiesto nonché con la possibilità di richiedere storni da un determinato conto economico al fine di integrare un altro conto economico ritenuto "in sofferenza".

Per quanto concerne la gestione dei contratti e dell'"anagrafica fornitore" è emerso che la struttura in oggetto gestisce la segnalazione delle anagrafiche fornitori, trasmesse, all'UOC Approvvigionamenti per il conseguente caricamento a sistema.

A proposito dei servizi direttamente gestiti dall'UOC Coordinamento Amministrativo Area 2, la stessa risulta principalmente impegnata nella gestione dei servizi di mensa ospedaliera e lavanderia.

Da *inquiry* con i referenti aziendali, risultava che gli acquisti possono essere compiuti secondo diverse modalità: tramite il Mepa con RDO, attraverso un confronto di preventivi (almeno tre preventivi), oppure tramite acquisto diretto in casi urgenti o quando necessario.

Ogni acquisto è quindi gestito seguendo criteri di efficienza e trasparenza, con il fine di garantire l'adeguatezza delle risorse acquistate e il rispetto delle normative vigenti.

Infine, in sede di audit con riguardo al sistema amministrativo contabile, risultava che in precedenza era previsto un unico codice ufficio per la ricezione delle fatture sia per beni e servizi che per i farmaci, questo causava delle difficoltà circa le liquidazioni, poiché il Dipartimento Farmaceutico liquidava fatture di competenza dell'UOC Coordinamento Amministrativo e viceversa.

Ad oggi, al fine di sanare tale criticità sono stati creati due codici ufficio differenti, purtroppo taluni fornitori continuano ad utilizzare il codice ufficio unico precedentemente previsto.

Dalla verifica effettuata, non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, in esito alla riunione e dall'analisi documentale eseguita, non emergono particolari criticità tali da inibire il raggiungimento degli obiettivi preposti dalle stesse.

Tuttavia, si è raccomandato di avviare specifiche interlocuzioni con l'SW al fine di inibire il precedente codice ufficio, facendosi parte proattiva di un processo di sensibilizzazione rivolto ai fornitori al fine di far trasmettere le fatture ai corrispettivi codici ufficio di competenza.

Verifica Audit del 27/11/2024 – Dipartimento di Prevenzione

Sintesi Audit: Da *inquiry* è emerso che Il Dipartimento di Prevenzione non effettua acquisti diretti ma le gare per acquisti vengono espletate mediante Centrale Unica di Committenza (CUC), attraverso procedure seguite dalla U.O.C. Approvvigionamenti.

Per la gestione dei magazzini vi sono analogie gestionali con il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, ma il Dipartimento di Prevenzione si occupa solo della distribuzione, procedendo in autonomia al caricamento dei prodotti in anagrafica.

Le gare sono quasi tutte destinate ad un approvvigionamento triennale delle risorse e l'inserimento avviene solo per i prodotti di nuova acquisizione.

Il fabbisogno viene determinato dalla CUC, che nomina un'azienda capofila responsabile della raccolta delle richieste. Per l'approvvigionamento dei vaccini, la stima del fabbisogno è basata sul numero di nuovi nati,

considerando l'anno di nascita e l'età anagrafica degli assistiti. In passato, un dirigente medico, si occupava della statistica e della valutazione del fabbisogno in modo preciso. Attualmente, è il Direttore della UOC Sanità Pubblica ed Epidemiologia, su richiesta della CUC tramite la capofila, a determinare i fabbisogni. Inoltre, nel caso di gare annuali, vengono considerati i dati forniti dall'azienda capofila; se la gara è triennale, tali dati vengono proiettati per i tre anni.

Da *inquiry* emergeva come chi effettua la stima del fabbisogno non è a conoscenza del prezzo a cui comprerà i vaccini. Per esempio, ci sono vaccini il cui valore cambia di anno in anno in base a dei fattori puramente scientifico produttivi. Successivamente, arrivata la comunicazione all' UOC Approvvigionamenti dell'espletamento della gara, la medesima UOC redige le proposte di delibera che trasmette per conoscenza all'UOC Epidemiologia per il successivo impegno di spesa, aprendo l'autorizzazione di spesa e le relative sub autorizzazioni. E' effettuato un controllo quali-quantitativo dagli operatori competenti in relazione al confronto tra bolla e ordine, le movimentazioni di magazzino vengono effettuate tempestivamente e le attività di inventariazione vengono fatte semestralmente.

Per quanto riguarda il caricamento delle "anagrafiche prodotto", è svolta manualmente dal Dipartimento di Prevenzione.

È emersa la necessità di prevedere il caricamento massivo delle anagrafiche dei vaccini, tuttavia, la struttura sostiene che si tratti principalmente di un aggiornamento dei prezzi, poiché i prodotti rimangono invariati.

Inoltre, è stata riscontrata una criticità relativa alla duplicazione dei fornitori e delle "anagrafiche prodotto". Per quanto riguarda i fornitori, l'errore è stato risolto dall' SW Areas, bensì persistono ancora delle duplicazioni nelle anagrafiche prodotto.

Il sistema di gestione dei vaccini attualmente in uso è Onit, si è scelto di adottare l'anagrafica unica regionale AVUR, che consente una registrazione tempestiva delle vaccinazioni effettuate nei vari presidi.

In relazione al materiale di laboratorio, il Dasoe emana le disposizioni per fare i piani annuali/triennali per i campionamenti (in base alla natura del campionamento per es. spiagge balneari annualmente). In base al piano di campionamento viene effettuata la stima della quantità di beni a cui viene aggiunto un ridotto margine ulteriore. Nel momento in cui si avvia l'approvvigionamento è effettuato un controllo a sistema sull'eventuale giacenza e in tal caso viene richiesto il trasferimento. Viceversa, viene effettuata richiesta formale con nota all'UOC Approvvigionamenti al fine di predisporre la gara. Ricevuta l'offerta tecnica, la stessa viene inviata alla struttura richiedente per gli opportuni controlli.

Effettuata la proposta di determina vengono espletate le procedure di contrattualizzazione e viene effettuato l'ordine. Ricevuta la merce ed effettuati i dovuti controlli quali quantitativi, l'operatore competente effettua l'operazione di entrata merce.

In sede di liquidazione il laboratorio trasmette al Dipartimento di Prevenzione tramite protocollo la documentazione con gli allegati per provvedere alla stessa, la fattura arriva nello SDI e l'operatore addetto effettua l'accettazione della fattura, previ controlli.

Infine, si segnala che nei laboratori non viene effettuata attività inventariale.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: non emergono criticità.

Azione I1.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5"

Verifica Audit del 10/10/2024 – UOC Integrazione Socio – Sanitaria

Sintesi Audit: in sede di audit il Responsabile della struttura oggetto di verifica, nel confermare il processo operativo precedentemente rilevato, rappresentava che, in relazione alle precedenti verifiche ove si segnalava un gap di procedura circa le attività, le responsabilità, i controlli e le relative tempistiche che caratterizzano il processo della Struttura oggetto di verifica, la procedura aziendale è stata revisionata con delibera n. 274 del 27/02/2024. A tal proposito il Responsabile della struttura oggetto di verifica precisa che all'interno della procedura, la collaborazione con le UVM distrettuali, viene riportata solo in "situazioni complesse", invero, la struttura si avvale giornalmente della collaborazione delle UVM distrettuali in quanto le stesse per competenza autorizzano l'eventuale ricovero del paziente segnalato per dimissione "protetta" ed effettuato i controlli sulle giornate di degenza all'interno delle RSA dei pazienti di propria competenza.

Inoltre, al fine di facilitare le dimissioni “protette” e favorire le tempistiche di tale processo, attività che peraltro libera gli ospedali dalle pressioni e accompagnano i familiari nell'assistenza al malato, la struttura ha istituito un gruppo di lavoro, non formalizzato, composto da due medici, un assistente sociale ed 1 autista, che svolge un'attività di coordinamento dei diversi UVM distrettuali.

Da *inquiry*, come segnalato nelle precedenti verifiche, emergeva che il ricovero in RSA avviene tramite una richiesta sanitaria del medico di famiglia o del medico ospedaliero, a seconda della situazione del paziente e previa valutazione dell'UVM competente del territorio.

L'autorizzazione al ricovero viene rilasciata dalla UOS Socio-Sanitaria del Distretto competente, che trasmette la documentazione necessaria alla RSA e ai Servizi Sociali del Comune.

Con riferimento ai controlli di incompatibilità relativi alle RSA, il Responsabile della struttura rappresentava al G.d.I. Internal Audit che trimestralmente, la struttura oggetto di verifica, richiede alle strutture accreditate il personale attualmente attivo che opera all'interno delle strutture, acquisiti i riscontri trasmesse i nominativi alle Aziende del SSR al fine di farne verificare l'eventuale incompatibilità. A tal proposito, da *inquiry* emergeva che per l'anno 2023 sono stati circolarizzati i nominativi relativi al personale attivo all'interno delle strutture accreditate mentre, per l'anno 2024, non è stata ancora inviata la richiesta di ricognizione del personale attivo alle strutture accreditate in quanto vi nuove strutture in fase di accreditamento.

In relazione agli applicativi attualmente in uso la struttura oggetto di verifica rappresentava che è stata effettuata una migrazione di sistema da *Datosis e CurePalliativeweb*, adottando quale gestionale unico 4PCS-UOCP tale migrazione ha comportato diverse difficoltà nell'elaborazione dei flussi per il periodo impattato. Inoltre l'applicativo, alla data della verifica, non risultava integrato con il sistema amministrativo contabile. All'interno del suddetto gestionale, è possibile gestire le pratiche in ingresso, segnalate dal PUA, indicare la scelta della struttura accreditata indicata dal paziente ed effettuare le valutazioni dell'UVM, precedentemente effettuate in loco ed adesso gestite da remoto al fine di velocizzare il processo.

Inoltre, da *inquiry* è emersa la difficoltà della struttura nella visualizzazione delle disponibilità residue in ogni sub autorizzazione pertinente alla struttura. Infatti, gestendo molteplici sub autorizzazioni, il sistema amministrativo contabile non permette una visualizzazione riepilogativa delle sub autorizzazioni assegnate alla struttura, ma tale dato informativo può essere visualizzato solo singolarmente.

A proposito dell'obiettivo previsto dal PNRR Missione 6_subinvestimento M6C1 I1.2.1 – assistenza domiciliare si rappresenta che all'ASP di Palermo per l'anno 2024 è stato assegnato un obiettivo pari a 27.180 casi, come totale pazienti over 65, e a 11.500 casi, come nuovi casi di pazienti over 65.

Riguardo al suddetto obiettivo, la struttura oggetto di verifica ha fornito in seguito una relazione integrativa, di cui alla nota prot. 500159/2024 del 24.10.2024, dal quale emergeva che i dati rilevati dal programma gestionale in uso, per le attività di assistenza domiciliare, non coincidono con quelli trasmessi ed acquisiti dall'Assessorato, a causa di un elevato numero di scarti.

Si prende atto che sono in corso azioni di verifica e di correzione informatica degli errori.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: nonostante l'esito positivo attribuito alle azioni oggetto di verifica, determinato dall'aderenza del processo operativo messo in atto dalla struttura rispetto alla procedura Aziendale, nonché dalla coerenza rilevata dall'analisi documentale svolta, si richiedeva, in relazione alla difficoltà emersa in sede di visualizzazione del budget residuo nelle diverse sub autorizzazioni di spesa, di avviare specifiche interlocuzioni con la SW al fine di valutare la possibilità di inserire un report riepilogativo in ordine alle sub autorizzazioni di spesa associata alla struttura.

Per quanto riguarda il nuovo applicativo in uso (4PCS-UOCP) chiedeva di avviare specifiche interlocuzioni con la SW al fine di integrare tale applicativo con il sistema amministrativo contabile, stante la significatività dei dati transitati all'interno dello stesso.

Con riferimento all'obiettivo previsto dal PNRR Missione 6_subinvestimento M6C1 I1.2.1 – assistenza domiciliare, si raccomandava, stante la significatività economica dell'obiettivo, di concludere tempestivamente tali verifiche al fine di allineare il dato gestionale (dato effettivo) con i dati del flusso SIAD, dato che lo stesso verrà utilizzato dal Ministero quale dato effettivo per valutare il conseguimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 06/11/2024 – UOC Assistenza riabilitativa territoriale

Sintesi Audit: in premessa si segnala che il precedente gestionale GST è stato sostituito con il gestionale SAAP che risulta integrato con il sistema amministrativo contabile AREAS. Con riferimento al servizio di ventiloterapia, i referenti aziendale riferiscono che è ancora in atto la migrazione dal gestionale GST a SAAP; infatti, le precedenti autorizzazioni non attivate su SAAP vengono gestite su GST.

In particolare, le utenze SAAP sono state fornite a:

- Distretti Sanitari;
- Medici Prescrittori;
- Fornitori;
- UOS Coordinamento Assistenza Protesica, presidi e ausili, solo a livello informativo;

UOS Coordinamento Assistenza Protesica, presidi e ausili

Nel rettificare il processo prima descritto, si riportano di seguito i principali aggiornamenti intervenuti a seguito delle migrazioni intervenute sui sistemi gestionali e sul sistema amministrativo contabile. In sede di audit è emerso che, per quanto riguarda i fornitori extra regione, gli stessi sono concessi in deroga per i pazienti fuori regione. I fornitori "esterni" che vogliono essere inseriti nell'elenco fornitori della Regione devono avere una sede operativa nel territorio regionale. Nel caso di una richiesta da una ditta "esterna", l'UOS effettua una verifica preventiva sulla documentazione richiesta e successivamente trasmette la stessa all'UOC Bilancio e Programmazione per il caricamento dell'anagrafica su AREAS e alla SW SAAP per l'inserimento dell'anagrafica all'interno del gestionale SAAP.

Come detto in precedenza il sistema GST è stato sostituito con il gestionale SAAP.

Mentre su GST l'utente visualizzava con il proprio profilo la lavorazione della fattura, oggi, sul sistema SAAP viene visualizzato l'ordine NSO e le relative autorizzazioni per cui è stato inviato, con conseguente perdita di dato informativo.

A proposito del processo di acquisto di protesi, a seguito della migrazione di gestionale, i referenti aziendali rappresentavano che, successivamente alla prescrizione del medico, per la quale ancora non sono state attivate tutte le relative utenze SAAP, l'utente ha libertà di scelta per quanto riguarda il fornitore. Il fornitore, presente su SAAP, prende in carico la protesi ed avvia il processo di verifica da parte del Distretto Sanitario di competenza in relazione alla coerenza tra prescrizione e protesi assegnata. Conseguentemente alla verifica, è rilasciata l'autorizzazione che genera l'ordine su AREAS.

A tal proposito, veniva comunicato che ogni cinque del mese successivo si estraggono tutte le autorizzazioni e viene generato un ordine per fornitore con conseguente movimento di carico e scarico multiplo.

In seguito della migrazione al nuovo gestionale è emersa la rimozione dell'*alert* per la verifica della validità dei DURC precedentemente previsto e ritenuto necessario dal G.d.I. Internal Audit, stante l'elevato numero di fornitori.

Inoltre, da *inquiry* con i referenti aziendali sono emerse talune criticità in sede di entrata merci.

Si rilevava, infatti, che con il sistema SAAP emergono difformità di prezzo, derivanti da prodotti non in linea con il tariffario regionale. Tuttavia, è stato effettuato il recupero delle somme non dovute relativamente a quest'ultima fattispecie ed è inoltre avviata un'attività di verifica sui codici prodotto difformi ad oggi riscontrate al fine di allinearne il prezzo al tariffario regionale.

Per quanto riguarda la registrazione delle fatture, i referenti comunicavano che dall'anno corrente la U.O.S. procede in autonomia, a differenza del passato in cui la SW provvedeva massivamente con accettazione per decorrenza termini.

A proposito del servizio di ventiloterapia, come detto, è in atto la migrazione da GST e SAAP e i referenti rappresentavano che la stessa dovrebbe concludersi al 31.12.2024.

Ad oggi vi sono 14 fornitori in essere a seguito della nuova gara triennale del febbraio 2024. In particolare, oltre alla fornitura del bene è erogato anche il servizio di attivazione del prodotto a cadenza mensile. A livello di gestione con il sistema GST, l'attivazione della pratica iniziava dalla consegna del ticket

identificativo per la presa in carico del paziente. A oggi, tramite SAAP, non è più fornito il ticket al paziente poiché l'assegnazione della pratica al fornitore del bene e del servizio di attivazione risulta di competenza del Distretto di appartenenza. In relazione al nuovo processo in aderenza con il nuovo gestionale SAAP, i referenti aziendali comunicavano che, a differenza della protesica, il prescrittore che ha avuto accesso al gestionale seleziona l'indicazione del fornitore e, una volta approvata la pratica dal prescrittore e trasmessa al Distretto di appartenenza, previa verifica, la documentazione viene trasmessa all'UOS Coordinamento Assistenza protesica, presidi e ausili. I referenti aziendali comunicavano che la registrazione delle fatture veniva effettuata massivamente dall'SW, mentre oggi vi è un controllo da parte degli operatori della U.O.S. Per le fatture emesse in relazione ad autorizzazioni rilasciate tramite GST, verrà effettuato un ordine NSO a convalida. Viceversa, per le autorizzazioni rilasciate tramite nuova piattaforma SAAP, l'ordine NSO verrà inviato ai fornitori prima della emissione della fattura, entro il 5 del mese successivo tramite integrazione con AREAS206.

Infine, i referenti aziendali rappresentavano che, sia sulla gestione dell'assistenza protesica che sul servizio di ventiloterapia, le criticità legate al nuovo gestionale sono riconducibili, in particolare, all'assenza dell'*alert* automatico su DURC scaduti, per la quale la struttura ha già effettuato due richieste, alla presenza di molteplici fornitori duplicati e alla presenza di più iban all'interno dello stesso fornitore.

UOS Coordinamento attività centri di riabilitazione

In sede di riunione, è emerso che, con D.A. 456/2024, sono stati determinati gli aggregati di spesa provinciali per il triennio 2024 — 2026 per i Centri di Riabilitazione ex art.26 Legge n.833/78. Ad oggi risultano 29 centri accreditati e il tetto di spesa non viene mai superato al netto di una volta per effetto di un errore nel tariffario e conseguente errore nei controlli da parte del Distretto Sanitario di appartenenza. Per quanto riguarda gli accessi extra regionali non c'è un tetto di spesa e le verifiche ai centri accreditati rientrano nella competenza del Distretto Sanitario territoriale che in media sono svolte semestralmente.

La liquidazione ai centri è trimestrale, con un anticipo pari all'85% dell'ultimo trimestre liquidato, successivamente alla chiusura del trimestre i centri trasmettono la rendicontazione a tutti i distretti e previa verifica da parte dei Distretti, delle prestazioni rese dai singoli Centri, viene effettuata la liquidazione dei saldi. Inoltre, i referenti aziendali rappresentano che il totale dei quattro trimestri non può sfiorare il tetto di spesa annuale ma trimestralmente è possibile sfiorare il budget pro quota.

Infine, si rappresentava che la struttura è competente per la verifica del Flusso *ex art.26 (SIAD)* trasmesso dai Centri e successivo invio al SIS. Di nuova introduzione sono i flussi SIAR, ovvero "sistema informativo assistenza riabilitativa", entrati in vigore a ottobre 2023 ed elaborato per il primo trimestre 2024. Alla stessa maniera il flusso SIAR è trasmesso dal Centro convenzionato per attività riabilitative semiresidenziali e residenziali in formato XML (la cui struttura prevede i tracciati "pic" – per la registrazione dei pazienti - e "riab" – per i trattamenti effettuati -). L'UOS provvede a ricevere i due tracciati, caricarli sulla piattaforma "flowlook web", configurata per la verifica formale dei file inviati. A seguito di esito positivo del predetto controllo formale, i tracciati vengono trasmessi al SIS, il quale inoltra questi ultimi all'Assessorato Regionale della Salute, che provvederà a caricare gli stessi sulla piattaforma ministeriale deputata alla verifica "logica". Qualora dovessero essere rilevati errori, l'Assessorato comunica all'ASP la correzione che dovrà eseguire il Centro di riabilitazione interessato.

La finalità del flusso SIAR è monitorare l'andamento delle liste di attesa.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, sono emerse alcune criticità non direttamente imputabili alla struttura oggetto di verifica. Infatti, la migrazione al nuovo gestionale SAAP ha generato delle inefficienze a livello di processo.

A tal proposito si è raccomandato di:

- Avviare specifiche interlocuzioni con l'SW SAAP al fine di garantire, tramite la propria profilatura utente la visualizzazione dello stato della fattura e non solamente dell'ordine, così come accadeva con il precedente sistema GST;
- Continuare il processo di sollecito al fine di istituire specifico *alert* che segnali un eventuale DURC non valido;

- Concludere, con riferimento al gap emerso in sede di entrata merci, l'attività di monitoraggio dei prodotti che hanno un prezzo difforme dal tariffario regionale al più presto, facendosi proattiva nei confronti della SW.
- Eseguire una bonifica delle anagrafiche fornitori in relazione ai duplicati riscontrati e ai molteplici IBAN associati al singolo fornitore, pertanto si invita la UOC oggetto di verifica a sollecitare la UOC Bilancio e programmazione essendo tale attività di sua competenza;
- Terminare, quanto prima, il processo di migrazione totale dal sistema GST al sistema SAAP.

Verifica Audit del 28/11/2024 – Dipartimento Di Diagnostica Per Immagini

Sintesi Audit: in sede di riunione è emerso che il Dipartimento si occupa della gestione delle prestazioni sanitarie erogate attraverso la radiologia ospedaliera e territoriale, con particolare attenzione allo screening mammografico e all'integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali. Le principali strutture coinvolte nell'erogazione delle prestazioni sono:

- Radiologia Ingrassia
- Radiologia Civico di Partinico
- Radiologia di Corleone
- Radiologia di Termini
- Radiologia di Petralia

Le risorse destinate al Dipartimento sono utilizzate per la formazione e aggiornamento professionale del personale, per il controllo del flusso di pazienti, per l'acquisto di attrezzature, per l'implementazione di standard operativi e procedure ed infine per il monitoraggio della qualità e produttività (per lo screening mammografico).

Il Dipartimento programma e monitora le attività radiologiche svolte presso ogni struttura, con la facoltà di assegnare le professionalità ospedaliere e territoriali in un regime integrato. L'obiettivo è garantire un utilizzo ottimale delle risorse umane e migliorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi.

Il Responsabile del Dipartimento informava il G.d.I. Internal Audit che ha adottato il sistema RIS/PACS per la digitalizzazione delle immagini radiologiche e dei referti. La piattaforma Daitom 3 è stata fornita con un contratto della durata di sette anni e attualmente è in corso la migrazione dei dati dal precedente sistema gestionale, mentre l'accesso al vecchio sistema è consentito solo in modalità di consultazione.

Il Dipartimento gestisce il controllo e la manutenzione delle attrezzature radiologiche, inclusi i mammografi, che rappresentano un valore economico complessivo di 16,5 milioni di euro, tuttavia emergeva che non sono previste verifiche periodiche sull'accreditamento delle strutture, sia pubbliche che convenzionate, poiché la stessa struttura non ne è competente.

In relazione agli acquisti di prestazione da soggetti privati accreditati il Dipartimento si occupa di:

- Verificare la congruità delle prestazioni erogate.
- Controllare la correttezza delle codifiche utilizzate.
- Monitorare la coerenza delle informazioni registrate.
- Gestire il processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture private, garantendo che mantengano i requisiti richiesti.
- Assicurare il controllo della congruenza tra prestazioni erogate, fatturate e liquidate.

Il Dipartimento si occupa anche dell'acquisto delle attrezzature necessarie per l'erogazione delle prestazioni. Gli acquisti sono pianificati in conformità agli obiettivi aziendali e agli standard previsti, utilizzando, ove possibile, le gare centralizzate. Nel caso di materiali nuovi, è avviata una RDO mentre le richieste riguardanti il territorio sono gestite dai distretti di appartenenza, mentre per gli ospedali esistono magazzini fisici e informatici che consentono di monitorare e gestire gli ordini. In particolare, si rappresenta che gli scarichi da sistema sono effettuati con cadenza settimanale.

In sede di Audit è stato comunicato che l'Azienda ha attivato una convenzione con ASST Sacco di Milano, a proposito di consulenze nella refertazione di risonanze magnetiche fetali, neonatali e pediatriche, gestita direttamente dalla struttura oggetto di verifica.

Infine, a proposito del fabbisogno di acquisti di beni e servizi, si rappresenta che è stato trasmesso il fabbisogno riguardante gli anni 2025-2027.

Verifica audit somministrazione questionario - UOC Affari generali e convenzioni

Sintesi Audit: la verifica è stata svolta a mezzo di questionario, il Direttore dell'UOC, pertanto, ha descritto come da quesito posto, il processo di convenzionamento delle Strutture da accreditare.

In particolare, le istanze per le nuove convenzioni, afferma, sono trasmesse alla UOC Affari Generali e Convenzioni che acquisisce dalle strutture titolari di budget per la gestione del servizio da convenzionare:

- il parere favorevole alla stipula della convenzione, tenuto conto del fabbisogno previsto/programmato;
- lo schema di convenzione e l'importo di budget da contrattualizzare o la stampa proposta con il budget assegnato;
- il CIG (ove richiesto).
- acquisito il parere favorevole, la UOC Affari Generali e Convenzioni chiede, alla struttura da convenzionare:
 - o la documentazione relativa all'autorizzazione sanitaria e il Decreto assessoriale di accreditamento, copia dello Statuto e dell'Atto costitutivo;
 - o l'ultimo verbale di assemblea o visura camerale aggiornata in base alla forma giuridica della struttura;
 - o la documentazione del legale rappresentate, dei componenti del CdA, del Collegio Sindacale o del revisore;
 - o l'elenco del personale distinto per qualifica.

Una volta effettuate tutte le verifiche preliminari e acquisite le suddette informazioni, l'UOC Affari Generali e Convenzioni, predispone il contratto di convenzione e l'atto deliberativo che viene trasmesso prima alla UOC Bilancio e Programmazione, per la verifica dell'esattezza dei conti di riferimento e della competenza economica e, successivamente, alla Direzione Generale per l'adozione.

L'UOC titolare del budget che gestisce operativamente la convenzione, unitamente alla UOC Affari Generali e Convenzioni, cura il monitoraggio della scadenza delle convenzioni con apposito file e, in ottemperanza alla normativa sulla trasparenza, la pubblicazione delle convenzioni stipulate in apposita sezione del sito web aziendale con cadenza bimestrale.

In relazione ai rinnovi delle convenzioni la UOC Affari Generali e Convenzioni riceve le richieste di rinnovo delle convenzioni in scadenza da parte delle articolazioni aziendali titolari del relativo budget o dalle stesse strutture convenzionate. In questo ultimo caso, acquisisce parere favorevole dalla U.O titolare del budget. Per il rinnovo delle convenzioni la UOC Affari Generali e Convenzioni svolge gli stessi controlli effettuati in caso di rilascio *ex novo* delle convenzioni e, in caso di esito positivo, predispone il contratto di convenzione e l'atto deliberativo che viene trasmesso prima alla UOC Bilancio e Programmazione e dopo alla Direzione Generale.

Nel corso delle precedenti verifiche da intervista era stato appurato che la UOC Affari generali e convenzioni curava la fase connessa all'istruttoria di convenzionamento e rinnovo delle convenzioni con le strutture sanitarie private accreditate rientranti nelle seguenti tipologie: comunità terapeutiche assistite (CTA) e strutture di riabilitazione ex art. 26 - per le quali è previsto un tetto assessoriale - residenze sanitarie assistenziali (RSA), Comunità alloggio (CA), Ser.t, Centri diurni (CD).

Per quanto riguarda il rilascio delle convenzioni, lo schema di convenzione era fornito dalla struttura di competenza e la stessa comunicava l'importo di budget da contrattualizzare con ciascuna struttura e il parere favorevole al rilascio. L'UOC Affari generali e convenzioni richiedeva dunque, alla struttura da convenzionare, la documentazione relativa all'autorizzazione sanitaria, il decreto assessoriale di accreditamento assessoriale, l'elenco del personale distinto per qualifica, copia dello statuto atto costitutivo, ultimo verbale di assemblea o la visura camerale aggiornata (secondo la forma giuridica della struttura) e tutta la documentazione che riguarda il legale rappresentante, i componenti del cda, del collegio sindacale o del revisore (antimafia, carichi pendenti, casellario giudiziario, indicazione del nucleo familiare di tutti). Effettuate le verifiche preliminari alla stipula della convenzione, l'UOC predisponendo il contratto di convenzione e l'atto deliberativo, allegandovi tutta la documentazione ivi richiamata.

Rinnovo Convenzioni - la UOC non effettuava un monitoraggio dei contratti in scadenza., erano di solito le strutture che in prossimità della scadenza provvedevano alla richiesta di rinnovo; la richiesta di Rinnovo poteva pervenire:

- dal dipartimento di competenza

- dalla struttura accreditata

Successivamente si svolgevano i medesimi controlli effettuati in caso di rilascio ex novo della convenzione, come sopra descritti. La delibera di convenzione/rinnovo convenzione veniva trasmessa all'UOC Bilancio e programmazione per la verifica della disponibilità economica. La delibera veniva trasmessa all'UOC AA.GG. per l'invio e alla Direzione per l'adozione e la pubblicazione sul sito aziendale. La gestione dei contratti è cartacea. Infine, il Direttore della struttura oggetto di verifica rappresenta che ad oggi viene effettuato il monitoraggio delle convenzioni in scadenza tramite specifico file extracontabile.

Verifica audit somministrazione questionario - Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sintesi Audit: con riferimento alle Azioni PAC in oggetto emerge come la struttura oggetto di verifica effettui esclusivamente richieste di acquisto/trasferimento, secondo due modalità differenti:

- Farmaci: per l'acquisto di farmaci il budget è assegnato al Dipartimento farmaceutico e le eventuali procedure di gara e le relative liquidazioni sono espletate dallo stesso. Il Dipartimento veterinario effettua esclusivamente le richieste di acquisto, sulla base del fabbisogno identificato, e il controllo sulla capienza del budget, comunicato al Dipartimento farmaceutico tramite nota;
- Materiale di consumo: il budget è assegnato all' UOC Approvvigionamenti e le eventuali procedure di gara e le relative liquidazioni sono espletate dalla stessa. Il Dipartimento veterinario effettua esclusivamente le richieste di acquisto, sulla base del fabbisogno identificato.

Pertanto, l'attività relativa agli acquisti è gestita dal Dipartimento Farmaceutico e dalla UOC Approvvigionamenti, limitando l'attività del Dipartimento Veterinario solamente alla mera richiesta di fornitura. Per l'anno 2024 non è stata eseguita alcuna procedura di acquisto per la quale sia possibile allegare nulla oltre la richiesta di approvvigionamento. Ed infatti, un recente acquisto di n.5000 microchip, è avvenuto tramite una mera richiesta di fornitura alla UOC Approvvigionamenti che si è occupata della gestione della gara ed invece il Dipartimento del Farmaco ha gestito l'ordine, il carico merce, e la successiva liquidazione della fattura.

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

Verifica Audit del 10/10/2024 – UOC Integrazione Socio – Sanitaria

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti della UOC oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dalla UOC, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il personale della UOC ha descritto le attività connesse al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata.

Dalla verifica effettuata, non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 17/10/2024 –Presidi Ospedalieri (PP.OO.) Villa Delle Ginestre

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti del Presidio Ospedaliero oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dal Presidio, ed è stata, inoltre, compiuta una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il personale del Presidio ha descritto le attività connesse al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata.

Dalla verifica effettuata non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 22/10/2024 –Distretto Socio-Sanitario di Termini Imerese

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti del Distretto Sanitario n. 37, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista

sulle attività svolte dal Distretto, ed è stata, inoltre, eseguita una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il personale del Distretto ha descritto le attività connesse al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata. Dalla verifica effettuata, non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 06/11/2024 – UOC Assistenza riabilitativa territoriale

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti della Struttura oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dalla UOC Assistenza riabilitativa territoriale, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il personale della Struttura ha descritto le attività connesse al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata. Dalla verifica effettuata non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 12/11/2024 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti del Dipartimento oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dal Dipartimento, ed è stata, inoltre, eseguita una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il direttore del Dipartimento ha descritto le attività collegate al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata. Dalla verifica effettuata, non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 27/11/2024 – Dipartimento di Prevenzione

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti del Dipartimento oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dal Dipartimento, ed è stata, inoltre, eseguita una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il direttore del Dipartimento ha descritto le attività collegate al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata. Dalla verifica effettuata, non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Audit del 28/11/2024 – Dipartimento Di Diagnostica Per Immagini

Sintesi Audit: Nel corso dell'intervento di audit è stato ripercorso con i partecipanti del Dipartimento oggetto di verifica, il processo amministrativo-contabile ed extracontabile svolto. È stata, dunque, svolta un'intervista sulle attività svolte dal Dipartimento, ed è stata, inoltre, effettuata una verifica documentale ed operativa e della procedura in vigore al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato dalla struttura organizzativa oggetto di verifica. In particolare, nel corso dell'intervista, il personale del Dipartimento Di Diagnostica Per Immagini ha descritto le attività connesse al processo di liquidazione per cui è competente ed è stata analizzata la documentazione a supporto della liquidazione effettuata. Dalla verifica effettuata non si rilevano criticità tali da compromettere il raggiungimento dell'obiettivo.

Azione I6.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (di cui all'azione PAC I6.1)"

Verifica Audit del 10/10/2024 – UOC Integrazione Socio – Sanitaria

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo alla UOC oggetto di verifica. In sede di Audit, il Responsabile della struttura oggetto di verifica precisa che all'interno della procedura PAC aziendale, la collaborazione con le UVM distrettuali, è riportata con la dicitura *solo in "situazioni complesse"*. Invero, la struttura si avvale giornalmente della collaborazione delle UVM distrettuali poiché le stesse per competenza autorizzano l'eventuale ricovero del paziente segnalato per dimissione "protetta" ed effettuato i controlli sulle giornate di degenza all'interno delle RSA dei pazienti di propria competenza. Pertanto il G.d.I. ha chiesto alla struttura di comunicare al referente PAC aziendale eventuali modifiche della procedura oggetto di verifica.

Inoltre, al fine di facilitare le dimissioni "protette" e favorire le tempistiche di tale processo, attività che decongestiona gli ospedali dalle pressioni, fornendo peraltro un sostegno ai familiari nell'assistenza al malato, la struttura ha istituito un gruppo di lavoro che svolge un'attività di coordinamento dei diversi UVM distrettuali, non previsto dalla procedura aziendale, composto da due medici, un assistente sociale ed un autista.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: In relazione al gruppo di lavoro istituito in capo al dipartimento, al fine di coordinare le attività delle UVM distrettuali, si è chiesto di formalizzare l'istituzione dello stesso tramite specifico atto formale.

Verifica Audit del 17/10/2024 – Presidi Ospedalieri (PP.OO.) Villa Delle Ginestre

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo al Presidio oggetto di verifica.

Verifica Audit del 22/10/2024 – Distretto Socio-Sanitario di Termini Imerese

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo al Distretto Socio-Sanitario di Termini Imerese.

Verifica Audit del 06/11/2024 – UOC Assistenza riabilitativa territoriale

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti, relativi alle prestazioni, in capo alla struttura oggetto di verifica.

Verifica Audit del 12/11/2024 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti concernenti le prestazioni in capo al Dipartimento oggetto di verifica.

Verifica Audit del 26/11/2024 – UOC Coordinamento amministrativo dei presidi ospedalieri e territoriali Area 2

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo alla UOC oggetto di verifica.

Verifica Audit del 27/11/2024 – Dipartimento di Prevenzione

Sintesi Audit: In relazione alla segregazione delle funzioni la procedura interna esaminata prevede una chiara suddivisione dei ruoli e delle responsabilità. Infatti, le diverse fasi sono applicate e gestite da diversi soggetti aziendali. Il Dipartimento ha provveduto all'elaborazione di una "Matrice delle Responsabilità" tra i

diversi attori coinvolti, in modo da rendere più trasparente il processo di attribuzione dei relativi compiti e responsabilità. Pertanto, non emergono rilievi in merito all'implementazione dell'azione PAC I6.1.

Verifica Audit del 28/11/2024 – Dipartimento Di Diagnostica Per Immagini

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti, relativi alle prestazioni, in capo al Dipartimento oggetto di verifica.

Verifica audit somministrazione questionario - Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo al Dipartimento oggetto di verifica. Tuttavia, si è chiesto, al fine di una maggiore aderenza alla procedure aziendale, di avviare un percorso di interlocuzione con la Direzione Strategica aziendale al fine di prevedere una figura del responsabile di magazzino all'interno del proprio organigramma, opportunamente formata, utile alla gestione nel sistema amministrativo contabile AREAS del magazzino anche al fine di riconciliare le scorte finali tra i file/registri extra contabili e i dati contabili presenti sul sistema informativo AREAS.

Verifica audit somministrazione questionario – UOC Affari Generali e Convenzioni

Sintesi Audit: Dalla verifica svolta si evince il rispetto del principio di segregazione delle funzioni con riferimento alle attività connesse alla rilevazione e gestione dei debiti relativi alle prestazioni in capo alla UOC oggetto di verifica.

➤ 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., siano adeguati al raggiungimento degli obiettivi delle varie azioni PAC.

3.3 Verifiche con esito "con riserva"

Nell'ambito del presente paragrafo si evidenziano tutte le verifiche di audit svolte nel secondo semestre 2024 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 riguardante le 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 RIMANENZE

Azione E1.9 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5"

Azione 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."

Azione E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"

Verifica Audit del 27/11/2024 – Dipartimento di Prevenzione

Sintesi Audit: in relazione alle Azioni PAC, i referenti comunicavano che il monitoraggio delle scorte è effettuato quotidianamente a video, ma le attività inventariali non risultano opportunamente formalizzate. In sede di Audit, sono state acquisite le estrazioni delle giacenze all'ultima data disponibile, ma non è stato possibile effettuare alcun raffronto rispetto all'attività inventariale, ed alle eventuali differenze rilevate. Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica il gruppo di lavoro I.A ha provveduto ad ottenere la seguente documentazione:

- Estrazione Giacenze MACPRELS01 al 27.11.2024: dalla presente estrazione da sistema all'interno del magazzino informatico al 27.11.2024 risulta un valore pari a 60.396,75 €;
- Estrazione Giacenze MACPRELS01 al 31.12.2023: dalla presente estrazione da sistema all'interno del magazzino informatico al 31.12.2023 risulta un valore pari a 30.338,01 €;
- Estrazione Giacenze MACPREPM01 al 27.11.2024: dalla presente estrazione da sistema all'interno del magazzino informatico al 27.11.2024 risulta un valore pari a 2.364.071,21 €;
- Estrazione Giacenze MACPREPM01 al 31.12.2023: dalla presente estrazione da sistema all'interno del magazzino informatico al 31.12.2023 risulta un valore pari a 4.039.639,40 €;
- Movimenti di carico e scarico magazzino per rettifiche inventariali

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento alle Azioni PAC E1.9 – E4.3 da intervista è emerso come le attività inventariali, sia esse periodiche e/o annuali, non risultano formalizzate. A tal proposito si è chiesto di individuare tramite apposito atto formale le squadre di conta e di effettuare le attività di conta seguendo le istruzioni operative contenute nel relativo regolamento interno, avendo cura di produrre evidenza del tabulato pre-inventariale, fogli di conta, evidenza a sistema delle rettifiche intervenute a seguito dell'attività svolta e relativa validazione da parte del Responsabile della Struttura, tabulato delle giacenze post-inventariale, eventuale evidenza di attività di *roll forward/roll back* nel caso le attività inventariali siano state svolte in date diverse dal 31.12 di ogni anno.

Il Gdl ha espresso la necessità che questa azione correttiva venisse applicata già per l'anno 2024.

Infine, si prende atto della nota prot. n. 602650/2024 del 18.12.2024, con la quale il Direttore della struttura oggetto di verifica ha istituito uno specifico gruppo di lavoro utile all'effettuazioni delle attività inventariali.

Aggiornamento: Con nota n. 19587/2025 del 13.01.2024, sono state trasmesse alla funzione I.A. le risultanze e le evidenze della formalizzazione, mediante verbale, degli inventari merci e vaccini e dei movimenti di scarico, come richiesto dalla funzione I.A.

AREA CREDITI E RICAVI

Azione F5.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Azione F5.4 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1"

Verifica Audit del 01/10/2024 – UOC Bilancio e Programmazione – UOC Legale

Sintesi Audit: Da *inquiry* con i direttori delle Strutture oggetto di verifica emergeva, che l'UOC Legale sta implementando l'attività di mappatura dei crediti in contenzioso o scaduti attraverso specifiche interlocuzioni tra le due Strutture. Di contro, i crediti sono oggetto di mappatura trimestrale da parte dell'UOC Bilancio e Programmazione, poiché il personale della medesima UOC esegue un'estrazione dal sistema amministrativo contabile del partitario clienti. Nel caso in cui esistessero poste contabili scadute da oltre 30 giorni, la presente UOC effettua un primo sollecito a mezzo raccomandata e in seguito, trascorsi ulteriori 30 giorni senza che sia ancora avvenuto l'incasso, inoltra la documentazione (composta dalla

lettera di sollecito, il partitario e le relative fatture) all'UOC Legale, con richiesta di avviare le procedure di recupero.

Su quanto in precedenza relazionato, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicava che, a seguito del reclutamento di due unità di personale, si sta procedendo, in occasione della chiusura del bilancio al 31.12.2024, ad una ricognizione di tutta la massa creditoria in essere relativa a clienti privati e strutture ospedaliere al fine di operare il relativo sollecito ed eventualmente provvedere a trasmettere le pratiche all'UOC Legale per le azioni di propria competenza.

Inoltre, il Direttore evidenziava che è in corso una stipula di una specifica convenzione con l'Agenzia delle Entrate per l'affidamento delle attività di recupero del credito.

Con riferimento, invece, alle attività utili alla corretta determinazione del fondo svalutazione crediti, il Gruppo di Lavoro evidenzia come le attività poste in essere dalle Strutture oggetto di verifica sono parzialmente aderenti con le procedure aziendali poiché tali fattispecie prevedono una determinazione analitica del fondo attraverso l'analisi dello stato di solvibilità dei clienti, unitamente alla costituzione di un file di Ageing estratto da sistema amministrativo contabile.

A tal proposito il Direttore della UOC Bilancio affermava che la determinazione del fondo svalutazione crediti continua ad avvenire in maniera forfettaria, attraverso l'applicazione del 5% sull'ammontare dei crediti verso clienti privati.

Tale operazione si è resa necessaria in quanto, in sede di chiusura di bilancio, l'UOC Bilancio e Programmazione non riceve, per il periodo di riferimento, riscontro da parte dell'UOC Legale sullo stato di solvibilità dei clienti in contenzioso.

Tuttavia, il Direttore UOC Legale, rilevava che il numero di risorse in organico della sua UOC, a fronte del volume di contenzioso passivo quotidianamente notificato, renda difficile l'attivazione delle procedure di recupero attivo, con le prodromiche attività connesse.

Al fine di superare la suddetta criticità, l'Azienda sta compiendo una valutazione analitica dello stato di solvibilità dei clienti in contenzioso al fine di determinare l'accantonamento a fondo svalutazione crediti, anche attraverso il sollecito formale per l'ottenimento della documentazione funzionale alla verifica dei crediti risultanti insoluti oltre i 60 giorni.

Inoltre, il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione comunicava che la ricognizione del credito avviene anche attraverso l'analisi dei dati sui vecchi sistemi (GPI e Dedalus) per mancata completezza della migrazione dei dati e dell'allineamento dei relativi saldi di apertura. A tal proposito, i referenti dell'UOC Bilancio e Programmazione segnalavano che in seguito alla migrazione al sistema AREAS sono state rilevate partite antecedenti all'anno 2017, il cui saldo estratto dal partitario clienti, utile a produrre la lettera di sollecito, non quadra con il mastro con particolare riferimento alle partite parzialmente migrate dal sistema GPI.

Il Direttore dell'UOC Legale rappresentava lo stato dell'arte sul credito più rilevante per l'Azienda, ossia quello vantato nei confronti del Comune di Palermo. Lo stesso è riconducibile, in gran parte, al pagamento delle rette RSA e dei disabili psichici e, riguardo al quale, sussistono divergenti direttive e conseguenti interpretazioni, tra l'Assessorato Regionale Salute e l'Assessorato Regionale Famiglia, sulle percentuali di ripartizione dei costi a carico dell'ASP e dei Comuni.

Il Direttore dell'UOC Legale comunicava, pertanto, che ha assegnato il fascicolo al responsabile UOS Contenzioso Civile per l'avvio dell'azione legale - a mezzo Decreto Ingiuntivo - al fine di recuperare l'importo che questa Amministrazione assume dovuto. Per quanto riguarda gli altri crediti, in ragione del numero di Avvocati e del notevole volume del contenzioso esistente, il Direttore della U.O.C. Legale rilevava la difficoltà ad avviare azioni giudiziali di recupero crediti e, a tal fine, conformemente con quanto rappresentato dal Direttore della U.O.C. Bilancio, riteneva indispensabile l'estensione della convenzione già esistente con l'Agenzia delle Entrate, a cui affidare l'attività di recupero dei crediti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, il gruppo di lavoro ha raccomandato di:

- effettuare specifiche interlocuzioni con la SW in modo da effettuare una completa ricognizione e quadratura delle partite scadute presenti a sistema, con particolare riferimento alle poste precedentemente migrate dai vecchi sistemi amministrativi contabili;
- attivare l'estrazione a sistema dello scadenziario al fine di effettuare un puntuale monitoraggio dello scaduto e una ricognizione analitica delle partite scadute, che ad oggi è effettuato con file extra-contabili;
- finalizzare l'attività di ricognizione delle partite scadute, anche attraverso la conclusione delle attività di circolarizzazione dei clienti al 31.12.2024;
- effettuare una valutazione analitica dello stato di solvibilità dei debitori, al fine della determinazione dell'accantonamento a fondo svalutazione crediti anche attraverso l'ottenimento dalla UOC Legale, su richiesta della UOC Bilancio per i crediti esclusi dalla Convenzione con Agenzia delle Entrate della valutazione sulla prescrizione delle varie tipologie di crediti vantati;
- raccordarsi con il Referente PAC per modificare la procedura vigente alla luce della estensione della Convenzione con l'Agenzia delle entrate di quanto sopra rilevato dal Direttore della UOC Legale.

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

Verifica Audit del 19/11/2024 – UOC Specialistica ambulatoriale interna ed esterna

Sintesi Audit: la presente verifica, prevede un grado di complessità elevato, sia per la tematica affrontata che per le strutture coinvolte, pertanto si è proceduto, dapprima analizzando il processo per singola struttura per poi tratteggiare azioni sinergiche che possano mitigare e risolvere eventuali criticità.

Seppur nel complesso la verifica abbia ottenuto una valutazione positiva, nello specifico, nella parte della procedura riguardante l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna e Esterna, sono state rilevate alcune discrasie procedurali.

Il Direttore, nel confermare il processo rilevato dal G.d.I. Internal Audit, riportava i seguenti aggiornamenti in merito alla gestione dei flussi di propria competenza:

- **Il Flusso ex art. 50:** rappresenta un obbligo normativo Ministeriale per la trasmissione delle informazioni al Sistema Tessera Sanitaria (STS). Pertanto, è un dato gestionale utile al monitoraggio della coerenza tra prestazioni erogate, fatturate e prestazioni soggette ad eventuali rimborsi e finalizzato ad una corretta pianificazione e gestione del sistema sanitario.
- **Il Flusso C:** contiene le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali erogate dalle Strutture Pubbliche e dalle Strutture a Gestione diretta (Giglio, Buccheri, etc.). Ogni record rappresenta una singola prestazione ricompresa all'interno di una ricetta. All'interno del Flusso sono presenti record con progressivo "99" che rappresentano il totale di ogni ricetta e viene trasmesso con cadenza mensile. La Struttura in oggetto effettua una verifica tra quanto riportato all'interno del flusso e quanto fatturato dalle Strutture. All'interno sono presenti le prestazioni che rappresentano "autoproduzione" che non hanno impatti economici. Inoltre, dall'analisi della documentazione è emersa la possibilità di identificare i ricavi da mobilità attiva, tramite il campo della residenza, o da utenti paganti attraverso il valore lordo della prestazione e l'importo del ticket unitamente all'eventuale esenzione. In particolare, il campo utile alla corretta allocazione dei ricavi nei rispettivi conti contabili è "onere della prestazione", che specifica l'Ente sul quale ricade l'onere del rimborso della prestazione effettuata, distinguendo i seguenti codici:
 - Codice "1": prestazione a totale carico del SSN;
 - Codice "7": prestazione a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi U.E;
 - Codice "8": prestazione a carico del SSN per gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nonché indigenti, per le prestazioni sanitarie assicurate dal SSN;
 - Codice "A": prestazione a rimborso del Ministero dell'Interno;
 - Codice "B": prestazioni sanitarie erogate ai cittadini europei possessori di codice ENI;
 - Codice "9": Altro.

Inoltre, il flusso C presenta una "posizione contabile" nel quale:

- valore "1" riguarda gli incassi di competenza;
- valore "2 " recupero prestazione di periodo precedente;
- valore "3": prestazioni addebitate in ritardo a seguito di errori rilevati dopo l'invio.

Il G.d.I. Internal Audit rilevava che, le prestazioni erogate in regime Intramoenia, nonostante vengano estratte dal gestionale Hero CUP con separata indicazione della natura del ricavo, non sono ricomprese all'interno del Flusso C.

In aggiunta al Flusso C, è previsto anche l'invio del Flusso C di PSO relativo alle prestazioni avvenute in regime di Pronto Soccorso non seguito da ricovero ospedaliero. In sede di Audit è emersa una criticità relativa alla mancata trasmissione di quest'ultimo flusso da parte dell'UOC competente.

- **Il Flusso M:** contiene le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali erogate dalle Strutture private accreditate ed è trasmesso con cadenza mensile, riporta la medesima struttura del Flusso C.

Il Direttore dell'UOC in oggetto specificava che prima di procedere alla liquidazione, esegue l'estrazione da *Datosis* per ogni Struttura, valorizzando in automatico i record tramite sistema *Fluconvest*. In seguito sono caricate le fatture ricevute su sistema So4E e se c'è corrispondenza dei dati procedono alla liquidazione.

Per i suddetti Flussi è effettuato, previa trasmissione al Ministero e/o alla Regione, un controllo formale sulla corretta alimentazione dei campi tramite applicativo *Flowlook*.

Altra casistica attenzionata riguarda le prestazioni prenotate ma non erogate.

All'interno dei flussi è presente esclusivamente la valorizzazione della prestazione effettivamente erogata e pertanto non sono presenti tali fattispecie. A tal proposito, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica evidenziava che trimestralmente estrae da sistema Hero CUP, tramite apposita maschera, la reportistica relativa alle prenotazioni non seguite da prestazione, e le invia suddivise ad ogni Struttura competente al fine di procedere al recupero del credito. Su tale ultimo aspetto, il Direttore dell'UOC in oggetto, unitamente ai Direttori dei Coordinamenti Amministrativi presenti alla verifica, segnalavano come per lo svolgimento di tale attività è in corso di definizione una specifica convenzione con l'Agenzia delle Entrate per il recupero delle somme.

Con riferimento all'Azione PAC oggetto di verifica il gruppo di lavoro I.A. ha richiesto e ottenuto dall'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna e Esterna la seguente documentazione:

- Trasmissione e certificazione Flusso C luglio 2024: con nota prot. n. 381326 del 09.08.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso C relativo al mese di luglio 2024;
- Trasmissione e certificazione Flusso C agosto 2024: con nota prot. n. 426116 del 13.09.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso C relativo al mese di agosto 2024;
- Trasmissione e certificazione Flusso C settembre 2024: con nota prot. n. 473513 del 10.10.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso C relativo al mese di settembre 2024;
- Trasmissione e certificazione Flusso M luglio 2024: con nota prot. n. 390353 del 20.08.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso M relativo al mese di luglio 2024. In particolare, si evince che durante la verifica al *FlowLook* sono emersi degli errori;
- Trasmissione e certificazione Flusso M agosto 2024: con nota prot. n. 436335 del 19.09.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso M relativo al mese di agosto 2024. In particolare, si evince che durante la verifica al *FlowLook* sono emersi degli errori;
- Trasmissione e certificazione Flusso M settembre 2024: con nota prot. n. 532075 del 12.11.2024 l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna ha certificato e trasmesso all'UOS Sistema Informativo e Statistico, il Flusso M relativo al mese di settembre 2024. In particolare, si evince che durante la verifica al *FlowLook* sono emersi degli errori;
- File extracontabile controllo produzione – fatturato: il presente ITEM documentale confronta la produzione delle strutture private rispetto al fatturato nel periodo luglio – agosto e settembre, nel segnalare una incoerenza tra il prodotto e il fatturato, si segnala, inoltre, che i dati riportati all'interno del suddetto file non risultano coerenti con quanto trasmesso e certificato all'UOS Sistema Informativo e statistico nei corrispondenti mesi di rilevazione;

- Report utenti non presentati PTA Albanese II semestre 2019;
- Report utenti non presentati PTA Albanese 01.01.2020 – 08.03.2020;
- Report utenti non presentati DS n.35 01.01.2020 – 08.03.2020;
- Report utenti non presentati PTA Albanese I semestre 2021.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: con riferimento al **Flusso C di PSO**, che non risulta ricompreso nel Flusso C e, pertanto, non prodotto e trasmesso all'Assessorato Salute, il G.d.I. Internal Audit sottolineava la necessità che l'UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna provvedesse a sanare tale criticità in maniera tempestiva, entro il primo trimestre del 2025. Inoltre, con riferimento alle visite prenotate e non erogate, il G.d.I. ha raccomandato di predisporre apposita reportistica ai fini di un controllo su tali casistiche, prevedendo anche una verifica di cassa sui ricavi da compartecipazione al ticket a carico dell'utente in modo da predisporre un controllo incrociato rispetto ai mancati incassi. Altresì la funzione IA prende atto della adozione, da parte dell'azienda, di un nuovo regolamento per il recupero dei crediti da prestazioni sanitarie non eseguite, approvato con delibera 507 del 10.10.2024.

AREA DEBITI E COSTI

AZIONE I1.3 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.1"

Verifica Audit del 12/11/2024 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Sintesi Audit: in sede di riunione è emerso che la predisposizione, da parte del Dipartimento, del fabbisogno annuale delle reali esigenze avanzate dalle strutture ordinanti è di difficile quantificazione, trattandosi principalmente di prodotti farmaceutici e dispositivi; vi sono, infatti, alcune incognite comuni a tutte le Aziende del SSR, legate alla rapida obsolescenza che gli stessi subiscono, come ad esempio l'inserimento sul mercato di nuovi farmaci o beni riconducibili alla protesica che subiscono aggiornamenti anche a distanza di un anno. Peraltro, il Direttore del Dipartimento oggetto di verifica rappresentava che, in taluni casi, vi sono state gare aggiudicate per cui la somministrazione del prodotto aggiudicato non risultava più necessario, ovvero aggiudicate per cui la quantità di farmaci non risultava bastevole.

Inoltre, da intervista emergeva che sussistono casi in cui le articolazioni aziendali sottopongono le richieste di approvvigionamento in seguito alle gare già predisposte, determinando un ulteriore avvio di gare e procedure negoziali, in esubero rispetto a quanto previsto in sede di determinazione del fabbisogno.

Per quanto sopra descritto il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico non effettua una pianificazione annuale, ma provvede, sei mesi prima della scadenza di ogni gara, alla ricognizione dei fabbisogni sulla base dei consumi storici e alla successiva definizione dei capitolati, in alcuni casi condivisi con la UOC Approvvigionamenti, trasmettendo alla stessa la richiesta per la predisposizione della nuova gara.

Inoltre, il Direttore rappresentava che, con riferimento alle gare centrali bandite dalla CUC, il Dipartimento non predispone il fabbisogno giacché lo stesso è calcolato sulla base dei flussi. Su quest' aspetto il Direttore evidenziava una criticità riconducibile al fatto che il Dipartimento non è coinvolto dalla CUC e per questo non è a conoscenza delle gare in corso e del quantitativo di beni che verrà approvvigionato, ritenendo, altresì, che tali procedure dovrebbero essere condivise con le Aziende Sanitarie.

Per quanto riguarda i magazzini di reparto il Direttore rappresentava che, nel confermare l'attivazione della gestione informatica delle movimentazioni dei magazzini di reparto, è ora effettuato un controllo periodico sulle movimentazioni e sulle giacenze da parte di un farmacista che fa capo al Dipartimento, al fine di aggiornare periodicamente il sistema amministrativo oltre a sensibilizzare il personale competente ad una puntuale gestione delle giacenze di reparto.

Tale verifica è formalizzata attraverso specifica relazione indirizzata alla Direzione.

Inoltre, in sede di richiesta di approvvigionamento, il personale competente nella gestione degli acquisti e/o dei trasferimenti esegue una verifica della giacenza informatica risultante nel magazzino del reparto richiedente e, nel caso d'incongruenze, richiede la rettifica della giacenza a sistema propedeutica all'espletamento della successiva richiesta.

Con riferimento alle "anagrafiche prodotto", il Direttore rappresentava che, al momento dell'aggiudicazione, il Dipartimento riceve dai fornitori un format compilato contenente le informazioni sui prodotti che devono essere gestite all'interno del sistema amministrativo contabile, in modo da effettuare un caricamento massivo delle stesse. Di contro, in sede di registrazione di entrata merce, il personale

competente appone manualmente, all'interno della relativa maschera dell'anagrafico prodotto, l'informazione di lotto e scadenze.

A tal proposito, circa a quanto è emerso durante le verifiche di audit relative all'AREA E, il Direttore comunicava che ad oggi i prodotti importati dal precedente sistema amministrativo contabile, per i quali era stata precedentemente inserita una scadenza fittizia al 30.06.2024, sono ancora presenti all'interno del sistema con la scadenza fittizia posticipata al 31.12.2024. Gli operatori eseguono un controllo sulle richieste della presenza di tali fattispecie che riportano la scadenza fittizia a sistema in modo da dare priorità all'utilizzo degli stessi e favorire l'esaurimento a sistema.

In sede di ordine, non sono particolari aggiornamenti rispetto al processo in precedenza rilevato.

I referenti aziendali comunicavano che in precedenza all'interno dell'ordine era inserita la delibera, mentre oggi, è inserito il numero di contratto, registrato a sistema dall'UOC Approvvigionamenti.

A proposito della gestione delle fatture, invece, il Direttore comunicava che talune fatture sono accettate per decorrenza dei termini e che il blocco del DURC scaduto, prima previsto, è stato rimosso.

Con riferimento alla fase di liquidazione, oggi il processo, è stato accentrato al Dipartimento e in particolare, ricevute le fatture, si provvede all'abbinamento dell'ordine con l'entrata merce generando così la lista di liquidazione, previo controllo ordine - bolla - fattura effettuato nel sistema dal personale competente.

Inoltre, in sede di riunione con i referenti della cassa economale centrale presso l'UOC Approvvigionamenti, sono emersi molteplici acquisti di farmaci effettuati per cassa economale. Il Direttore della struttura oggetto di verifica rappresentava che tali fattispecie sono riconducibili esclusivamente alla presenza di molteplici assistiti dell'Azienda con malattie rare che richiedono particolari farmaci di fascia C (non presenti in gare CUC) o farmaci galenici per cui si è provveduto all'acquisto degli stessi tramite cassa economale.

A tal proposito il Direttore della struttura oggetto di verifica manifestava la volontà di indire una gara per i galenici, stante l'elevato fabbisogno.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: in merito alle Azioni PAC oggetto di verifica, con particolare riferimento alla predisposizione dei fabbisogni per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, nel prendere atto della natura non predeterminabile dei prodotti in oggetto, si è ritenuto necessario chiedere di sensibilizzare i centri ordinanti affinché indichino i quantitativi da approvvigionare in tempi adeguati rispetto alle procedure di acquisto da avviare, garantendo così una corretta quantificazione dei beni da acquistare e riducendo al minimo le richieste in urgenza o acquistare farmaci che non risultano essere utili. Inoltre, con riferimento alle gare CUC si è chiesto di porre all'attenzione della Direzione Aziendale il mancato coinvolgimento del Dipartimento nella fase di pianificazione e finalizzazione di tali procedure, al fine di avviare specifiche interlocuzioni con gli uffici competenti della Centrale di Committenza per giungere a una coerente e puntuale programmazione del fabbisogno aziendale.

Infine, con riferimento all'accettazione delle fatture per decorrenza dei termini e ai controlli in sede di liquidazione, si è chiesto di effettuare una riorganizzazione interna del personale competente nonché una maggiore sensibilizzazione, anche attraverso l'istituzione di specifici Obiettivi di performance individuali, al fine di garantire i controlli formali sulle fatture e mitigare tale fattispecie.

4. Archiviazione documentazione

Tutta la documentazione concernente l'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 ciascun'Area PAC.

Come indicato in premessa (**parte A**) nella definizione del programma delle attività, si è tenuto ancora 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 (*cf. 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, tuttavia in un'ottica di pianificazione annuale.

Rispetto alle altre aree PAC, l'impegno della Funzione I.A., in termini di numero di verifiche di audit da svolgere complessivamente nel 2024, è stato significativamente implementato rispetto agli anni precedenti con specifico riferimento nel II semestre alle aree PAC: **DEBITI E COSTI, CREDITI E RICAVI, DISPONIBILITA' LIQUIDE e RIMANENZE**. Pur tuttavia, nel corso del 2024, nello specifico nel secondo semestre, la funzione Internal Audit e la Direzione Amministrativa hanno presidiato costantemente le criticità riguardanti le aree PAC sensibili, non soltanto quelle previste nel II semestre dal Piano, implementando le attività già previste dal Piano di Azione Straordinario, adottato con delibera n.582/2025.

Pertanto di seguito si riportano alcune delle attività realizzate.

E' stato istituito dalla Direzione amministrativa un "presidio" di controllo del G.d.I. I.A. relativo alle determinate aziendali, per verificare l'aderenza alle procedure PAC. Oggi, a seguito di circa 40 determinate dirigenziali esaminate, si riscontra un'alta percentuale di rispetto delle procedure.

Inoltre si comunica lo stato di avanzamento sulle criticità concernenti l'area delle **IMMOBILIZZAZIONI e PATRIMONIO NETTO**, nello specifico l'allineamento dei registri inventariali delle apparecchiature dismesse relative al periodo 2019-2024, il recupero dei dati mancanti delle immobilizzazioni materiali attraverso l'analisi dettagliata degli scostamenti rilevati tra i sistemi di contabilità generale patrimoniale, tra questi, a titolo esemplificativo, i PC concessi in comodato d'uso dalla Società *Dedalus* e i beni forniti dalla società *GIVA s.r.l.*; inoltre si sta provvedendo alla determinazione dei costi per manutenzioni delle attrezzature sanitarie e all'adeguamento delle risultanze inventariali così da procedere al calcolo dei relativi ammortamenti. Inoltre, sono state realizzate le attività di formazione dei magazzinieri e dei RIP (Referenti Inventariali Periferici).

Con riferimento all'area PAC RIMANENZE, con nota prot. 592913 del 13.12.2024 della Direzione Strategica e del GDL I. A., si è provveduto ad individuare, quali responsabili delle giacenze dei beni sanitari, tutti i direttori delle UU.OO. di ambito sanitario afferenti ai PP.OO. aziendali, al fine di monitorare e vigilare sulla puntuale e corretta tenuta della contabilità degli "armadi di reparto".

Si comunica altresì, con riguardo all'azione D4.7, che si è provveduto al recupero dei dati precedenti circa i contratti attivi ai fini del loro inserimento nel sistema amministrativo-contabile, per allineare la gestione degli stessi a quella degli affari correnti.

Infine, l'Assessorato della Salute, con nota prot. n. 56299 del 19/12/2024 (cfr. allegato A5), ad esito del monitoraggio degli Audit al 31.12.2024, ha richiesto di esplicitare i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica.

A tal proposito si comunica che, all'interno dell'Allegato B1 "Tabella strutture per area PAC", nella colonna delle "strutture da auditare", sono state riportate, prendendo a riferimento le U.O. 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.

6. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 31/12/2024 (allegato B2).

7. Stato avanzamento "Piano di azione PAC – 30 giugno 2025"

In riscontro alla nota Assessoriale prot. n. 44694 del 09.10.2024 ad oggetto "*Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) – Redazione di un piano di azione per il raggiungimento al 30 giugno 2025 dei requisiti minimi previsti dal percorso P.A.C.*", con la quale l'Amministrazione Regionale ha richiesto di individuare specifiche azioni mirate, concrete e utili al raggiungimento dell'obiettivo P.A.C. entro il termine improrogabile del 30.06.2025 previsto dal D.A. n. 528/2024, l'Azienda ha trasmesso, con nota protocollo Aziendale n. 502565 del 25.10.2024, la delibera della Direzione Aziendale n. 582 del 25.10.2024 ad oggetto "*approvazione ed adozione del Piano delle Azioni Straordinarie PAC 2025*". Di seguito si riporta una relazione sullo stato di avanzamento delle azioni individuate dalla Direzione Aziendale che sono già avviate e/o concluse alla data del 31.12.2024, secondo il cronoprogramma stabilito all'interno della sopracitata delibera. In particolare:

- **AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE (Codice Obiettivo G1):** con riferimento all'obiettivo PAC in esame, la criticità in precedenza rilevata riguardava l'elevata frequenza delle richieste d'acquisto "in urgenza", particolarmente diffuse per la categoria di farmaci acquistati per cassa economale. Tale fattispecie, oltre a causare una potenziale inefficienza economica, gravava sullo stanziamento annuale del fondo della cassa economale centrale.

Al fine di risolvere tale criticità nel rispetto dei termini previsti dal cronoprogramma allegato alla Delibera, l'Azienda, attraverso specifiche interlocuzioni intervenute con il Dipartimento Farmaceutico, ha rilevato che tali richieste "in urgenza" sono riconducibili principalmente alla necessità di soddisfare le esigenze di assistiti affetti da malattie rare. Questi pazienti necessitano di farmaci di fascia C (non inclusi nelle gare CUC) o di farmaci galenici, per i quali è stato necessario ricorrere all'acquisto tramite cassa economale. Al fine di mitigare tali situazioni e considerando l'elevato fabbisogno di tale tipologia di farmaci, la Direzione Aziendale, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, sta valutando la possibilità di predisporre gli atti necessari per indire specifiche gare per l'acquisto di questi farmaci. A tal proposito, non appare superfluo rilevare che la fase di valutazione in corso è legata alle particolari restrizioni che caratterizzano le procedure di acquisto per i farmaci di fascia C e per i farmaci galenici, restrizioni intrinseche alla natura stessa di tali prodotti.

- **AREA DEBITI E COSTI (Codice Obiettivo 11):** Con riferimento all'obiettivo PAC in esame, le criticità rilevate riguardavano:

- Frequenza delle richieste in urgenza compiute dai centri ordinanti;
- CIG importati dal precedente sistema amministrativo-contabile;
- Non corretta identificazione del centro di costo in fase di ordine e utilizzo di un unico centro di costo per forniture destinate a diversi centri ordinanti;
- Mancato aggancio degli ordini alle fatture e mancata evidenza del controllo DURC in fase di liquidazione;
- Accettazione delle fatture per decorrenza dei termini;
- Completa rendicontazione delle prestazioni da parte delle strutture convenzionate.

Al fine di risolvere le suddette criticità nel rispetto dei termini previsti dal cronoprogramma allegato alla Delibera, si riportano di seguito le azioni messe in atto dall'Azienda. In particolare:

- Con riferimento alla frequenza delle richieste "in urgenza", l'Azienda ha predisposto uno specifico controllo per verificare che le richieste, che ad oggi sono eseguite dai centri ordinanti tramite protocollo Aziendale, rientrino nel piano dei fabbisogni adottato con delibera. In caso contrario la richiesta sarà veicolata alla Direzione per autorizzazione;
- Con riferimento ai CIG importati dal precedente sistema amministrativo contabile, si segnala che l'Azienda non utilizza più i CIG importati dal vecchio sistema amministrativo, giacché esauriti, e ha già previsto, per i CIG di nuova creazione, l'impostazione di blocchi a sistema per evitare eventuali sforamenti di importo;
- Con riferimento alla corretta identificazione dei Centri di Costo, anche per forniture destinate a diversi centri ordinanti, l'Azienda ha implementato un blocco a sistema che impedisce al punto ricevente di selezionare un Centro di Costo diverso da quello indicato in fase di ordine e ha impostato "percorsi guidati", sulla base degli ordini precedentemente emessi al medesimo fornitore, all'interno del sistema per la scelta del CdC;
- Con riferimento al mancato aggancio degli ordini alle fatture e mancata evidenza del controllo DURC in fase di liquidazione, l'Azienda ha impostato un *alert* informativo a sistema in fase di liquidazione sul controllo della tripletta NSO e sul controllo DURC;
- Con riferimento all'accettazione delle fatture per decorrenza dei termini, l'Azienda ha finalizzato un processo di sensibilizzazione rivolto alle diverse articolazioni aziendali per effettuare i controlli in maniera adeguata e tempestiva. Inoltre, sono state identificate talune unità di personale all'interno delle Strutture competenti all'attività di accettazione delle fatture;
- Con riferimento alla rendicontazione da parte delle strutture convenzionate per l'acquisto di prestazioni sanitarie, l'Azienda ha attivato un processo di monitoraggio straordinario indirizzato alle Strutture Aziendali che acquistano prestazioni, al fine di verificare la coerenza tra quanto rendicontato dalle strutture convenzionate, quanto erogato e quanto eroso dall'Azienda al fine della liquidazione. Inoltre, la Direzione Aziendale, al fine di risolvere le predette criticità garantendo la tracciabilità dei costi e dei ricavi aziendali attraverso il modulo budget presente sul sistema informatico aziendale, con nota prot. 494504 del 22.10.2024, ha disposto che in tutte le delibere e determine aziendali, che prevedano obbligazioni giuridiche verso terzi con effetti economici, vengano indicati i conti economici/patrimoniali da imputare e coincidenti con quelli inseriti

nell'anagrafica aziendale censite su AREAS 206 e che verranno utilizzate per l'ordine NSO, e la relativa copertura finanziaria (autorizzazione di spesa).

15/01/2025

Il Referente Aziendale Internal audit
Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Referente Aziendale PAC
Dr.ssa Silvana Gugliotta

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

Il Direttore Amministrativo
Dr. Ignazio Del Campo

Il Direttore Sanitario
Dr. Antonino Levita

Il Direttore Generale
Dott.ssa Daniela Faraoni

Allegati

- allegato B1 Schema riportante le strutture da auditare/auditare
- allegato B2 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2024
- allegato B3 Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2024

