



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico

Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

e-mail: maria giuseppina.montagna@asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA 09/04/2020

PROT. N° 52

Rif. nota n.52072 del 25/06/2019

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica Servizio 2

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

PEC:

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

e, p.c. Al Collegio Sindacale
ASP Palermo

OGGETTO : Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 2° semestre 2019.

Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al
31/12/2019, e relazione di accompagnamento.

In riscontro alla nota n.77838 del 05/12/2019, ad oggetto "Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 2° semestre 2019", si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 31/12/2019, e la relativa relazione di accompagnamento.

Si fa presente che nell'anno 2019 sono state attenzionate dalla Direzione Aziendale le azioni di miglioramento intraprese e si rileva l'esito positivo delle verifiche relative a:

- AREA IMMOBILIZZAZIONI (D): la procedura di monitoraggio dei cespiti è applicata;
- AREA DEBITI E COSTI (I): La procedura informatica per la gestione degli armadietti farmaceutici di reparto è stata attivata in tutti i Presidi Ospedalieri.
- Acquisto prestazioni sanitarie da privato: è stato implementato ex novo del modulo informatico dell'assistenza ambulatoriale e liquidazione delle prestazioni rese da privato tramite fatturazione elettronica in C4H a partire da Gennaio 2019.
- AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE (G): Monitoraggio corretta applicazione procedure casse ticket: le verifiche di cassa presso varie sedi hanno dato tutte esito positivo, senza alcuna criticità sulla concordanza del saldo di cassa e sulle procedure adottate.

Tuttavia l'ampiezza dell'Azienda, la complessa articolazione organizzativa, la notevole estensione territoriale, l'insediamento a metà anno della Direzione strategica, hanno comportato una residuale criticità nell'ambito di alcune aree per la risoluzione delle quali la Direzione stessa è intervenuta direttamente:

mod. x_Ass.Sal. riscontro AUDIT_al 31/12/2019

AREA IMMOBILIZZAZIONI (D) Misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni: La Direzione aziendale ha attivato una estensione del servizio di guardiania finalizzato alla vigilanza e alla sorveglianza di immobili, attraverso attività di controllo anche del movimento delle persone; in particolare presso il Presidio Pisani è stata studiata una nuova viabilità al fine di rendere esclusivo l'accesso alla camera mortuaria e limitare l'accesso ad estranei non utenti, sono state incrementate le telecamere per eliminare l'inconveniente del rilascio di rifiuti e rendere più sicure le aree di pertinenza aziendale.

E' attivo presso la sede legale dell'ASP il controllo degli accessi secondo la procedura PAC.

AREA RIMANENZE (E) Conto deposito: è stato acquisito, in comando da altra Azienda per un giorno a settimana, un esperto per la gestione informatizzata del conto deposito affinché consenta la formazione del personale che interviene nel processo di acquisizione e utilizzo dei materiali di terzi, per la opportuna rendicontazione informatica e pagamento a seguito dell'utilizzo.

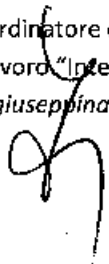
L'esperto, che ha già svolto con successo analoga attività presso l'ARNAS PA, da cui dipende, e presso l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, sta procedendo all'analisi della procedura di gestione conto deposito verificando tutti le fasi (caricamento contratti, anagrafica fornitori, anagrafica prodotti) propedeutiche alla piena funzionalità del processo.

In fase di prima applicazione sta provvedendo all'informatizzazione del conto deposito dei devices di emodinamica utilizzati c/o il P.O. Ingrassia che di per se solo rappresenta il 50% dei beni in conto deposito. Successivamente si occuperà della categoria merceologica di ortopedia e suture e suturatrici che rappresentano il restante 50%.

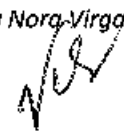
SERVIZIO INTERNAL AUDIT

E' stata avviata una procedura di gara per l'affidamento del servizio di Internal Audit finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione interna dell'ASP, in fase di valutazione delle offerte ricevute.

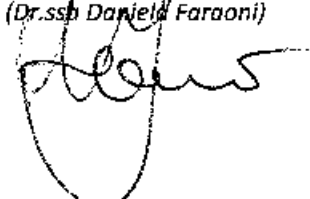
Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal Audit
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)



Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Faraoni)



GRIGIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell'I.A.:
 Dr.ssa Mariagiussepina Mur-Lagna (Direttore UDC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/L del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Azione	Descrizione	A - B.O. verifica	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Esito di esito percepito	E - Esito (verifica I.A.)	F - Fattori di criticità rilevati in sede di audit	G - Misure correttive da implementare con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvata con delibera n.248 del 24/03/2019 e n.209 del 20/06/2019 (S/N/NO)	I) Attività di audit realizzate nel 2019 (anno di programmazione) Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	L) Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
A1	A1.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (controlli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e consultazione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"	UOC Coordinamento Staff Strategico/ UOC Legale	09/11/2017	6. Richiesta di conferme scritte 7. Verifica sul sito istituzionali	basso	X			NO		
	A1.2	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità"	U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIS	07/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
A2	A2.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A2.4 "Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'ulteriore dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione"	U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIS	07/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
	A2.2	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo"	UOS Informatica aziendale	08/11/2019	2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. Verifica del software	basso	X			NO		
A3	A3.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata. "Adozione di adeguate procedure di raccolta della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale"	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. Verifica del software	basso	X			NO		
	A3.2	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e conclusione tra i soggetti interessati del rilevamento da parte dello Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito a: amministrazione dell'ordine sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; gestione tenuta della contabilità"	U.O.C. Coordinamento Staff Strategico	08/11/2017	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.: Dr.ssa Mariagiussepina Montagna - Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS/ Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018.

Responsabile P.A.C.: Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina J. //

Area	Adempimenti	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Coperto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Foto verifica I.A.	F - Puntualità di verifiche riferite in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H - Adempimenti programmati nel Piano annuale Audit - anno 2019 - aggiornato con delibera n. 248 del 28/02/2019 e n. 206 del 20/05/2019 (SI / NO)	I - Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale Audit 2019 (SI / NO)	J - Se NO indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale Audit 2019
D2.1		Attualizzazione di inventari di verifiche periodiche volte a verificare l'adempimento delle procedure con organizzazione di flussi e risorse in base alle esigenze.	UOC Programmazione UOC Bilancio e UOC Contabilità	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	UOC Contabilità	medio				SI		
D2.4		Programmatrice e "cattura" di inventari biennali periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualitativo (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furto dei cespiti individuali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1.1. (Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari) (vedi procedura che definisce tempi, modi e responsabilità)	UOC Bilancio e Programmazione UOC Contabilità analitica e Patrimonio	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	UOC Bilancio e Programmazione	medio	X			NO		
D2		Adeguamento dei flussi cespiti alle risultate degli inventari periodici...	UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	UOC Bilancio e Programmazione	medio	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

D.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 30/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifiche I.A.	F - Fattore di criticità rilevato in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità	H - Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2020, approvato con delibera n. 248 del 28/02/2019 in data 20/06/2019 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	J) Si NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
D3	Verifica di congruità delle eventuali pulizie di manutenzione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i ospiti sono esposti che vengono conto dei valori correnti degli stessi.	UOC Contabilità - analista c. Patrimonio	10/05/2018	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 7. verifica successi/correzioni 8. conclusione	basso	X			NO		
	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare in stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	Dipartimento REFPPT / UOC Contabilità Analitica e Patrimonio	08/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
	Verifica di congruità delle procedure definite ai punti DA.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato".	Dipartimento REFPPT	09/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
D4	Verifica di congruità delle procedure definite ai punti DA.2 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato".	Dipartimento REFPPT	09/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
	Verifica di congruità delle procedure definite ai punti DA.3 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato".	Dipartimento REFPPT	09/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
D5	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei costi acquistati in base alle diverse tipologie di acquisto.	Consulente DEDALLUS	20/11/2018	1. Intervista diretta al personale 2. Questionario 3. verifica del software	medio	X			NO		
D6	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria) delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (materiali, contratti, lavoro).	Consulente DEDALLUS	20/11/2018	1. Intervista diretta al personale 2. Questionario 3. verifica del software	medio	X			NO		

[Handwritten signature]

Responsabile della funzione dell' I.A.: Dr.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore L.O.C. Programmatoria e Controllo di Gestione - SUI) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2019/U del 20/02/2019

Responsabili e P.A.C.: *(Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //*

Area	Azione	Descrizione	A - I.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempestività proposta per il superamento delle criticità.	H - Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 29/02/2019 e n. 203 del 20/06/2019 (S/ / NO)	I - Attività realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/ / NO)	L - Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
S2		Varifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	24/05/2019	24/05/2019	1. Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	Medio						
		Varifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	Medio						
S2		Varifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	Medio						
		Varifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'attività di controllo interno deve essere svolta in modo programmatico ed essere monitorata periodicamente per tutti i componenti del gruppo di lavoro.	Medio						

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.I.:
 Dr.ssa Mariaggiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/LU del 30/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Adempimento	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Digesto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con l'elaborazione della tematica proposta per il superamento delle criticità.	H - Analisi programmatica nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 26/03/2019 e n.206 del 20/07/2019 (S/I/NO)	I - Azioni già realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/I/NO)	L - Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
E3		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità retinale di magazzino che garantiscono un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (gestore da ricevere e fatturazione attivati ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi))"	Dipartimento REFFT	10/11/2017	5. Verifica del software	basso	X			NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.2 "Laddezione i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la valutazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla valutazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"	Dipartimento REFFT	NON APPLICABILE		//				NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità retinale di magazzino attraverso la mandazione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e nunti di Co.Ge sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"	Dipartimento REFFT	30/11/2017	5. Verifica del software	basso	X			NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiomobili) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i livelli di materiale prima ed i carichi di smistamento e/o prodotti finiti"	Dipartimento Farmaceutico	NON APPLICABILE		//				NO		
E4		E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da eseguire per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"	Dipartimento Farmaceutico	21/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		
		E3.7 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da eseguire per garantire il corretto monitoraggio e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	10/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		
		E3.8 "Adozione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scartate"			7. Audit non effettuato per mancanza di procedura	//				NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

D.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. AS/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verificata	F - Fattori di rischio rilevanti in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019, approvato con delibera n. 248 del 22/02/2019 e n. 200 del 20/06/2019 (S / NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 emesse da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state affidate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
F5	E5.2 - Impiego di strumenti di programmazione e controllo di gestione per la gestione delle risorse umane e materiali	Dip. Farmaceutico - UOC Servizi Tecnici	30/05/2019 - 13/11/2019 15/06/2019 11/06/2019 15/11/2019	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 4. Verifica del software 5. Verifica dei dati 6. Verifica dei processi 7. Verifica dei risultati 8. Verifica dei costi 9. Verifica dei ricavi 10. Verifica dei margini 11. Verifica dei flussi di cassa 12. Verifica dei rischi 13. Verifica dei benefici 14. Verifica dei costi di gestione 15. Verifica dei costi di produzione 16. Verifica dei costi di distribuzione 17. Verifica dei costi di marketing 18. Verifica dei costi di ricerca e sviluppo 19. Verifica dei costi di amministrazione 20. Verifica dei costi di gestione generale	basso	X	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	S	S	
E7	F7.1 - Adozione di un funzionaligramma (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativo, ruolo e responsabilità attività di verifica interni, ricevute e quantità ordinate.	UOC Provveditorato	10/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	NO	NO	

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.I.:
 Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna | Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIGS | Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Azione	A - U.D. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - livello di rischio percepito	E - Stato verifica I.A.	F - Rilevati di criticità rilevanti in sede di Audit	G - Misure correttive in corso/proposte per il superamento delle criticità	H) Attività programmate nel Piano triennale AUDIT - nuova approvata con delibera n. 268 del 28/02/2019 e n. 269 del 29/06/2019 (S/N)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano triennale AUDIT 2019 (S/N)	J) Se NO - indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano triennale AUDIT 2019
	Descrizione										
	verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.2 "definizione di una procedura di contabilità per commessa per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con esenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi connessi"	UOC Coordinamento Staff strategico / UOC Progettazione UOC Bilancio e Programmazione	07/06/2018 - 12/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correttivi procedura	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.4 "Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita il processo di allocazione dei costi comuni" alle attività intrinseca e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività	Gruppo ALPI	09/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correttivi procedura	basso	X			NO		
F1	F1.11	UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIGS	AUDIT del 15/06/2019 e del 15/07/2019	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correttivi procedura	alto						
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.5 "Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita il processo di allocazione dei costi comuni" alle attività intrinseca e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività	UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIGS	15/06/2019 e del 15/07/2019	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correttivi procedura	alto						
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8 "Adozione di una procedura di programmazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) individuazione dei componenti e dei costi; b) la ripartizione e l'analisi delle attività erogate a pagamento; c) la verifica delle fatturazioni attese rispetto alle previsioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità e-pagina per la rilevazione delle attività commerciali."	UOC Contabilità gestionale e gestione territorio	10/05/2018 + follow-up nota n. 2628 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correttivi procedura	medio	X			NO		
F2	F2.3	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	30/10/2017	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		
F3	F3.3	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	30/10/2017	6. Richiesta di conferma scritta	pagina 8	X			NO		

20

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIs) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.D. verifica	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica prevista per il superamento delle criticità	H) Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	L) Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
F4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1 " predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito "	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 12/11/2018		medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito "	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 12/11/2018		medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 " Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale correzione con le scritture in CO/GE ed individuazione del documento.	Consulente DFDAUS	14/12/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 " Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengono fatturate in modo tempestivo ed accurato, nonché registrate nei conti di CO/GE "	UOC Provveditorato UOC Bilancio e Programmazione UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10/05/2018 - 12/11/2018 + follow-up nota n.2628 del 27/11/2018 - nota n.2633 del 27/11/2018 - nota n.2626 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
F5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1 " Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti alla svalutazione crediti.	UOC Legale UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 24/05/2018 + follow-up nota n.2629 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti a rischi effettuando test cut-off.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		
F6	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con individuazione delle somme assegnate erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale e per la riconciliazione dei costi correlati.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U (del 20/02/2018)

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): / /

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Livello verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive di interposizione con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H) Annulla programmi del Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 28/02/2019 e n.209 del 20/06/2019 (S/N)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 con la programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N)	J) S/N - Edizione le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
H1	verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 "Predispensione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto...."	UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			
H2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	10/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X		NO			
H3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (a cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge. ed individuazione del documento"	Dipartimento REFINT	10/11/2017	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X		NO			
H4	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati capitalizzati, nonché tra ammortamenti e deflazionamenti che ne discendono.	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X		NO			
AREA AMMINISTRATIVA											
I1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.5 "Verifica, prestazione, gestione del debito. Definizione della procedura facoltativa di finanziamento non vincolato della massimizzazione di cui sono previsti i principi di cui"	UOC Programmazione Controllo di Gestione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			
AREA SANITARIA											
I2	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H2.1 "Verifica, prestazione, gestione del debito. Definizione della procedura facoltativa di finanziamento non vincolato della massimizzazione di cui sono previsti i principi di cui"	UOC Programmazione Controllo di Gestione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2015

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dra. ssa Mariagiuseppina Montagna [Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG] Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8798/2018/RU del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con l'eliminazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H - Attività programmate nel piano annuale audit - anno 2019 approvata con delibera n. 246 del 28/02/2019 e n. 309 del 28/06/2019 (SI / NO)	I - Attività di Audit realizzate nel 2015 come da programmazione Piano Annuale Audit 2015 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale Audit 2015
13	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti."	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 "Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c)..."	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10/05/2018 + follow-up nota n. 2627 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 " predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
14	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in COGE delle variazioni contabili trasmesse dal fornitore o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giurisdizionale"	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10/05/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	basso	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 "Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno relativi la gestione giuridica, il trattamento economico e la gestione delle presenze del personale dipendente"	Dip. Risorse Umane	13/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiuseppina Muntagna (Direttore L.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di "lavoro Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: *Indicare (dati anagrafici e provvedimento di nomina) : //*

Area	Azioni	Descrizione	A - I/O, verificato	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Medio di scelta per il controllo	E - Esito verifica LA	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità	H - Attenta programmata sul Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvata con delibera n.248 del 28/02/2019 e n.209 del 20/06/2019 (SI/NO)	I - Audit di Audit realizzati nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (SI/NO)	L - SANQ - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
		Verifica di correttezza esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 "Esistenza di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e del medico della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giurisdittoria e previdenziale. Definizione di procedure atte a rilevare e aggiornare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilati a dipendente e conseguente cd p verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica"	Dip. Risorse Umane	12/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.	Consulente DEDALUS	14/12/2018	2. Intervista diretta al personale; 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche per odiche volte a riscontrare la corrispondenza partita fornitori e contabilità generale.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		
18	18.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "predispensione di una procedura di controllo cd analisi comparativa della spesa nel tempo e nella spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento".	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale; 3. questionario 5. verifica del software	basso	X			NO		

Il Coordinatore del Gruppo di lavoro "Internal Audit"

(Dr.ssa Mariagiuseppina Muntagna)



Visto

Il Direttore Amministrativo

(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Generale

(Dr.ssa Rachele Faraone)





UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

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

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 31/12/2019

PARTE A - DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019

PARTE B - RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE

La presente relazione è organizzata in 2 PARTI (A e B) e in paragrafi come indicato di seguito:

Sommario

PARTE A

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019

aggiornato al 31/12/2019

1. Premessa	4
2. Relazione del risk assessment	5
3. Piano di Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo.....	5
4. Programmazione delle attività di Internal Audit 2019	8
5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	8
6. Relazione intermedia e finale di internal audit.	9
7. Archiviazione documentazione	9

PARTE B

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2019

aggiornato al 31/12/2019

1. Premessa	11
2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit	11
3. Esito delle verifiche	11
4. Archiviazione documentazione	17
5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	17
6. Griglia di rilevazione	20

ALLEGATI

allegato A1	nota n.9795 del 04/02/2019 Assessorato della Salute
allegato A2	deliberazione n.248 del 28/02/2019 - Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A3	nota n.25763 del 25/03/2019
allegato A4	verbale del 03/04/2019 Assessorato della Salute - monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018
allegato A5	deliberazione n.209 del 20/06/2019 – modifica Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A6	nota n.52072 del 25/06/2019 Assessorato della Salute – richiesta monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019
allegato A7	nota n.1538 del 10/07/2019 dell'ASP – monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019
allegato A8	nota n.67897 del 27/09/2019 Assessorato della Salute – convocazione
allegato A9	verbale del 03/10/2019 'Assessorato Regionale della Salute / ASP PA - esame esito audit 1° semestre 2019

allegato A10	nota n.77838 del 05/12/2019 Assessorato della Salute ha – richiesta monitoraggio verifiche di Audit PAC – 2° semestre 2019
allegato B1	Elenco delle casse ticket aziendali
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 30 giugno 2019

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019 aggiornato al 31/12/2019

1. Premessa

Con nota n.9795 del 04/02/2019 (**allegato A1**), ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit", l'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, tra l'altro:

- ha richiamato l'istituzione dell'I.A., gli obiettivi e la finalità del PAC nonché le competenze dell'Auditor;
- ha chiesto di aver trasmesso il Piano annuale Audit – anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019).

Con nota n.500 del 18/02/2019 il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" relaziona alla Direzione Aziendale in merito a quanto richiesto dall'Assessorato Regionale della Salute con la suddetta nota n.9795 del 04/02/2019 ed evidenzia le criticità per lo svolgimento delle attività 2019 (per la disamina si rimanda ai contenuti della citata nota n.500/2019).

Con deliberazione n.248 del 28/02/2019 (**allegato A2**) è stato approvato e adottato il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo, dando atto che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute, per le motivazioni espresse nella citata nota n.500 del 18/02/2019.

Con nota n.25763 del 25/03/2019 (**allegato A3**), l'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – ha convocato il Responsabile PAC, il Responsabile Audit e il Collegio Sindacale dell'ASP PA il giorno 03/04/2019 per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018.

Nel verbale del 03/04/2019 (**allegato A4**) relativo al suddetto incontro, l'Assessorato Regionale della Salute, esaminato l'esito degli audit 2018, ha prescritto all'ASP PA in sintesi di:

- Eseguire le verifiche programmate per l'anno 2019 entro il 1° semestre;
- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le casse ticket.

Pertanto, con deliberazione n.209 del 20/06/2019 (**allegato A5**) è stato modificato e integrato il Piano Internal Audit 2019 adottato con deliberazione n.248 del 28/02/2019, secondo le indicazioni dell'Assessorato.

Con nota n.52072 del 25/06/2019 (**allegato A6**) l'Assessorato Regionale della Salute ha richiesto il monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019, allegando apposita griglia per la rilevazione.

Con nota n.1538 del 10/07/2019 (**allegato A7**) l'Azienda ha riscontrato la suddetta richiesta dell'Assessorato Regionale della Salute trasmettendo la griglia di rilevazione compilata e la relativa relazione.

Con nota n.67897 del 27/09/2019 (**allegato A8**), l'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 “Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci” – ha convocato il Direttore Amministrativo, il Responsabile PAC, il Responsabile Audit e il Collegio Sindacale dell'ASP PA il giorno 03/10/2019 per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC 1° semestre 2019.

Nel verbale del 03/10/2019 (**allegato A9**) relativo al suddetto incontro, l'Assessorato Regionale della Salute, esaminato l'esito degli audit 1° semestre 2019, ha formulato alcune osservazioni.

Con nota n.77838 del 05/12/2019 (**allegato A10**) l'Assessorato Regionale della Salute ha richiesto il monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 2° semestre 2019, allegando apposita griglia per la rilevazione.

2. Relazione del risk assessment

Il Piano di Internal Audit 2019 si basa sulla valutazione del rischio effettuata alla fine del 2018 (vedasi relazione al 31/12/2018) e i cui risultati sono riportati nella “griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit”, aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 31/12/2019 allegata alla presente relazione.

Per il risk assessment l'I.A. ha adottato la seguente RACM graduando la probabilità e l'impatto del rischio in base alle criticità e alle relative prescrizioni riscontrate in sede di audit delle procedure, ed effettuando la stima nei limiti della propria formazione tecnico-professionale:

RACM			IMPATTO			
			1	2	3	4
			irrelevante	moderato	significativo	grave
PROBABILITA'	4	quasi certo	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
	3	molto probabile	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
	2	poco probabile	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
	1	raro	BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO

3. Piano di Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo

Il PIA 2019 è stato elaborato prevedendo l'audit delle procedure/azioni P.A.C. che nell'anno 2018 sono risultate verificate “con riserva” e che, pertanto, sono state classificate a rischio “ALTO” o “MEDIO”.

Ai suddetti audit è stato aggiunto il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure per le casse ticket, come richiesto dall'Assessorato della Salute con verbale del 03/04/2019 (**allegato A4**).

VERIFICHE CON RISERVA AL 30/12/2018

Le verifiche degli item della griglia assessoriale che hanno avuto esito “con riserva” nel 2018 sono i seguenti (si riportano in dettaglio anche le criticità e le azioni correttive identificate al 30/12/2018):

D1.4

Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.

N.B.: l'azione D1.4 è stata intesa come verifica dell'applicazione della procedura stante che il sistema di verifiche periodiche è attivato.

<p><u>UOC Contabilità analitica e Patrimonio</u>: verifica parzialmente positiva - non è stato completato l'allineamento del libro cespiti</p>	<p><u>UOC Contabilità analitica e Patrimonio</u>: EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2632 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D3.3

Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.

<u>UOC Logistica e Servizi Esternalizzati</u> : verifica parzialmente positiva - Carenza di portieri - Non sono arrivate le relazioni semestrali delle macrostrutture - Da implementare sistema di registrazione elettronica degli accessi	<u>UOC Logistica e Servizi Esternalizzati</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2625 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E1.9

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

<u>Dip. Farmaceutico</u> : PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	<u>Dip. Farmaceutico</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2621 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E2.6

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro:

- a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori*
b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)".
c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente
d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino"

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

<u>Dip. Farmaceutico</u> : PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	<u>Dip. Farmaceutico</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP note n.2620-2621-2622 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E5.4

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

<u>Dip. Farmaceutico</u> : PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	<u>Dip. Farmaceutico</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP note n.2621-2622 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I1.7

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo:

- a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte;
- b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento esclusivamente sulla base di dati ufficiali notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria;
- c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate""

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie: verifica negativa (procedura non applicata)	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Le procedure relative ai suddetti item e indicate sul PIA 2019 sono:

n.	delibera	all.	denominazione
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5

Inoltre è stata monitorata la procedura:

22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1
----	-------------------------------	---	----------------------------------------------------------------------------------------

che presentava la seguente criticità al 31/12/2018:

applicativo informatico per la gestione degli armadietti farmaceutici di reparto non attivato.

La procedura in questione relativa all'area PAC I1.1 non è riportata nella griglia di rilevazione in quanto non è prevista un'azione audit per tale area.

MONITORAGGIO DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE PER LE CASSE TICKET

F1.6

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

mod.Relazione Internal Audit al 31-12-2019

Sono stati previsti gli audit interni per le seguenti UU.OO.:

- UOC Contabilità generale e gestione tesoreria
- UOS Coordinamento CUP
- Casse ticket

La procedura relativa al suddetto item è indicata sul PIA 2019 è:

n.	delibera	all.	denominazione
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1 (limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4)

4. Programmazione delle attività di Internal Audit 2019

Gli audit 2019 sono stati programmati come segue:

- per le procedure/item che al 30/12/2018 presentavano criticità:
 - o Follow-up da effettuarsi nel 1° semestre 2019 tramite la compilazione di una scheda questionario che per le criticità 2018 chiede di dichiarare se la criticità è stata superata, e, in caso negativo, le motivazioni, le azioni correttive previste e il cronoprogramma;
 - o Audit da effettuarsi nel 2° semestre 2019 con intervista diretta al responsabile della struttura competente e successive richieste di aggiornamento, per monitorare la realizzazione delle eventuali azioni correttive raccomandate alle strutture negli audit effettuati;
- per il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure per le casse ticket: audit di 1° livello a campione su casse ticket o audit di 2° livello relativo alle ispezioni condotte dalla UOC Contabilità generale e gestione tesoreria.

La suddetta programmazione tiene in considerazione le osservazioni da parte dell'Assessorato Regionale della Salute di cui al verbale del 03/10/2019 (allegato A9).

5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

L'Assessorato della Salute con il verbale del 03/10/2019 ha richiesto la produzione di uno schema riportante le strutture da auditare/auditare come di seguito riportato:

ASP PALERMO Report al _____				
Descrizione AREA	Strutture da Auditare		Strutture verificate	
	n°	Descrizione (Indicare le strutture-allegato)	n°	Descrizione (Indicare le strutture-allegato)
AREA GENERALE				
AREA IMMOBILIZZAZIONE				
AREA RIMANENZE				
AREA CREDITI E RICAVI				
AREA DISPONIBILITA LIQUIDE				
AREA PATRIMONIO				
AREA DEBITI E COSTI				

6. Relazione intermedia e finale di internal audit.

Come richiesto dall'Assessorato della Salute con nota n.52072 del 25/06/2019 (**allegato A6**) e con nota n.77838 del 05/12/2019 (**allegato A10**), al 30 giugno e al 31 dicembre viene prodotta:

- la Relazione di Internal Audit;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti;
- la trasmissione all'Assessorato Regionale della Salute e al Collegio Sindacale dell'ASP della Relazione e della griglia.

7. Archiviazione documentazione

Per ciascuna verifica svolta, è archiviata e custodita presso l'ufficio della scrivente 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.

Più in particolare 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 degli IA che dei soggetti intervistati;
- Per i questionari/check-list: tutti i questionari/check-list somministrati con indicazione dei soggetti intervistati (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica) della data di somministrazione e la firma degli IA che del soggetto che lo ha compilato;
- Per il ricalcolo: 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: tutta ciò che può comprovare l'effettiva realizzazione della verifica a soggetti terzi.

09 gennaio 2020

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(*Orsola Mariagiuseppina Montagna*)



Allegati:

allegato A1	nota n.9795 del 04/02/2019 Assessorato della Salute
allegato A2	deliberazione n.248 del 28/02/2019 - Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A3	nota n.25763 del 25/03/2019
allegato A4	verbale del 03/04/2019 Assessorato della Salute - monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018
allegato A5	deliberazione n.209 del 20/06/2019 – modifica Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A6	nota n.52072 del 25/06/2019 Assessorato della Salute – richiesta monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019

allegato A7	nota n.1538 del 10/07/2019 dell'ASP – monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019
allegato A8	nota n.67897del 27/09/2019 Assessorato della Salute – convocazione
allegato A9	verbale del 03/10/2019 'Assessorato Regionale della Salute / ASP PA - esame esito audit 1° semestre 2019
allegato A10	nota n.77838 del 05/12/2019 Assessorato della Salute ha – richiesta monitoraggio verifiche di Audit PAC – 2° semestre 2019



UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2019 aggiornato al 31/12/2019

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con nota n.77838 del 05/12/2019 (**allegato A10**), ad oggetto "Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 2° semestre 2019", ha richiesto la compilazione della "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 31/12/2019. La presente relazione accompagna la griglia aggiornata al 31/12/2019. La medesima scheda, firmata come richiesto, viene allegata alla nota di riscontro alla suddetta nota assessoriale.

2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit

Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono state conformi alla programmazione effettuata e riportata nell'apposito documento (**PARTE A**).

3. Esito delle verifiche

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
3	delibera n. 793 del 31/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI.	Area PAC: D1.1, H2.2

ITEM: D1.4

Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.

N.B.: l'azione D1.4 è stata intesa come verifica dell'applicazione della procedura stante che il sistema di verifiche periodiche è attivato.

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: POSITIVO

Questionario nota n. 1280 del 04/06/2019; riscontro email del 21/06/2019

AUDIT del 18/10/2019; aggiornamento email del 24/12/2019 e del 09/01/2020

STRUTTURA VERIFICATA: UOC Contabilità Analitica e Patrimonio

CRITICITA' RESIDUE:

//

AZIONI INTRAPRESE:

LA procedura di monitoraggio dei cespiti è applicata. Il libro cespiti viene aggiornato.

I magazzinieri aziendali durante diverse giornate di training on the job hanno acquisito le competenze specifiche per l'inserimento e la registrazione in procedura Dedalus delle entrate merci, rilevati da ordine, bolla, verbale di presa in carico, e della configurazione dei cespiti (che si distinguono sostanzialmente dai beni di consumo per il valore di acquisto e la durata presunta del bene) rilevabili dalla fattura di acquisto e dal collaudo tecnico per potere essere iscritti nell'inventario dei beni mobili aziendali.

Per quel che concerne l'allineamento dei valori riferiti alle classi fiscali dei dati importati anno 2016 è già in programmazione, a breve, un'attività con gli operatori Dedalus.

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO

n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO	Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2

ITEM: E1.9

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

ITEM: E2.6

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro:

a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori

b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)".

c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente

d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino"

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

ITEM: E5.4

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

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: CON RISERVA

Questionario nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019

AUDIT del 15/10/2019

STRUTTURA VERIFICATA: Dipartimento Farmaceutico

CRITICITA' RESIDUE:

In corso il popolamento dell'anagrafica per la completa implementazione della procedura informatica di gestione dei beni in conto deposito

AZIONI INTRAPRESE:

La procedura di caricamento dei documenti di trasporto in conto deposito è stata implementata nel sistema informatico C4H ed in corso di popolamento l'anagrafica.

ALTRO:

Si rileva che la Direzione Aziendale ha provveduto all'acquisizione, in comando da altra Azienda per un giorno a settimana, di un esperto per la gestione informatizzata del conto deposito affinché consenta la formazione del personale che interviene nel processo di acquisizione e utilizzo dei materiali di terzi, per la opportuna rendicontazione informatica e pagamento a seguito dell'utilizzo.

L'esperto, che ha già svolto con successo analoga attività presso l'ARNAS PA, da cui dipende, e presso l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, sta procedendo all'analisi della procedura di gestione conto deposito verificando tutti le fasi (caricamento contratti, anagrafica fornitori, anagrafica prodotti) propedeutiche alla piena funzionalità del processo.

In fase di prima applicazione sta provvedendo all'informatizzazione del conto deposito dei *devices* di emodinamica utilizzati c/o il P.O. Ingrassia che di per se solo rappresenta il 50% dei beni in conto deposito. Successivamente si occuperà della categoria merceologica di ortopedia e suture e suturetrici che rappresentano il restante 50%.

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO

n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA	Area PAC: D3.1

ITEM: D3.3

Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: CON RISERVA

Questionario nota n. 1284 del 04/06/2019; riscontro: email del 09/07/2019

AUDIT del 15/10/2019; aggiornamento del 03/01/2020

STRUTTURA VERIFICATA: UOC Logistica e Servizi Esternalizzati (monitoraggio procedura) / strutture aziendali (applicazione procedura)

CRITICITA' RESIDUE:

Si rimane in attesa che le strutture aziendali competenti all'applicazione della procedura rispondano al monitoraggio effettuato dalla UOC Logistica e Servizi Esternalizzati (sollecitato il 03/01/2020).

AZIONI INTRAPRESE:

Per ciò che attiene la UOC Logistica e Servizi Esternalizzati la procedura è applicata e la verifica è positiva.

Le portinerie di via G La Loggia, di via Pindemonte, e di via C. Onorato, le uniche che vengono gestite dalla UOC Logistica e Servizi Esternalizzati, trattasi di ingressi carrabili — porte CAR -, pertanto le medesime hanno l'obbligo di registrare uscita e rientro dei mezzi di trasporto dell'autoparco aziendale, di vigilare sul corretto utilizzo dei sopra descritti ingressi, e nello specifico l'ingresso di via La Loggia viene utilizzato per consentire l'accesso dei dipendenti e degli utenti tutti, mentre quello di via Pindemonte consente l'ingresso dei soli dipendenti, dei mezzi autorizzati e di quelli

in emergenza; l'ingresso di via C. Onorato serve per tutti i dipendenti dello stesso Presidio oltre a tutti gli utenti e mezzi autorizzati che si recano presso gli uffici dello stesso Presidio.

L'attuazione delle misure di controllo del movimento delle persone all'interno dei locali delle diverse articolazioni aziendali presenti all'interno del vastissimo Territorio dell'Asp di Palermo compete a ciascun Responsabile di Macrostruttura. La UOC Logistica e Servizi Esternalizzati ha inviato un questionario di monitoraggio e si è in attesa di risposta da parte delle strutture aziendali.

ALTRO:

E' attivo presso la sede legale dell'ASP il controllo degli accessi secondo la procedura PAC.

La Direzione aziendale ha attivato una estensione del servizio di guardiana finalizzato alla vigilanza e alla sorveglianza di immobili, attraverso attività di controllo anche del movimento delle persone; in particolare presso il Presidio Pisani è stata studiata una nuova viabilità al fine di rendere esclusivo l'accesso alla camera mortuaria e limitare l'accesso ad estranei non utenti, sono state incrementate le telecamere per eliminare l'inconveniente del rilascio di rifiuti e rendere più sicure le aree di pertinenza aziendale.

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO

n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI	Area PAC: I1.1

APPLICAZIONE PROCEDURA ITEM: I1.1 (non presente nella griglia)

Predisposizione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.

La procedura deve tra l'altro prevedere che:

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

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

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: POSITIVO

Questionario nota n. 1282 del 04/06/2019; riscontro: email del 17/06/2019

AUDIT del 11/12/2019

STRUTTURA VERIFICATA: UOC Provveditorato / Ditta DEDALUS (informatizzazione)

CRITICITA' RESIDUE:

//

AZIONI INTRAPRESE:

E' stata formalizzata una reportistica dedicata per il sistema di verifiche periodiche (azione I1.3)

La procedura informatica per la gestione degli armadietti farmaceutici di reparto è stata attivata in tutti i Presidi Ospedalieri

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO	Area PAC: I1.5

ITEM: I1.7

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo:

- verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte;*
- l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento esclusivamente sulla base di dati ufficiali notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria;*
- verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate"*

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: POSITIVO	
Questionario nota n. 1283 del 04/06/2019; riscontro: nota n. 2744 del 13/06/2019	
AUDIT del 15/10/2019; aggiornamento del 24/12/2019 e del 09/01/2020	
STRUTTURA VERIFICATA: UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	
CRITICITA' RESIDUE: //	
AZIONI INTRAPRESE: La procedura è applicata. Sono state poste in essere le azioni correttive alle criticità rilevate e di seguito definite: implementazione ex novo del modulo informatico dell'assistenza ambulatoriale e liquidazione delle prestazioni rese da privato tramite fatturazione elettronica in C4H a partire da Gennaio 2019. Si precisa che nella procedura informatica C4H viene inserito l'ordine quadro annuale, così come richiesto dalla procedura PAC, ripartito per tipologia di prestazione/branca specialistica. Una volta accertata la quantità e natura delle prestazioni erogate per ciascun mese e quantificato il relativo importo remunerabile, viene trasmesso ad ogni fornitore/branca, tramite PEC, il dettaglio degli importi fatturabili nel periodo, come da procedura PAC. Ogni singolo fornitore, conseguentemente provvede ad emettere la fattura elettronica per ogni branca oggetto di contratto ed il pagamento viene effettuato con C4H. Riconciliazioni e conguagli vengono effettuati annualmente secondo le scadenze previste dall'Assessorato Regionale della Salute.	

.....

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE <u>(limitatamente al punto 5.1.4)</u>	Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1
N.B.: La procedura è sottoposta ad audit limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4				

ITEM: F1.6

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

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: CON RISERVA	
AUDIT del 13/06/2019 e del 15/10/2019 con la UOS Coordinamento CUP; aggiornamento del 24/12/2019 e del 09/01/2020	
STRUTTURA VERIFICATA: UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie / UOS Coordinamento CUP	
CRITICITA': In attesa di avere trasmessa la reportistica prodotta per il 2019.	
AZIONI INTRAPRESE: Per il controllo della congruità tra prenotazioni, prestazioni e incassi, la UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie fa presente che per il 2019 è in corso di analisi il report relativo al confronto tra il "totale" degli incassi risultante dal sistema CUP aziendale (flusso C) e il totale dei dati della contabilità Generale distinto per casse ticket, circuito bancario/postale e convenzionati. Per il 2020 provvederà mensilmente alla predetta analisi. Rappresenta comunque che le casse ticket seguono la procedura n.31 e i movimenti contabili sono controllati e quadrati.	

MONITORAGGIO DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE PER LE CASSE TICKET ED ECONOMALI

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO			
n.	delibera	all.	denominazione
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1 (limitatamente al punto 5.1.1)

ITEM: G1.5

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 " predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economiche e delle casse prestazioni"

Per il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure per le casse ticket sono stati eseguiti gli audit interni: audit di 1° livello sulla Cassa ticket del Distretto Sanitario n.34 di Carini (in data 10/12/2019) e audit di 2° livello relativo alle ispezioni della UOC Contabilità generale e gestione tesoreria presso n.12 Casse ticket ed economiche (in data 10/12/2019).

Inoltre, in riscontro alla richiesta dell'Assessorato alla Salute contenuta nel verbale del 03/10/2019, si allega **(allegato B1)** l'elenco delle casse ticket aziendali.

Audit del 09/12/2019

E' stato effettuato in data 09/12/2019 un audit presso l'UOC Contabilità Generale e Gestione Tesoreria del Dipartimento Risorse Economico Finanziarie e Patrimoniale al fine di relazionare sull'attività svolta in merito alla verifica di cassa effettuata presso le casse ticket aziendali.

Sono state riscontrate n.12 verifiche di cassa presso varie sedi senza alcuna criticità sulla concordanza del saldo di cassa e sulle procedure adottate, a tal fine si descrivono le sedi visitate:

Verbale N.1 del 30.01.2019 Distretto Sanitario N.37 Termini Imerese

Verbale N.2 del 22.02.2019 Distretto Sanitario N.41 Partinico

Verbale N.3 del 06.06.2019 P.T.A. Biondo Via La Loggia, Palermo

Verbale N.4 del 09.07.2019 P.T.A. Albanese Via Papa Sergio, Palermo

mod.Relazione Internal Audit al 31-12-2019

Verbale N.5 del 24.09.2019 Cassa Ticket del P.O. Madonna dell'Alto Petralia Sottana
 Verbale N.6 del 18.10.2019 Cassa Economale P.O. Madonna dell'Alto Petralia Sottana
 Verbale N.7 del 18.10.2019 Cassa Ticket Distretto Sanitario N.35 Petralia Sottana
 Verbale N.8 del 05.11.2019 Distretto Sanitario N.33 Cefalù
 Verbale N.9 del 05.11.2019 Cassa Economale Distretto Sanitario N.33 Cefalù
 Verbale N.10 del 26.11.2019 Cassa Economale P.O. Ingrassia Palermo
 Verbale N.11 del 26.11.2019 Cassa Ticket P.O. Ingrassia Palermo
 Verbale N.12 del 27.11.2019 Cassa Ticket P.O. Ingrassia Palermo (integrazione del verbale N.11)

Audit del 10/12/2019

E' stato effettuato in data 10/12/2019 un audit presso la cassa ticket del Distretto di Carini senza alcuna criticità sulla concordanza del saldo di cassa e sulle procedure adottate che si descrivono brevemente:

1. Si verifica se il riscuotitore tiene il registro di cassa aggiornato con tutti i movimenti d'incasso e di versamento;
2. Si verifica il corretto utilizzo della procedura CUP aziendale (Sicilia Digitale);
3. Si procede ad effettuare le stampe necessarie dalla predetta procedura al fine di verificare la correttezza delle scritture riportate sul registro di cassa;
4. Si acquisiscono le ricevute di versamento effettuate presso lo sportello bancario o consegnate alla società trasporto valori, delle somme incassate;
5. Si effettua la verifica del saldo di cassa all'ora del controllo e quindi alla concordanza tra la giacenza del denaro contante ed il saldo riportato sul giornale di cassa.
6. Per tutto quanto sopra riportato, si accerta che il riscuotitore abbia ottemperato a quanto previsto dal regolamento aziendale per le casse ticket.
7. Si verifica il corretto utilizzo dei bollettari per l'incasso del recupero crediti, stante che il sistema informatico non supporta l'attività d'incasso sopra citata e che gli stessi prestampati dell'azienda, siano numerati progressivamente.
8. Si acquisiscono copie dei documenti attestanti la verifica.

ESITO DELLE VERIFICHE 2019: POSITIVA AUDIT del 09/12/2019 e del 10/12/2019
STRUTTURE VERIFICATE: - UOC Contabilità generale e gestione tesoreria - Distretto Sanitario n.34 di Carini CRITICITA' riscontrate: nessuna

4. Archiviazione documentazione

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

5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

Si riporta di seguito lo schema delle strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC:

ASP Palermo: report al 31/12/2019 (comprendente le attività di audit dal 2016 al 2019)		
Descrizione Area PAC	strutture da auditare	strutture verificate

AREA GENERALE	UOC Coordinamento Staff Strategico	sì
	UOC Legale	sì
	UOC Programmazione Controllo di Gestione-SIS	sì
	UOS Informatica aziendale	sì
	Consulente DEDALUS	sì
	UOC Coordinamento Staff Strategico	sì

AREA IMMOBILIZZAZIONE	UOC Provveditorato	sì
	Dipartimento REFPPT	sì
	UOC Bilancio e Programmazione	sì
	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	sì
	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	sì

AREA RIMANENZE	UOC Provveditorato	sì
	Dip. Farmaceutico	sì
	+ 14 Farmacie ospedaliere/territoriali	no
	PALERMO - Via Pindemonte, 88	no
	PALERMO - Via Pindemonte, 88	no
	PALERMO - Via Papa Sergio 1°, 5	no
	PALERMO - Via Villagrazia, 46	no
	PALERMO - Via Turrisi Colonna 43	no
	PARTINICO - Via Circonvallazione / P.O. Civico	no
	CORLEONE - Via Don Colletto 25	no
	BAGHERIA - Via Mattarella 166	no
	LERCARA FRIDDI - Via Francesco Calì	no
	TERMINI IMERESE - Via S.Cimino c/o P.O.Cimino	no
	MISILMERI - Via G.Scarpello 53	no
	PETRALIA - C.da S. Elia/P.O. M.SS. Dell'Alto	no
	CARINI - P.zza San Francesco	no
	CEFALU' - Via San Pasquale 13	no
	Dipartimento REFPPT	sì
	Dip. Prevenzione	sì
	Dip. Prevenzione veterinario	sì

AREA CREDITI E RICAVI	UOC Coordinamento Staff strategico	sì
	UOS Progettazione	sì
	UOC Bilancio e Programmazione	sì
	Comitato Tecnico Consultivo ALPI	sì
	UOC Provveditorato	sì
	UOC Progr. e organizz. attività Cure Primarie	sì
	+ 18 CASSE TICKET	vedi in Relazione
	PALERMO - Via Papa Sergio I, 5 c/o PTA Albanese	sì
	PALERMO - Via La Loggia 5 c/o PTA Biondo	sì
	PALERMO - Via Villagrazia 46 c/o PTA Guadagna	
	PALERMO - Via G. Turrisi Colonna,43 c/o Palermo Centro	
	PALERMO - Corso Calatafimi, 1002 c/o P.O. Ingrassia	sì
	CEFALU' - Contrada Pietrapollastra c/o sede del Distretto	sì
	CARINI - Corso Italia 151 c/o sede del Distretto	
	CARINI - Via Ponticelli c/o sede del Poliambulatorio	sì
	PETRALIA - C.da S. Elia c/o P.O. M.SS. Dell'Alto	sì
	PETRALIA - C.da S. Elia c/o sede del Distretto	sì

	MISILMERI - Via Generale Medici 31, c/o Poliambulatorio	sì
	TERMINI IMERESE - Via S.Cimino c/o P.O.Cimino	
	TERMINI IMERESE - Via Ospedale Civico 10, c/o Poliambulat.	
	LERCARA FRIDDI - Via Francesco Calì c/o Poliambulatorio	sì
	BAGHERIA - Via Mattarella 166	
	CORLEONE - Via Don Colletto 25	
	PARTINICO - Via Circonvallazione / P.O. Civico	sì
	PARTINICO - Largo Casasanta c/o Poliambulatorio	
	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	sì
	UOC Legale	sì

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	sì
	UOC Provveditorato	sì
	UOC Bilancio e Programmazione	sì
	RUP PAC	sì
	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	sì
	Consulente DEDALUS	sì
	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	sì
	UOC Provveditorato	sì
	+17 magazzini:	
	Magazzino Cancelleria e Stampati	sì (presente all'audit UOC Provveditorato)
	Magazzino Generale di Casermaggio	sì (presente all'audit UOC Provveditorato)
	Magazzino Igiene e Pulizia	sì (presente all'audit UOC Provveditorato)
	Magazzino Economale P.O. Civico Partinico	no
	Magazzino Economale P. O. Petralia	no
	Magazzino Economale P.O. Cimino Termini Im.	no
	Magazzino di Casermaggio P.O. Ingrassia	no
	Magazzino Economale Cefalù	no
	CARINI - Magazzino Economale Distretto 034	no
	Magazzino Economale Distretto Petralia	no
	Magazzino Economale Distretto Termini Im.	no
	LERCARA - Magazzino Economale	no
	BAGHERIA - Magazzino Economale Distretto 039	no
	CORLEONE - Magazzino Economale Distretto 040	no
	PARTINICO - Magazzino Economale Distretto	no
	Magazzino Economale DS42 - Via Lancia di Brolo	no
	TERRITORIALE - Via Turrisi Colonna	no

AREA PATRIMONIO	UOC Bilancio e Programmazione	sì
	Dipartimento REFPT	sì

AREA DEBITI E COSTI	UOC Progr. e organizz. attività Cure Primarie	sì
	UOC Integrazione socio-sanitaria	sì
	UOC Ospedalità privata	sì
	Coordinamento assistenza riabilitativa	sì
	UOS Accredimento	sì
	Dipartimento Salute Mentale	sì
	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	sì
	Dipartimento Risorse Umane	sì

6. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 31/12/2019 (**allegato B2**)

09/01/2020

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "internal audit"
(D.ssa Mariagiuseppina Montagna)



Allegati:

allegato B1	Elenco delle casse ticket aziendali
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 30 giugno 2019

CONTROLLO GEST. SIS
PAG 01/06

0917032077
DIREZIONE GENERALE

RICEVUTO 08/02/2019 14:03
2336

08/02/2019 13:38

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n° 9795 del 4 Febbraio 2019

OGGETTO: Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.). Piano annuale Audit- anno 2019
e Piano Triennale Audit.

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

Al Responsabile della GSA
c/o Servizio 5 DPS

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

e.p.c.

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di Coordinamento sul P.A.C.
(D.D.G. n° 1688/2018)

Alla Ragioneria Generale della Regione
Servizio 3 - Vigilanza - Dipartimento
Bilancio e Tesoro

All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Con nota prot. 65013 del 02.08.2016, che integralmente si richiama, sono stati forniti chiarimenti sulla funzione svolta dall'Internal Audit. Dall'attività di monitoraggio già avviata da questo Dipartimento nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, sono emerse numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A. all'interno dell'Azienda Sanitaria. In particolare, si riportano le principali problematiche emerse:

- soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;
- Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di I.A.
- Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;
- Ritardo da parte dell'azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di I.A. con conseguente vacatio della funzione;
- Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di I.A.;
- Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di I.A.;
- Insufficiente interazione dell'I.A. con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (O.I.V. - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali).

Ciò premesso, si ritiene doveroso richiamare l'attenzione dei destinatari su quanto segue.

> Istituzione dell'I.A.

La figura dell'I.A. è espressamente prevista dall'Azione A.1.7 del P.A.C (Percorso Attuativo di Certificabilità) adottato dalla Regione Siciliana con D.A 1559/2016 per il quale gli Enti del Servizio Sanitario della Regione sono obbligati alla: *"Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale"*.

> Obiettivi del P.A.C.

L'attività del P.A.C è finalizzata al raggiungimento degli Obiettivi aziendali, quali l'attendibilità economico finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione nonché l'osservanza della normativa applicabile all'Ente Sanitario.

> Finalità del P.A.C.

Il P.A.C. concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio aziendale nonché a garantire l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali e l'affidabilità delle informazioni da parte dei responsabili delle strutture operative ed infine il rispetto delle leggi e dei regolamenti interni aziendali.

> Competenze dell'Auditor

Pertanto, la funzione dell'I.A. deve essere assegnata ad un soggetto (Dirigente/funzionario) dotato di adeguate competenze professionali, strutturato in staff alla Direzione Generale alla quale riferisce solo a questa sull'esito della propria attività ed il quale svolge all'interno dell'Ente Sanitario, una attività *"indipendente"* ed *"obiettiva"* in ossequio agli standard internazionali *"The Institute of Internal Auditors"*.

In sintesi, il ruolo svolto dall'I.A. è di tipo consulativo/propositivo ed allo stesso è attribuito, non solo di migliorare le azioni e le attività ascritte al Percorso Attuativo di Certificabilità della Azienda Sanitaria, ma anche di svolgere le seguenti funzioni (cfr nota 65013 del 02.08.2016):

- *Mappatura e valutazione dei rischi e pianificazione degli audit;*

- Verifica delle procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno (Collegio Sindacale e OIV) e la Dirigenza;
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;
- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Di contro ai responsabili delle Unità competono le seguenti attività:

- Garantire il supporto professionale alle operazioni di controllo da parte degli Auditor;
- Assistere la Direzione nel consentire il regolare espletamento del sistema dei controlli;
- Coordinare la pianificazione dell'attività della Struttura;
- Assicurare il pieno svolgimento delle attività programmate all'interno del piano annuale di audit, al fine di garantirne l'esecuzione;
- Approvare i rapporti di audit.

Appare opportuno rilevare che il sistema di controllo interno e la gestione dei rischi devono essere strutturati per consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali.

Pertanto il "sistema dei controlli" deve essere integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria tenendo presente i modelli procedurali previsti dal Percorso Attivativo di Certificabilità e mira al raggiungimento degli Obiettivi aziendali quali l'affidabilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione aziendale ed il rispetto della normativa di settore.

La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C., è subordinata ad una preliminare valutazione del "rischio" aziendale.

Per quanto sopra esposto, le Aziende Sanitarie devono inoltrare a questo Dipartimento la documentazione appresso indicata:

- Relazione del risk assessment - Relazione aggiornata sul processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi, finanziari ...) svolto dall'I.A. nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio;
- Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C., pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda e dovrà contenere:
 - Azione / Procedura oggetto di audit;
 - Struttura aziendale auditata;
 - Obiettivo dell'intervento;
 - Ambito dell'Audit;
 - Crono programma delle attività da svolgersi nell'anno solare.

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

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

- Piano triennale Audit - nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C. e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.

La presente nota è inoltrata anche ai singoli Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie (individuati dall'art. 19, comma 2 lettere a) e c) del D.Lgs. n° 118 del 23 giugno 2011) i quali nell'ambito della propria autonomia, sono tenuti, in ossequio ai compiti previsti dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992 ad accertare l'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'azienda (cfr MEF circolare n° 35 del 13.12.2018).

Nello specifico la vigilanza sulla regolarità amministrativo contabile iscritta al Collegio Sindacale si esplica non soltanto attraverso il controllo della regolare tenuta dei libri e delle scritture ma anche sull'affidabilità, completezza e correttezza delle procedure aziendali tra le quali rientra il P.A.C.

Pertanto, si invitano i destinatari della presente, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, ad una puntuale osservanza di quanto sopra richiesto, tenuto conto che la corretta stesura delle procedure P.A.C. e la correlata attività di controllo da parte dell'I.A. mira a fornire alla Direzione Aziendale ed agli Organi Esterni di disporre di dati "di qualità" i cui riflessi incidono sul bilancio di esercizio e sulla Governance dell'Ente.

La documentazione sopra indicata, unitamente al manuale di I.A. redatto ed approvato dall'Azienda, dovranno essere trasmessi per posta elettronica certificata all'indirizzo: departamento.pianificazione.strategica@cert.maf.regione.sicilia.it.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Casella



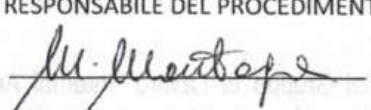
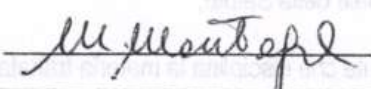
Il Dirigente Generale
Mario La Rocca

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO
DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n° 00248

del 28 FEB. 2019

OGGETTO: Approvazione ed adozione Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo.

STRUTTURA PROPONENTE	DIPARTIMENTO
UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO	RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO
Proposta n. <u>2</u> del <u>27.02.2019</u>	ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2019
Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019	N° Conto economico _____
N. Centro di Costo _____	N° Conto Patrimoniale _____
N° Conto Economico _____	Importo € _____
Ordine n° _____ del _____	Budget pluriennale _____
Tetto spesa/Budget assegnato € _____	Anno _____ Euro _____
Budget già utilizzato/impegnato € _____	Anno _____ Euro _____
Budget presente atto € _____	Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione (Dr. Salvatore Bellomo)
Disponibilità residua di budget € _____	
Budget pluriennale _____	
Anno _____ Euro _____	
Anno _____ Euro _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
	
IL DIRETTORE DELLA UOC (Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)	
	

L'anno duemiladiciannove, il giorno VENTOTTO del mese di FEBBRAIO, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Commissario dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominato con D.A. N° 2491 del 18/12/2018, assistito da Dr. ANTONINO GAUDIO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

- VISTA** la seguente normativa e direttive in materia di audit interno nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità:
- ✓ l'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), che impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge n.266 del 23/12/2005, e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci;
 - ✓ il D.M. 01/03/2013 adottato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità";
 - ✓ i Decreti Assessoriali n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 con i quali l'Assessore alla Salute della Regione Siciliana ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale,
 - ✓ l'Azione A1.7 dei suddetti P.A.C. che prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono obbligati alla «istituzione di una funzione di internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale»;
 - ✓ la nota prot. n. 65013 del 2/8/2016 ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Nota esplicativa sulla funzione di «internal audit» prevista dalla normativa PAC per gli Aziende del SSR", con la quale l'Assessorato Regionale della Salute ha fornito chiarimenti ed indicazioni specifiche in merito a funzioni e ruolo dell'Internal Audit (brevemente IA);

VISTE

- ✓ le deliberazioni n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017, con le quali l'ASP di Palermo ha adottato le procedure previste dai P.A.C. di cui al D.A. n.1559 del 05/09/2016;
- ✓ la nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, con la quale, da ultimo, è stato costituito il Gruppo di Lavoro "Internal Audit" affidando il coordinamento dello stesso al Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS, e ciò nelle more della nomina del Responsabile della UOS Audit e della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;
- ✓ la nota n.313 del 31/01/2019, con la quale il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" trasmette all'Assessorato Regionale della Salute la griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit al 31/12/2018, richiesta dal medesimo Assessorato con nota n.45442 del 12/06/2018, nonché una dettagliata relazione di accompagnamento contenente anche il Piano di Internal Audit 2018;

PRESO ATTO dei contenuti della nota n.9795 del 04/02/2019, ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit - anno 2019 e Piano Triennale Audit", con la quale l'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, tra l'altro:

- richiama l'istituzione dell'I.A., gli obiettivi e la finalità del PAC nonché le competenze dell'Auditor;
- chiede di aver trasmesso il Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019);

DATO ATTO che, con nota n.500 del 18/02/2019, allegata al presente atto, il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" relaziona in merito a quanto richiesto dall'Assessorato Regionale della Salute con la suddetta nota n.9795 del 04/02/2019;

VISTO il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019, elaborato dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" e sottoscritto dal Responsabile del Progetto PAC, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;

DATO ATTO della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della corruzione;

Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) APPROVARE E ADOTTARE il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019 DELL'ASP DI PALERMO, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale;
- 2) DARE ATTO che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;
- 3) DARE ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 4) DARE CARICO all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare sul sito istituzionale nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC", il presente provvedimento completo dei relativi allegati;
- 5) TRASMETTERE copia della presente deliberazione, con i relativi allegati, all'Assessorato Regionale della Salute, al Collegio Sindacale e al RUP del Progetto PAC dell'ASP di Palermo.

6) *Archiviare il presente atto in un fascicolo a parte esecuto
sotto la rubrica del provvedimento
A.....A*

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

parere _____ dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. _____)

Sul presente atto viene espresso

parere _____ dal

DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Salvatore Russo)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Il Segretario verbalizzante
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR
(Dott. Francesco Casella)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

ATTESTAZIONI

00248

28 FEB. 2019

Deliberazione n° _____ del _____

Immediatamente esecutiva ai sensi
dell'art. 65 comma 7 - L.R. 25/1993
nel testo riformulato dall'art. 53
della L.R. n. 30/1993

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSORIALE SENIOR
(Dott. Antonino Cusano)

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSORIALE SENIOR

(Dott. Antonino Cusano)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il _____

L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____

L'Addetto _____

☐ Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

☐ Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo, _____

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DELIBERAZIONI
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni: _____



Piano di Internal Audit 2019



00248

28 FEB. 2019

ASP Palermo
PIANO INTERNAL AUDIT 2019

verifica della corretta esecuzione delle seguenti procedure nelle strutture a fianco indicate:

n.	DELIBERA	ALLEGATO	PROCEDURA	UOC Provveditorato	UOC Bilancio e Programmazione	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	Dip. Farmaceutico	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2		2° sem. 2019	2° sem. 2019			
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2					2° sem. 2019	
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1				2° sem. 2019		
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1	2° sem. 2019					
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5						2° sem. 2019

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Visto

Il Responsabile PAC
(Dr. Sergio Consagra)



ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. 00248 DEL.

P.C.C.
Il Direttore della UOC

Programmazione, Controllo di Gestione - SIS
(D.ssa Mariagiuseppina Montagna)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico

Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO

e-mail: mariagiuseppina.montagna@asppalermo.org

web: www.asppalermo.org

DATA 18/02/2019

PROT. N° 500

Rif. nota del
Prot in entrata n. del

Al Commissario Straordinario

e, p.c. Responsabile Progetto P.A.C.

Al Collegio Sindacale

LORO SEDI

OGGETTO : Nota Assessorato della Salute n.9795 del 04/02/2019 del 04/02/2019 ad oggetto: "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit".
RELAZIONE.

1. Premessa

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge n.266 del 23/12/2005, e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'Azienda ha avviato una intensa attività per supportare la realizzazione dei PAC. In particolare, sulla base della programmazione delle scadenze dell'Assessorato Regionale della Salute sono state predisposte e adottate, con deliberazioni n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017, le procedure previste.

Come espressamente previsto dall'azione A.1.7. del PAC adottato dalla Regione Siciliana, gli Enti del SSR sono obbligati alla "Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettivo, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale".

Il controllo interno disposto dall'I.A., come precisato dall'Assessorato con nota prot. N. 65013 del 02/08/2016, ha la finalità di esaminare i processi amministrativo – contabili e gestionali, nonché di fornire un supporto alla Direzione Strategica per un costante miglioramento di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

mod. x DG_programmazione AUDIT 2019

Per quanto attiene la funzione di Internal Audit presso l'ASP di Palermo:

- con nota n.2855 del 09/08/2016 è stata designata per la funzione di internal audit, a seguito di richiesta da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, la Dr.ssa Daniela Scimeca - Collaboratore Amministrativo Professionale (D);
- con nota n. 42587 del 27/09/2017 è stato istituito il gruppo di lavoro per il monitoraggio e verifica della azioni PAC, coordinato dal Dr. Antonio Guzzardi, Direttore della UOC Bilancio e programmazione, cessato dal servizio dal 29/12/2017;
- con deliberazione n. 324 del 22/12/2017, e nota n. n.24013 del 29/12/2017, è stato conferito l'incarico di Responsabile della UOS Audit (afferente alla UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS), a decorrere dal 01/01/2018, alla Dr.ssa Maria Daniela Arcuri – Dirigente Medico OSSB;
- con nota n.3173 del 22/01/2018 sono state accolte le dimissioni della Dr.ssa Arcuri dall'incarico suddetto, disponendo, altresì, che il Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS, quale superiore gerarchico, assicuri lo svolgimento della funzione di internal audit;
- con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 è stato rimodulato il precedente gruppo di lavoro affidando il coordinamento al Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS, e ciò nelle more della nomina di altro Responsabile della UOS Audit e della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute.

Quest'ultimo Gruppo di Lavoro (GdL IA) ha avuto il compito di:

- proporre il Piano di I.A. 2018 sulla base del metodo delineato dall'Assessorato della Salute con nota prot.n. 33198 del 19 aprile 2017 e nota n.45442 del 12/06/2018;
- provvedere alla verifica dello stato di attuazione delle procedure P.A.C. adottate con delibere n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017
- predisporre il report finale di audit da sottoporre alla direzione aziendale.

Inoltre, con nota n.15866 del 04/04/2018, la Direzione Strategica ha istituito un tavolo misto ASP/Dedalus che possa disporre in maniera sinergica un percorso amministrativo-contabile che garantisca il pieno raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali correlati ai PAC. La Direzione ha anche trasmesso la nota n.19033 del 23/03/2018 cui è stato riscontrato con nota 10821 del 08/05/2018.

Il tavolo misto si è riunito in data 13/04/2018 e successivamente, in data 24/04/2018, la scrivente si è incontrata con i consulenti RTI Dedalus. Coerentemente con la linea di condotta stabilita nella riunione del 13/04/2018, i consulenti hanno ribadito la propria disponibilità per l'anno 2018 a supportare la scrivente negli audit interni (nella qualità di personale di supporto alla comprensione, ovvero rettifica, dei documenti procedurali e/o delle funzionalità del sistema operativo) e quindi sono state concordate le modalità di svolgimento e un calendario di esecuzione degli stessi.

Il Gruppo di Lavoro ha prodotto una RELAZIONE INTERNAL AUDIT intermedia al 30/06/2018 e una RELAZIONE INTERNAL AUDIT finale al 31/12/2018 (che si allega), trasmesse all'Assessorato della Salute rispettivamente con note n.1583 del 10/07/2018 e n.313 del 31/01/2019, unitamente alle relative griglie di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit richieste dal medesimo Assessorato con la citata nota n.45442 del 12/06/2018.

Nella Relazione finale 2018, in ultimo (pag.16), vengono evidenziate anche le criticità per la programmazione delle attività di internal audit 2019 e le problematiche aperte, con particolare riguardo alla configurazione e alle competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, di cui alla nota mod. x DG_programmazione AUDIT 2019

n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, non rispondenti alle specifiche esplicitate dall'Assessorato con la citata nota prot. N. 65013 del 02/08/2016

Le suddette relazioni e griglie sono pubblicate sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Bilanci / PAC.

2. Nota Assessorato della Salute n.9795 del 04/02/2019 del 04/02/2019 ad oggetto: "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit".

Con nota n.9795 del 04/02/2019 (che si allega), ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit", l'Assessorato Regionale alla Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, ha sostanzialmente:

- a) Evidenziato numerose criticità;
- b) Richiamato le competenze dell'Auditor;
- c) Richiesto i documenti di programmazione I.A.:
 - Relazione del risk assessment;
 - Piano annuale Audit – anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019);
 - Piano triennale Audit
 - Manuale di I.A.

In merito si relaziona quanto segue:

a) CRITICITA'

La nota assessoriale evidenzia alle Aziende Sanitarie della Regione numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A..

Le criticità citate si riportano di seguito, con la rilevazione della situazione nell'ASP di Palermo (come sopra relazionato):

CRITICITA'	SITUAZIONE IN ASP PA
Soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;	VERO
Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di I.A.:	VERO
Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;	VERO
Ritardo da parte dell'Azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di I.A. con conseguente vacanza della funzione;	NO Funzione individuata dal 09/08/2016
Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di I.A.;	NO Non si è ricorso a professionalità esterne
Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di I.A.;	VERO
Insufficiente interazione dell'I.A. con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (OIV - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali)	VERO

b) COMPETENZE DELL'AUDITOR

Inoltre, l'Assessorato, richiama l'attenzione dei destinatari alla Istituzione dell'I.A., agli obiettivi e alle finalità del PAC, nonché alle competenze dell'Auditor.

La configurazione e competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, di cui alla nota n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, non è rispondente alle specifiche esplicitate dall'Assessorato con la citata nota prot. n.65013 del 02/08/2016.

Già nella RELAZIONE INTERNAL AUDIT finale 2018 è stata data evidenza al fatto che l'attuale configurazione e competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, nonché il mandato ricevuto con nota n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, hanno limitato l'operatività dello stesso Gruppo sostanzialmente alle seguenti funzioni correlate alla verifica delle procedure PAC:

- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Sono rimaste, invece, poco sviluppate o del tutto trascurate le seguenti funzioni che l'IA dovrebbe espletare:

- Adottare la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi e dei rischi al fine di assistere la Direzione nella valutazione ed adeguatezza del sistema dei controlli interni, nella garanzia di applicazione dei requisiti minimi definiti dalle normative, nella verifica della conformità dei comportamenti alle procedure operative definite e nella identificazione e valutazione delle aree operative maggiormente esposte a rischio;
- Verificare le procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno dell'Azienda;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di controllo Esterno e la Dirigenza;
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit.

Per quanto su esposto si ritiene che il Gruppo di Lavoro, per le competenze possedute, abbia esaurito il proprio compito e non possa garantire nel 2019 le ulteriori attività correlate alla funzione di internal audit.

Pertanto, per il 2019 risulta necessario che la Direzione strategica valuti ulteriori interventi volti a garantire che le azioni attese ed effettivamente espletate siano:

- sufficienti ed appropriate rispetto all'obiettivo della certificabilità e alle verifiche delle altre procedure aziendali di gestione e di controllo maggiormente esposte a rischio;
- implementate in modo sostanziale e effettivamente competente;

al fine di assicurare con la figura professionale dell'Internal Auditor il pieno supporto consultivo/propositivo sia alla Direzione dell'Azienda Sanitaria sia ai componenti di ogni singola struttura aziendale per il costante e progressivo miglioramento della gestione in termini di efficacia, efficienza ed economicità, nonché di consentire all'Azienda ASP di Palermo di potersi sottoporre in qualsiasi momento, con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili previste dal D.M. del 17 settembre 2012.

Circa le competenze necessarie per svolgere la funzione appare opportuno evidenziare che gli standard internazionali (n.1210 – Competenza) relativi alla professione di Internal Auditor prevedono che la figura sia

in possesso delle conoscenze, delle capacità e delle altre competenze necessarie all'esercizio delle proprie responsabilità (vedi standard allegati).

In difetto di tali competenze, il predetto standard internazionale prevede che il responsabile dell'*Internal Audit* debba dotarsi di opportuna assistenza e consulenza per lo svolgimento anche di una parte dell'attività. In generale, comunque, è atteso che il Responsabile della funzione I.A. conosca gli standard di *Internal Audit* ed abbia esperienza in termini di analisi/valutazione e revisione del Sistema di Controllo Interno.

Si ricorda che, con avviso pubblicato il 22/08/2016, l'ASP PA ha indetto la selezione interna per l'affidamento dell'incarico di Responsabile dell'UOS Audit (si allega elenco idonei). Con decorrenza 01/01/2018, detto incarico era stato affidato alla Dr.ssa Maria Daniela Arcuri, che ha rinunciato pochi giorni dopo e l'incarico rimane ad oggi vacante.

Alla luce di quanto sopra, si ritiene necessaria una riorganizzazione dell'audit interno, ovvero un supporto esterno qualificato o una esternalizzazione del servizio.

c) REDAZIONE DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AUDIT 2019

Per quanto attiene la redazione di: Relazione del risk assessment; Piano annuale Audit – anno 2019; Piano triennale Audit e Manuale di I.A., si fa presente che:

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

Per quanto detto sopra, considerato che nessuno dei componenti del Gruppo di Lavoro ha le competenze tecnico/professionali necessarie, detta Relazione non potrà essere redatta dall'attuale funzione di audit.

Infatti, l'utilizzo dello strumento metodologico per valutare il rischio (la c.d. matrice RACM – Risk Assessment Criteria Matrix - che permette di valutare il rischio in termini di probabilità e di impatto, con una valutazione quindi di tipo qualitativo) richiede adeguate competenze ed esperienza in materia di revisione contabile, indicatori di frode, sistemi di prevenzione della corruzione nei processi amministrativo-contabili, sistemi informativi aziendali amministrativo-contabili, che il Gruppo di Lavoro non possiede.

Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) *nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C., pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.*

Per quanto detto sopra, nelle more della riorganizzazione dell'audit interno, stante la scadenza posta dall'Assessorato per l'adozione, la scrivente, raccordandosi con il responsabile P.A.C., potrà redigere e proporre alla S.V. un Piano Annuale di Audit 2019 limitatamente all'audit delle procedure/azioni P.A.C. che nell'anno 2018 sono risultate verificate "con riserva" (vedi allegato Relazione audit 2018 – pagg.14-15-16)).

Piano triennale Audit *nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari, delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C. e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.*

Per quanto detto sopra, e considerato che la relazione di risk assessment allo stato non può essere elaborata, si rimanda la redazione del Piano alla riorganizzazione dell'audit interno.

Manuale di Internal Audit: *descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di internal auditing.*

Si provvederà a redigere un Manuale di Internal Audit nel rispetto dei principi e degli standard internazionali per la pratica dell'internal auditing nonché del codice etico (vedi allegato), che, pertanto, potrà trovare piena applicazione con la riorganizzazione dell'audit interno conforme a quanto stabilito dall'Assessorato, in ultimo con la nota in oggetto.

Si rimane a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento.



Il Direttore della UOC
Coordinatore del GdL "Internal audit"
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n° 9795 del 4 Febbraio 2019

OGGETTO: Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.). Piano annuale Audit- anno 2019
e Piano Triennale Audit.

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

Al Responsabile della GSA
c/o Servizio 5 DPS

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

e.p.c.

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di Coordinamento sul P.A.C.
(D.D.G. n° 1688/2018)

Alla Ragioneria Generale della Regione
Servizio 3 - Vigilanza - Dipartimento
Bilancio e Tesoro

All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Con nota prot. 65013 del 02.08.2016, che integralmente si richiama, sono stati forniti chiarimenti sulla funzione svolta dall'Internal Audit. Dall'attività di monitoraggio già avviata da questo Dipartimento nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, sono emerse numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A. all'interno dell'Azienda Sanitaria. In particolare, si riportano le principali problematiche emerse:

- soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;
- Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di I.A.
- Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;
- Ritardo da parte dell'azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di I.A. con conseguente vacatio della funzione;
- Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di I.A.;
- Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di I.A.;
- Insufficiente interazione dell'I.A. con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (O.I.V. - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali).

Ciò premesso, si ritiene doveroso richiamare l'attenzione dei destinatari su quanto segue.

> Istituzione dell'I.A.

La figura dell'I.A. è espressamente prevista dall'Azione A.1.7 del P.A.C (Percorso Attuativo di Certificabilità) adottato dalla Regione Siciliana con D.A 1559/2016 per il quale gli Enti del Servizio Sanitario della Regione sono obbligati alla: *"Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale"*.

> Obiettivi del P.A.C.

L'attività del P.A.C è finalizzata al raggiungimento degli Obiettivi aziendali, quali l'attendibilità economico finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione nonché l'osservanza della normativa applicabile all'Ente Sanitario.

> Finalità del P.A.C.

Il P.A.C. concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio aziendale nonché a garantire l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali e l'affidabilità delle informazioni da parte dei responsabili delle strutture operative ed infine il rispetto delle leggi e dei regolamenti interni aziendali.

> Competenze dell'Auditor

Pertanto, la funzione dell'I.A. deve essere assegnata ad un soggetto (Dirigente/funzionario) dotato di adeguate competenze professionali, strutturato in staff alla Direzione Generale alla quale riferisce solo a questa sull'esito della propria attività ed il quale svolge all'interno dell'Ente Sanitario, una attività *"indipendente"* ed *"obiettiva"* in ossequio agli standard internazionali *"The Institute of Internal Auditors"*.

In sintesi, il ruolo svolto dall'I.A. è di tipo consulativo/propositivo ed allo stesso è attribuito, non solo di migliorare le azioni e le attività ascritte al Percorso Attuativo di Certificabilità della Azienda Sanitaria, ma anche di svolgere le seguenti funzioni (cfr nota 65013 del 02.08.2016):

- *Mappatura e valutazione dei rischi e pianificazione degli audit;*

- Verifica delle procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno (Collegio Sindacale e OIV) e la Dirigenza;
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;
- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Di contro ai responsabili delle Unità competono le seguenti attività:

- Garantire il supporto professionale alle operazioni di controllo da parte degli Auditor;
- Assistere la Direzione nel consentire il regolare espletamento del sistema dei controlli;
- Coordinare la pianificazione dell'attività della Struttura;
- Assicurare il pieno svolgimento delle attività programmate all'interno del piano annuale di audit, al fine di garantirne l'esecuzione;
- Approvare i rapporti di audit.

Appare opportuno rilevare che il sistema di controllo interno e la gestione dei rischi devono essere strutturati per consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali.

Pertanto il "sistema dei controlli" deve essere integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria tenendo presente i modelli procedurali previsti dal Percorso Attivativo di Certificabilità e mira al raggiungimento degli Obiettivi aziendali quali l'affidabilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione aziendale ed il rispetto della normativa di settore.

La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C., è subordinata ad una preliminare valutazione del "rischio" aziendale.

Per quanto sopra esposto, le Aziende Sanitarie devono inoltrare a questo Dipartimento la documentazione appresso indicata:

- Relazione del risk assessment - Relazione aggiornata sul processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi, finanziari ...) svolto dall'I.A. nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio;
- Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C., pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda e dovrà contenere:
 - Azione / Procedura oggetto di audit;
 - Struttura aziendale auditata;
 - Obiettivo dell'intervento;
 - Ambito dell'Audit;
 - Crono programma delle attività da svolgersi nell'anno solare.

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

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

- Piano triennale Audit - nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C. e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.

La presente nota è inoltrata anche ai singoli Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie (individuati dall'art. 19, comma 2 lettere a) e c) del D.Lgs. n° 118 del 23 giugno 2011) i quali nell'ambito della propria autonomia, sono tenuti, in ossequio ai compiti previsti dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992 ad accertare l'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'azienda (cfr MEF circolare n° 35 del 13.12.2018).

Nello specifico la vigilanza sulla regolarità amministrativo contabile iscritta al Collegio Sindacale si esplica non soltanto attraverso il controllo della regolare tenuta dei libri e delle scritture ma anche sull'affidabilità, completezza e correttezza delle procedure aziendali tra le quali rientra il P.A.C.

Pertanto, si invitano i destinatari della presente, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, ad una puntuale osservanza di quanto sopra richiesto, tenuto conto che la corretta stesura delle procedure P.A.C. e la correlata attività di controllo da parte dell'I.A. mira a fornire alla Direzione Aziendale ed agli Organi Esterni di disporre di dati "di qualità" i cui riflessi incidono sul bilancio di esercizio e sulla Governance dell'Ente.

La documentazione sopra indicata, unitamente al manuale di I.A. redatto ed approvato dall'Azienda, dovranno essere trasmessi per posta elettronica certificata all'indirizzo: departamento.pianificazione.strategica@cert.maf.regione.sicilia.it.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Casella



28 MAR. 2019
Prot. ASP 13258/2019

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Prot. n° 25763

del 25 MARZO 2019

OGGETTO: Monitoraggio Verifiche Audit- Procedure aziendali P.A.C- anno 2018.
Convocazione.

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

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

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

e.p.c

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio del P.A.C ed a seguito delle risultanze emerse dai reports relativi al 2° semestre 2018, oggetto di richiesta con nota prot. 45442 del 12.06.2018 e prot. 4923 del 21.01.2019, le SS.LL. sono convocate presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica come da calendario allegato alla presente.

E' richiesta la presenza di almeno un componente del Collegio Sindacale.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Martello Cascino



Dirigente Generale
Dott. Mario La Rocca

[Handwritten signature]

**CALENDARIO INCONTRI - I.A.
VERIFICHE 2^ SEMESTRE 2018**

Enti Sanitari	calendario incontri I.A.	
	Giorno	ora
ASP AGRIGENTO	03/04/2019	10,30
ASP CALTANISSETTA	03/04/2019	12,00
ASP CATANIA	03/04/2019	13,00
ARNAS CIVICO	03/04/2019	13,00
ASP ENNA	05/04/2019	12,00
ASP MESSINA	05/04/2019	11,00
ASP TRAPANI	05/04/2019	10,00
ASP PALERMO	03/04/2019	15,00
A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO	09/04/2019	9,30
A.O. PAPARDO	09/04/2019	10,30
ASP RAGUSA	09/04/2019	12,00
ASP SIRACUSA	09/04/2019	13,30
IRCCS BONINO PULEJO	12/04/2019	11,00
A.O.U. G. MARTINO	12/04/2019	12,00
A.O.U. V. EMANUELE	17/04/2019	11,00
ARNAS GARIBALDI	17/04/2019	12,00
A.O. CANNIZZARO	17/04/2019	13,30
A.O.U. P. GIACCONE	17/04/2019	15,00

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Verbale di Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C – 2 ^ semestre 2018
(Nota prot. 25763 del 25 marzo 2019)

L'anno 2019, il giorno tre del mese di aprile presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, è stato convocato il Responsabile del P.A.C, l'Internal Audit ed il Collegio Sindacale **dell'Azienda Sanitaria Palermo** per procedere alla disamina delle risultanze delle verifiche di Audit aggiornate al **31 dicembre 2018**, oggetto di richiesta da parte del Servizio 2, con note prot. n° 45442 del 12.06.2018 e prot. 4923 del 21.01.2019.

Sono presenti:

per l'Assessorato alla Salute

Dott. Marcello Cascino - Dirigente del servizio 2 DPS

Dott. Giovanni Scoma - Funzionario Direttivo - Servizio 2 DPS

Per l'Azienda Sanitaria

- Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna – Internal Audit
- Dott. Sergio Consagra – Referente P.A.C.
- Dott. Leonardo Salvaggio – Controllo di Gestione

Per il Collegio Sindacale

- Rag. Salvatore Cottone – Presidente
- Dott. Edmondo Sanfilippo – Componente
- Dottsa Antonina Cricchio - Componente

Nell'ambito del monitoraggio svolto dal Servizio 2 del DPS, si procede in continuità con l'attività già avviata per il 1^ semestre 2018, in presenza del personale sopra indicato, a riscontrare il report di audit e formulare le osservazioni di ufficio sulle risultanze delle verifiche effettuate dall'I.A. al 31 dicembre 2018 e meglio evidenziate nella griglia (Allegato 1).

La situazione rilevata dall'Azienda al 31.12.2018 è indicata dall'I.A a pagina 11 della relazione.

In particolare si osserva:

Sono state indicate le strutture auditate ma non quelle complessivamente da auditare per singola area PAC;

Area Immobilizzazioni

- D1-4 *"Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche"*. Nell'UOC Bilancio e Programmazione e UOC Contabilità Analitica e Patrimonio la verifica è risultata parzialmente positiva in quanto non è stato completato l'allineamento del libro dei cespiti. In ragione dell'esito della verifica e dell'impatto sul bilancio di esercizio, si chiede di acquisire l'aggiornato dell'audit entro la data utile per la definizione del bilancio consuntivo 2018.
- D2-5 *"Adeguamento del libro dei cespiti alle risultanze degli inventari periodici.."* La riserva indicata dall'IA (cfr pag 13 relazione IA) risulta in contrasto con il report finale aggiornato al 31.12.2018 che riporta una verifica con esito positivo. Richiedere una specifica sul significato della "mancata messa in esercizio del libro cespiti".
- D3-3 *"Verifica di idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni all'entrata ed all'uscita dei locali .."* Non vengono indicate le misure correttive e persistono le criticità già evidenziate in sede di report al 30.06.2018;

Area Rimanenze

- E1.5 – E2.1 e E5.2. Persistono le riserve sugli audit effettuati al Dipartimento Farmaceutico in ordine alla mancata funzionalità dei "conti deposito" dovute alla procedura informatica non ancora implementata/ settata. La procedura sebbene venga attuata in maniera cartacea deve essere informatizzata al fine di allineare, le risultanze con i conti d'ordine. La misura correttiva deve essere definita con una tempistica certa, stante il ritardo nell'esecuzione della stessa il cui termine da D.A. 1559/16 era stato fissato al 30.11.2016.

Area Debiti e Costi

- II. L'esito dell'attività di Audit ha evidenziato una verifica negativa nell'UOC *"Programmazione e Organizzazione dell'Attività di Cura Primaria"* dovuta alla mancata applicazione della procedura. Non è stata indicata alcuna tempistica nel follow-up dell'attività.

Prescrizioni:

- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le *cashe ticket*

Si conviene che l'Azienda Sanitaria fornisca idoneo e dettagliato riscontro contestualmente all'esito delle verifiche programmate nel 1° semestre 2019 ed alle prescrizioni richieste entro la data del **05 luglio 2019**.

In ultimo, si raccomanda, conformemente a quanto già rilevato in sede di esame del 1° report al 30.6.2018, che tutti i rapporti delle verifiche di Audit, (con esplicitati le NON CONFORMITA' / RACCOMANDAZIONI) nonché il follow-up con le azioni correttive da parte

della struttura editata siano, unitamente alla documentazione a corredo oggetto dell'Audit, opportunamente archiviati e resi disponibili a richiesta dell'Amministrazione Regionale

Letto confermato e sottoscritto

L'Azienda Sanitaria

- Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna – Internal Audit



- Dott. Sergio Consagra – Referente P.A.C.



- Dott. Leonardo Salvaggio – Controllo di Gestione



Collegio Sindacale

- Rag. Salvatore Cottone – Presidente



- Dott. Edmondo Sanfilippo – Componente



- Dottsa Antonina Cricchio – Componente



Servizio 2 DPS

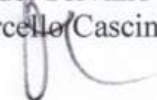
Il Funzionario Direttivo

Dott. G. Scoma



Il Dirigente del Servizio 2

Dott. Marcello Cascino



ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
AREA GENERALE								
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"	basso	X				
A2	A2.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità "	basso	X				
		e A2.4 " Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione"	basso	X				
A3	A3.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo"	basso	X				
A4	A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata. "Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale"	basso	X				
A5	A5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito a: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità".	basso	X				
AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D1	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	medio			X	UOC Provveditorato: verifica positiva. UOC Bilancio e Programmazione : UOC Contabilità analitica e Patrimonio. Verifica parzialmente positiva Non è stato completato l'allineamento del libro dei cespiti .	Riserva da rivedere nel 2019
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1.(Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità)	medio	X				
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici.	medio	X				
D3	D3.3	Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	medio			X	UOC. Logistica e Servizi externalizzati: Verifica parzialmente positiva, Carenza di portieri. Non sono arrivate le relazioni semestrali della macro strutture. Da implementare il sistema elettronico di registrazione degli accessi.	Follow-up effettuato 27/1/2018 Riserva da rivedere nel 2019. (Non sono dettagliate le misure correttive e persistono le criticità già evidenziate in sede di report al 30/06/2018)
	D3.4	Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore corrente degli stessi.	basso	X				
	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	basso	X				

Pagina 1

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).	basso	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti".	basso	X				
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	medio	X				
D6	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini).	medio	X				
D7	D7.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2 "Predisposizione di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento.	medio	X				
AREA RIMANENZE								
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	medio	X				
		e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."	alto			X	Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva	Riserva da rivedere nel 2019
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.	medio			X	Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva	Riserva da rivedere nel 2019
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)"	basso	X				
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.2 "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"					n.a	

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
E3	E3.7	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"	basso	X				
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaca) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i prelievi di materie prime ed i carichi di semilavorati e/o prodotti finiti"					n.a	
		e E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E4	E4.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"					Audit non effettuato per mancanza di procedure	
	E5.4	e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	alto			X	Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva	Riserva da rivedere nel 2019 (Indicare una tempistica certa e verificare la piena attinenza della criticità segnalata all'azione)
		e E5.3 Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E7	E7.1	"Adozione di un funzionigramma (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativo, ruoli e responsabilità attività di: verifica merci, ricevute e quantità ordinate..."	basso	X				
AREA CREDITI E RICAVI								
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.2 "definizione di una procedura di contabilità per commessa per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi correlati"	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.4 "Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita il processo di allocazione dei costi comuni alle attività intrinseche e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività"	basso	X				
	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6 "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria ticket che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema, prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."	alto	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8 "Adozione di una procedura di erogazioni ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) individuazione dei dipartimenti e uffici.; b) la mappatura ed analisi delle attività erogate a pagamento; c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali."	medio	X				
F2	F2.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
F3	F3.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1 "predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza forma e sostanziale delle operazioni che originano il credito."	medio	X				

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
F4	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito"	medio	X				
	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in CO.GE ed individuazione del documento.	medio	X				
	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 " Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo ed accurato nonché registrate nei conti di CO.GE..."	medio	X				
F5	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1" Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti ai f.do svalutazione crediti.	medio	X				
F6	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test cut- off.	basso	X				
	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.	basso	X				
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE								
G1	G1.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 " predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economiche e delle casse prestazioni"	medio	X				
G2	G2.2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.	basso	X				
G3	G3.2	Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale	alto	X				
G4	G4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1 " Definizione di una procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti e che tali documenti siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione	medio	X				
G5	G5.5	Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione delle procedure adottate sulle operazioni di tesoreria con predisposizione di relativo report sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle delle banche.	medio	X				
AREA PATRIMONIO								
H1	H1.3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 "Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto..... "	medio	X				
H2	H2.4	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.	basso	X				
H3	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento"	basso	X				
H4	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.	medio	X				
AREA DEBITI E COSTI								

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " Acquisito prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c) .."	alto			X	Procedura applicata da tutte le UOC interessate (esito verifica positivo) con esclusione della UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie: verifica negativa (procedura non applicata)	Non sono indicate le misure correttive a loro tempistica
13	13.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 " Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti.."	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 " Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c)...."	medio	X				
14	14.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 " predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in CO.GE delle carte contabili trasmesse dal tesoriere o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie"	basso	X				
15	15.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 "Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno inerenti la gestione giuridica, il trattamento economico e la gestione delle presenze del personale dipendente".	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 "Gestione di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale. Definizione di procedure atte a rilevare e regolamentare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica".	medio	X				
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.	medio	X				
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e contabilità generale.	basso	X				
18	18.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento".	basso	X				



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n° 00209

del 20 GIU. 2019

OGGETTO: Modifica e integrazione Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo approvato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019.

STRUTTURA PROPONENTE	
UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO	
Proposta n. <u>4</u> del <u>17/06/2019</u>	
Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019	
N. Centro di Costo	_____
N° Conto Economico	_____
Ordine n°	_____ del _____
Tetto spesa/Budget assegnato €	_____
Budget già utilizzato/impegnato €	_____
Budget presente atto €	_____
Disponibilità residua di budget €	_____
Budget pluriennale	_____
Anno	_____ Euro _____
Anno	_____ Euro _____
<input checked="" type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	
IL DIRETTORE DELLA UOC	
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)	

DIPARTIMENTO	
RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO	
ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO	
Esercizio 2019	
N° Conto economico	_____
N° Conto Patrimoniale	_____
Importo €	_____
Budget pluriennale	_____
Anno	_____ Euro _____
Anno	_____ Euro _____
Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione	
(Dr. Salvatore Bellomo)	

L'anno duemiladiciannove, il giorno venti del mese di GIUGNO, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Direttore Generale dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.P. n.191/serv.1/S.G. del 04/04/2019, assistito da DR. ANTONINO GAUDIO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

PREMESSO che con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019 è stato approvato e adottato il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo;

VISTA la nota n.25763 del 25/03/2019 con la quale l'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – ha convocato il Responsabile PAC, il Responsabile Audit e il Collegio Sindacale dell'ASP PA il giorno 03/04/2019 per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018;

PRESO ATTO di quanto stabilito nel verbale del 03/04/2019 relativo al suddetto incontro con il quale l'Assessorato Regionale della Salute, esaminato l'esito degli audit 2018, ha prescritto all'ASP PA in sintesi di:

- Eseguire le verifiche programmate per l'anno 2019 entro il 1° semestre;
- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le casse ticket.

RITENUTO, di conseguenza, di dover modificare e integrare il Piano di Internal Audit 2019 adottato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019;

VISTO il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019, elaborato dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" e sottoscritto dal Responsabile del Progetto PAC, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, che recepisce le suddette indicazioni assessoriali;

DATO ATTO della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della corruzione;

Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) **PRENDERE ATTO** di quanto stabilito nel verbale del 03/04/2019 relativo all'incontro convocato con nota n.25763 del 25/03/2019 dall'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018;
- 2) **MODIFICARE E INTEGRARE** il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo approvato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019
- 3) **APPROVARE E ADOTTARE** il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019 DELL'ASP DI PALERMO, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, che recepisce le indicazioni assessoriali riportate nel suddetto verbale;
- 4) **DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 5) **DARE CARICO** all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare sul sito istituzionale nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC", il presente provvedimento completo dei relativi allegati;

- 6) **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione, con i relativi allegati, all'Assessorato Regionale della Salute, al Collegio Sindacale e al RUP del Progetto PAC dell'ASP di Palermo.

A*****A

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

parere favorevole dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. ~~Direttore Amministrativo~~
Dr.ssa Nora Virga)

Sul presente atto viene espresso

parere favorevole dal

DIRETTORE SANITARIO
(Dr. ~~Roberto Montalbano~~)

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Il Segretario verbalizzante

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE JUNIOR
(Dott. ~~Antonio Cosentino~~)

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

ATTESTAZIONI

Deliberazione n° 00209 del 20 GIU. 2019

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il 23 GIU. 2019 L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____ L'Addetto _____

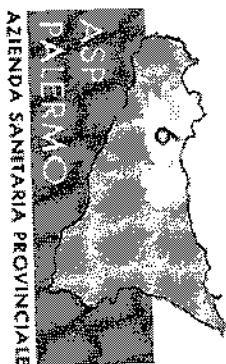
☐ Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

☐ Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo, _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni: _____



Piano di Internal Audit 2019

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N. 00208 DEL 20 GIU. 2019

PIANO INTERNAL AUDIT 2019

verifica della corretta esecuzione delle seguenti procedure nelle strutture a fianco indicate:

n	DELIBERA	ALLEGATO PROCEDURA	UOC Provveditorato	UOC Bilancio e Programmazione	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	Dip. Farmaceutico	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	UOS Coordinamento CUP	Casse ticket (a campione)
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2			1° sem. 2019						
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2					1° sem. 2019				
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1				1° sem. 2019					
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9 PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1	1° sem. 2019								
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10 PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5						1° sem. 2019			
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18 PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1 (limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4)							1° sem. 2019	1° sem. 2019	2° sem. 2019

Il Coordinatore del Gruppo di lavoro "Internal Audit"
(Drs.ssa Mariagiusippina Montagna)

Visto
Il Responsabile PAC
(Dr. Sergio Consagra)



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Prot. n° 52072

del 25 GIUGNO 2018

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C - 1^ semestre 2019.

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

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

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

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

Nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità, la Regione Siciliana ha previsto l'istituzione della funzione dell'Internal Audit.

Come espressamente previsto dal D.A. 1559/16 all'Azione A.1.7 del P.A.C, gli Enti del S.S.R. hanno istituito la **figura di Internal Audit**, la cui funzione debba essere:

- *Indipendente;*
- *Obiettiva;*
- *Finalizzata a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.*

Nel richiamare i contenuti delle note prot. 65013 del 02.08.2016, e prot. 9795 del 04.02.2019 nelle quali sono stati indicati i profili della funzione di I.A., si ribadisce, nell'ottica del pieno raggiungimento degli obiettivi del P.A.C., l'importanza che riveste siffatta figura professionale nel consentire all'Azienda di migliorare la gestione in termini di **"efficienza", "efficacia" ed "economicità"**.

Si ritiene altresì necessario, precisare che il ruolo svolto dall'I.A. oltre ad essere consulativo/propositivo e finalizzato anche a svolgere le seguenti funzioni:

- *Mappatura dei rischi;*
- *Pianificazione degli incontri di audit;*
- *Verifica la corretta applicazione delle procedure di gestione e di controllo;*
- *Assicura lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;*
- *Migliora l'efficace gestione dell'organizzazione e dell'accountability;*
- *Comunica le informazioni sui rischi e sui controlli effettuati oltre che alla Direzione anche ai responsabili interessati delle strutture interne;*
- *Coordina l'attività e il processo di scambio di informazioni sui rischi rilevati e sui controlli effettuati tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno e la Dirigenza;*
- *Aggiorna il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;*
- *Svolge gli interventi di audit programmati;*
- *Redige i rapporti di Audit;*
- *Propone alla Direzione le azioni ed individua le soluzioni migliorative.*

Quanto sopra premesso, con nota prot. 9795 del 04.02.2019, è stata inoltrata, ad ogni singola Azienda del S.S.R., la richiesta di acquisire la documentazione appresso indicata:

- **Relazione del risk assessment;**
- **Piano annuale Audit - anno 2019;**
- **Piano triennale Audit**

Pertanto, nell'ottica di proseguire un costante e preciso monitoraggio dell'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del P.A.C., nonché a consentire alle Aziende Sanitarie di superare stabilmente i fattori di criticità, si chiede, come già evidenziato in sede di incontri per le verifiche I.A. sulla 2^a semestralità 2018, di trasmettere la griglia (Allegato I), debitamente compilata ed aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al **30 giugno 2019**, già programmati da ogni singolo Ente sanitario nel piano annuale audit per l'anno 2019.

Le Aziende avranno cura, di procedere nella medesima griglia ad annotare il riscontro alle prescrizioni formulate in sede di verbale relativo alla verifica Audit del 2^a semestre 2018.

Nel caso in cui insistano sulla stessa AREA più strutture da auditare (a titolo esemplificativo le farmacie per l'area delle Rimanenze), la singola sezione della griglia potrà essere intestata alle strutture verificate fermo restando l'articolato come previsto dal P.A.C. che non potrà subire alcuna modifica.

Per la compilazione della griglia si rimanda a quanto già disposto con nota prot.45442 del 12.06.2018.

La griglia del 1^a semestre 2019 dovrà essere trasmessa, entro e non oltre la data 05 luglio 2019 per posta elettronica certificata all'indirizzo: diartimento.pianificazione.strategica@cert.mail.regione.sicilia.it.

La medesima griglia in formato editabile dovrà essere trasmessa all'indirizzo: gscoma@regione.sicilia.it.

L'esito delle verifiche I.A. effettuate nel 2^a semestre 2019 dovrà essere trasmesso, con la stessa modalità di cui sopra, **entro il 7 gennaio 2020**.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino



Dirigente Generale
Maria La Rocca



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
e-mail: mariagiuseppina.montagna@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

DATA 10/07/2019

PROT. N° 1538

Rif. nota n.52072 del 25/06/2019

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

e, p.c. Al Collegio Sindacale
ASP Palermo

OGGETTO : Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 1° semestre 2019.
Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al
30/06/2019, e relazione di accompagnamento.

In riscontro alla nota n.52072 del 25/06/2019, ad oggetto "Monitoraggio delle Verifiche di Audit
P.A.C. – 1° semestre 2019", si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle
verifiche degli internal audit", aggiornata al 30/06/2019, e la relativa relazione di accompagnamento.

Si fa presente, comunque, che le criticità evidenziate sono attenzionate dalla Direzione Strategica per
la risoluzione entro il 2° semestre 2019.

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)

Il Direttore Sanitario
(Dr. Maurizio Montalbano)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

mod. x_Ass.Sal. riscontro AUDIT_al 30/06/2019

Verina

*Direttore Regionale
Assicurazione
dipendibilità
per il 9.10.19 h.12
grazie!
1.10.19
VW*

*9/10/19
CONVOCAZIONE*

*AL
S. A.
[Signature]*

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Prot. n° 0067897

del 27 SETT. 2019

OGGETTO: Monitoraggio Verifiche Audit- Procedure aziendali P.A.C- 1^a semestre anno 2019. Convocazione.

REGIONE SICILIANA A.S.P. - PALERMO
★ 1 - OTT. 2019 ★
DIREZIONE AMMINISTRATIVA Prot. n. <i>ASR/37074/2019</i>
REGIONE SICILIANA Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Via G. Guzman, 24 Palermo Ufficio Procedure Qualità
27 SET. 2019
Prot. ASP <i>36866</i> / 2019

Ai Direttori Amministrativi
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

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

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

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo
LORO SEDI

e.p.c

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio del P.A.C ed a seguito delle risultanze emerse dai reports relativi al 1^a semestre 2019 richiesti con nota prot. 52072 del 25.06.2019, le SS.LL. sono convocate presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica come da calendario allegato alla presente.

In ragione dell'approssimarsi del termine ultimo del 31/12/2019 fissato dal D.A n° 10/2019 per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C Regionale che dovrà condurre

le Aziende alla certificazione dei propri bilanci, è richiesta la presenza del Direttore Amministrativo, in assenza del quale non potrà procedersi al programmato incontro, ed almeno di un componente del Collegio Sindacale.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino



Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca

Mario La Rocca

AZIENDE DEL S.S.R.
CALENDARIO INCONTRI - I.A.
VERIFICHE 2° SEMESTRE 2019

Enti Sanitari	Calendario incontri I.A.	
	Giorno	Ora
ASP AGRIGENTO	02/10/2019	10,00
ASP CALTANISSETTA	02/10/2019	12,00
ASP CATANIA	02/10/2019	15,00
ARNAS CIVICO	03/10/2019	9,30
ASP ENNA	03/10/2019	10,30
ASP MESSINA	03/10/2019	12,30
ASP TRAPANI	09/10/2019	10,00
ASP PALERMO	09/10/2019	12,00
A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO	09/10/2019	15,00
A.O. PAPARDO	09/10/2019	17,00
ASP RAGUSA	14/10/2019	14,30
ASP SIRACUSA	14/10/2019	12,00
IRCCS BONINO PULEJO	14/10/2019	10,00
A.O.U. G. MARTINO	16/10/2019	10,00
A.O.U. V. EMANUELE	16/10/2019	12,00
ARNAS GARIBALDI	16/10/2019	14,30
A.O. CANNIZZARO	18/10/2019	12,00
A.O.U. P. GIACCONE	18/10/2019	10,00

SCARICATO

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Verbale di Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C – 1 ^ semestre 2019

(Nota prot. 1538 del 10.7.2019)

L'anno 2019, il giorno 03 del mese di ottobre 2019 presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, è stato convocato il Responsabile del P.A.C, l'Internal Audit ed il Collegio Sindacale **dell'Azienda Sanitaria di Palermo** per procedere alla disamina delle risultanze delle verifiche di Audit aggiornate al **30 giugno 2019**, il cui report è stato oggetto di richiesta in sede di verbale del 03 aprile 2019 e per ultimo con nota prot. n°52072 del 25.06.2019.

Sono presenti:

per l'Assessorato alla Salute

- Dott. Marcello Cascino - Dirigente del servizio 2 DPS
- Dott. Giovanni Scoma - Funzionario Direttivo - Servizio 2 DPS

Per l'Azienda Sanitaria

- Dott.ssa Nora Virga – Direttore Amministrativo;
- Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna - Internal Audit;
- Dott. Leonardo Salvaggio - Internal Audit;
- Non risulta nominato il Responsabile P.A.C.

Alla data odierna il Collegio Sindacale risulta scaduto.

Nell'ambito del monitoraggio svolto dal Servizio 2 del DPS, si procede in continuità con l'attività già avviata per il 2^ semestre 2018, in presenza del personale sopra indicato, a riscontrare il report di audit e formulare le osservazioni di ufficio sulle risultanze delle verifiche effettuate dall'I.A. aggiornate al **30 giugno 2019** e meglio evidenziate nella griglia (Allegato 1).

Preliminarmente:

Con nota prot. n° 9795 del 04.02.2019 è stato richiesto all'Azienda di trasmettere quanto segue:

- *Relazione del risk assessment;*
- *Piano annuale Audit - anno 2019;*
- *Piano triennale Audit.*

Con nota prot. 708 del 18.03.2019, l'Azienda ha trasmesso:

- *Delibera di adozione n° 248 del 28.02.2019;*

- *Piano Annuale Audit 2019.*

Al riguardo si rileva:

Con nota prot. 500 del 18.03.2019, il Coordinatore del Gruppo di Lavoro di Internal Audit ha rappresentato al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria di Palermo che non è stato possibile redigere la relazione di *risk assessment*, il *piano triennale di audit* ed il correlato *manuale di Internal Audit* in quanto lo stesso non possiede adeguate competenze ed esperienze in materia di revisione contabile richieste per la formalizzazione degli atti sopra indicati.

Lo stesso Responsabile I.A ha rimandato siffatto adempimento alla riorganizzazione dell'AUDIT interno e pertanto l'attività svolta nel 1° semestre 2019 è stata limitata alla verifica delle azioni il cui Audit ha evidenziato al 31.12.2018 un **esito con riserva**.

L'indisponibilità della relazione di *risk assessment* non consente a questo Servizio di valutare il percorso adottato dall'Azienda nella individuazione e nella gradualità dei **livelli di rischio delle diverse aree del P.A.C.**, nonché di monitorare la programmazione delle attività di verifica delle procedure aziendali.

La limitazione delle competenze in carico alla funzione di Internal Audit non può costituire in alcun modo, motivo di giustificazione, stante che il Percorso di certificazione dei bilanci è stato già definito nel 2016 (D.A.1559/2016) e si avvia alla sua prossima conclusione ai fini della successiva attività di certificazione da parte del soggetto terzo.

Inoltre, anche l'indisponibilità del "*Piano triennale Audit* ", non assicura la continuità dell'attività di verifica da parte dell'I.A e con essa dell'applicazione delle procedure aziendali del P.A.C.

Stante quanto sopra, si chiede di assolvere all'adempimento in parola, come già richiesto dal DPS con nota prot.9795 del 04.02.2019.

Il Collegio Sindacale, vorrà prestare la massima attenzione in ordine a tale attività finalizzata anche ad assicurare il **miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile i cui effetti incidono sul bilancio di esercizio.**

Esito delle attività - Report 2° semestre 2018

Nel corso del verbale del 03 aprile 2019, sono state formulate all'Azienda, le osservazioni sulle aree del PAC e sulle quali è stato richiesto all'I.A di effettuare un follow-up aggiornato al 30.06.2019.

Area Immobilizzazioni

- **Azione D1-4** "*Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche*".

E' stata effettuata presso l'*U.O.C Contabilità Analitica e Patrimonio* la verifica di rito il cui esito si è chiuso con "**riserva**" dovuto al mancato allineamento del libro dei cespiti. Le azioni correttive proposte dall'Azienda hanno avuto prioritariamente riguardo alla formazione del personale con l'ausilio degli operatori della società incaricata Dedalus. L'azienda ha previsto la definizione delle attività (*allineamento del libro dei cespiti*) entro il mese di ottobre 2019.

La misura adottata dall'azienda, i cui esiti risultano a tutt'oggi non definiti, sconta **comunque un ritardo** con la tempistica del P.A.C. Inoltre, si evidenzia che il fattore di criticità già rilevato nell'anno 2018 persiste ancora nel 2019.

Inoltre, la sola formulazione del questionario come strumento di verifica, potrebbe, ad avviso del Servizio non essere sufficiente ad accertare l'applicazione effettiva della procedura per la quale appare conducente attivare anche una mirata verifica documentale.

- Azione D2-5 *"Adeguamento del libro dei cespiti alle risultanze degli inventari periodici.."*

Non è stata fornita alcuna specifica in ordine al rilievo evidenziato nel verbale del 02.04.2019 ovvero *"La riserva indicata dall'I.A (cfr pag 13 relazione IA) risulta in contrasto con il report finale aggiornato al 31.12.2018 che riporta una verifica con esito positivo. Richiedere una specifica sul significato della "mancata messa in esercizio del libro cespiti"*.

- Azione D3-3 *"Verifica di idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni all'entrata ed all'uscita dei locali .."*

Persistono al 30.06.2019, le criticità già evidenziate nei reports al 30.06.2018 ed al 31.12.2018. La misura correttiva proposta (modificare il regolamento) non appare comprensibile rispetto alla motivazione addotta dall'azienda (impossibilità di utilizzare la registrazione elettronica degli accessi) quale causa della mancata applicazione della procedura.

Segnatamente alle sopra citate azioni, si chiede di acquisire una dettagliata relazione volta a conoscere le concrete misure adottate dall'azienda per la risoluzione **definitiva** della problematica de quo.

Il persistere dei fattori di criticità sopra elencati inficia il pieno e completo raggiungimento degli Obiettivi del P.A.C.

Area Rimanenze

- Azioni E1.5 *" Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito";*
- Azioni E2.1 *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino....";*
- Azioni E5.2 *"Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze".*

L'azienda ha proceduto ad eseguire i follow- up richiesti in sede di verbale del 03 aprile 2019. Dall'esame del report si rileva che persistono, ancora nel primo semestre 2019, le riserve sugli audit effettuati presso il *Dipartimento Farmaceutico*, in ordine alla mancata funzionalità dei "conti deposito".

La misura correttiva adottata dall'azienda non appare efficace alla risoluzione certa e definitiva della criticità, in quanto limitata alla mera segnalazione della problematica alla società Dedalus, di cui non si rilevano i tempi di risoluzione.

Per le citate azioni si rileva il persistere del grave ritardo nella applicazione della procedura e nel raggiungimento degli standard degli Obiettivi del PAC.

Area Debiti e Costi

Azione 11. *"Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto II.5 Acquisto prestazioni sanitarie da privato..."*

L'esito del follow-up effettuato presso l'U.O.C. *"Programmazione e Organizzazione dell'Attività di Cura Primaria"* ha dato evidenza che *"il modulo informatico per la gestione dell'assistenza ambulatoriale è stato implementato ex novo da gennaio ed è in fase di messa regime"*.

Si chiede il monitoraggio dell'attività entro il secondo semestre 2019 e si rileva il persistere **del ritardo nella corretta applicazione della procedura.**

Prescrizioni - Verbale del 03.04.2019:

A seguito della richiesta di verifica delle *cashe ticket* formulata in sede di verbale del 03 aprile 2019, l'Azienda ha effettuato un audit sull'azione **F1.11- F1.6** *"Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti"*.

L'esito della verifica, effettuata presso l'U.O.S. Coordinamento CUP – Casse Ticket ha evidenziato un risultato **"con riserva"** dovuto al mancato allineamento tra *"prenotazioni, prestazioni erogate e pagamenti"*.

La misura correttiva proposta dall'Azienda è mirata ad organizzare con le strutture eroganti la *produzione di un report mensile che possa certificare l'allineamento tra prestazioni erogate e pagate.*

Preliminarmente, si rileva che l'esito della verifica in ragione dei fattori di criticità sopra elencati, non possa ritenersi con "riserva", bensì debba considerarsi "negativo". Peraltro, si ravvisa un disallineamento con le risultanze degli audit effettuati per le medesime azioni al 31.12.2018 che avevano evidenziato un risultato "positivo".

Si chiede di acquisire l'elenco delle casse ticket in dotazione all'azienda, nonché i singoli rapporti di verifica effettuati dall'I.A. nel 1° semestre 2019.

Esito delle attività - Report 1 semestre 2019

L'esame del report ha evidenziato:

- Il piano annuale Audit - 2019 calendarizza le verifiche solo per il 2° semestre 2019, relativamente ad alcune procedure aziendali che rientrano tra le Aree:
- *Immobilizzazioni*
- *Rimanenze*
- *Patrimonio*
- *Debiti e Costi*

Il citato piano risulta carente in quanto non individua alcun il livello di rischio della procedura sottoposta ad AUDIT; peraltro la mancata predisposizione della relazione di risk assessment non consente a questo Ufficio di avere contezza del percorso metodologico adottato dall'Azienda nella programmazione degli audit.

Nel primo semestre 2019, l'Azienda ha effettuato soltanto i *follow up* richiesti in sede di verbale del 03.04.2019, nonché il monitoraggio sulla applicazione delle procedure relative alle casse ticket, di cui si rimanda alle osservazioni già sopra esposte.

L'insufficienza di risorse professionali per lo svolgimento dell'attività di AUDIT in ragione della complessa ed articolata struttura dell'ASP rischia di vanificare il pieno e completo raggiungimento degli Obiettivi del P.A.C. che si sostanzia non soltanto attraverso l'adozione della singola procedura aziendale, ma soprattutto attraverso la corretta e puntuale verifica della "applicazione" della stessa.

Ciò richiede, stante che le sopra citate criticità persistono già dall'esercizio 2018, che la Direzione Aziendale ponga in essere tutte le soluzioni compatibili e strutturali necessarie affinché il ruolo svolto dall'I.A. sia in linea e con le disposizioni assessoriali e che soprattutto venga assicurato il pieno e completo raggiungimento **dell'obiettivo finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile dell'Azienda.**

Inoltre, si chiede che per ciascuna Area P.A.C venga indicato, in ragione della articolazione organizzativa dell'Azienda, il numero delle strutture da auditare e quelle già verificate alle date del 30.06.2019 e del 31/12/2019 come da schema che a titolo esemplificativo segue:

ASP PALERMO Report al _____				
Descrizione AREA	Strutture da Auditare		Strutture verificate	
	n°	Descrizione (indicare le strutture- allegato)	n°	Descrizione (indicare le strutture-allegato)
AREA GENERALE				
AREA IMMOBILIZZAZIONE				
AREA RIMANENZE				
AREA CREDITI E RICAVI				
AREA DISPONIBILITA LIQUIDE				
AREA PATRIMONIO				
AREA DEBITI E COSTI				

Relazione semestrale Collegio Sindacale art. 48 comma 3 L.R.17/2004

Nell'ambito della relazione del 1° semestre 2019 redatta dal Collegio Sindacale dell'ASP di Palermo (acquisita al prot.62678 del 07/08/2019) è stato previsto - **paragrafo 4) Certificabilità dei dati e dei bilanci – PAC.**

Al riguardo il Collegio Sindacale ha segnalato delle criticità sulle aree “ **Immobilizzazioni**”

(Non è stato completato l'allineamento del libro cespiti), "Rimanenze" (non è stata implementata la procedura informatica sui conti deposito) "Debiti e Costi" (è stata segnalata la criticità ma non esplicitato il contenuto della stessa e l'eventuale azione di miglioramento).

In ordine alle osservazioni formulate dall'Organo di Controllo, si rimanda a quanto sopra rilevato in ordine al monitoraggio sulla corretta applicazione delle procedure.

In ragione delle superiori osservazioni emerse in sede di esame del report al 30 giugno 2019, si invita l'Azienda Sanitaria a fornire idoneo e dettagliato riscontro delle stesse unitamente al report del 2^ semestre 2019, nonché a porre in essere tutte le misure utili al superamento definitivo delle superiori criticità, stante per altro che con D.A. 10/2019 è stato fissato il termine ultimo del 31.12.2019 per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C. regionale che dovrà condurre le Aziende alla certificazione dei propri bilanci.

In ultimo, si raccomanda, conformemente a quanto già rilevato in sede di esame del 1^ report al 30.6.2018, che tutti i rapporti delle verifiche di Audit, (con esplicitati le NON CONFORMITÀ / RACCOMANDAZIONI) nonché il follow-up con le azioni correttive da parte della struttura editata siano, unitamente alla documentazione a corredo oggetto dell'Audit, opportunamente archiviati e resi disponibili a richiesta dell'Amministrazione Regionale.

Osservazioni dell'Azienda:

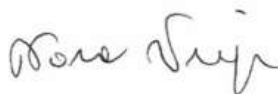
L'Azienda fa presente che sta per attivare una procedura per il reclutamento della figura di I.A. comprensiva dell'attività di supporto alla funzione medesima.

Quanto sopra, al fine di affrontare e risolvere le criticità ad oggi esistenti in ragione delle prossime scadenze del P.A.C.

Letto confermato e sottoscritto

L'Azienda Sanitaria

Dott.ssa Nora Virga – Direttore Amministrativo



Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna - Internal Audit



Dott. Leonardo Salvaggio - Internal Audit




Servizio 2 DPS

Il Funzionario Direttivo

Dott. G. Scoma

Il Dirigente del Servizio 2

Dott. Marcello Cascino




GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Maria Giuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

		Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità
								Positivo	Negativo	Con riserva		
AREA IMMOBILIZZAZIONI												
D1)	D1.4		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo]	UOC Contabilità analitica e	Invio follow-up nota n. 1280 del	3. Questionario	medio			X	Motivazione: Difficoltà nella configurazione dei prodotti/articoli e non corretta registrazione in	
D3)	D3.3		Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	n. 1284 del 04/06/2019 riscontro: email del 09/07/2019	3. Questionario	alto			X	Motivazione: Impossibile utilizzare la registrazione elettronica degli accessi Azioni correttive: Si procederà a modificare il regolamento Tempi di risoluzione: In tempi brevi da rivedere nel 2° semestre 2019	
AREA RIMANENZE												
E1)	E1.5		e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)"	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019 riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto			X	Sul programma informativo CAH la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	
Motivazioni: Impossibilità di caricamento su CAH dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su CAH dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: I tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus da rivedere nel 2° semestre 2019												

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Maria Giuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità
							Positivo	Negativo	Con riserva		
E2)	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)". c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino" Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa	Dip. Farmaceutico	invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019 riscontro nota n. 2174/Df del 24/06/2019	3. Questionario	alto			X	Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4H dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: in sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4H dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019
E5)	E5.4	e E5.2 Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.	Dip. Farmaceutico	invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019 riscontro nota n. 2174/Df del 24/06/2019	3. Questionario	alto			X	Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.	Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4H dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: in sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4H dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus da rivedere nel 2° semestre 2019

AREA CREDITI E RICAVI

for

for

for

for

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Maria Giuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità
							Positivo	Negativo	Con riserva		
F1	F1.11	F1.6" Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da copartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti"	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOS Coordinamento CUP Casse ticket (nel 2° semestre)	11/06/2019 -	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 5. verifica del software	medio			X	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria: verifica positiva UOS Coordinamento CUP: in atto le attività procedurali di controllo tra le prestazioni prenotate ed erogate non avviene nell'ambito della UO.	UOS Coordinamento CUP: Motivazioni: • La gestione dei piani di lavoro avviene al poliambulatorio. I piani di lavoro visualizzati alla UOS Coordinamento CUP non danno evidenza dell'allineamento tra prestazioni prenotate ed erogate; • carenza di personale. Azioni correttive: la Responsabile del Coordinamento CUP aziendale organizzerà con le strutture eroganti interne la produzione di un report mensile che certifichi l'allineamento tra le prestazioni erogate e pagate. Tempi di risoluzione: ottobre 2019. da rivedere nel 2° semestre 2019
AREA DEBITI E COSTI											
I1	I1.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisito prestazioni sanitarie da privato Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo: a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte; b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento esclusivamente sulla base di dati ufficiali notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria; c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate"	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	invio follow-up: nota n. 1283 del 04/06/2019 riscontro: nota n. 2744 del 13/06/2019	3. Questionario	medio			X	Il modulo informatico per la gestione dell'assistenza ambulatoriale è stato implementato ex-novo da gennaio 2019 e quindi è in fase di messa a regime.	da rivedere nel 2° semestre 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



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

Prot. n° 77838

del 5 dicembre 2019

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2^ semestre 2019.

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

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

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

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

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

Con D.A n° 10/2019 è stato fissato il termine ultimo del 31.12.2019 per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C. regionale che dovrà condurre le Aziende alla certificazione dei propri bilanci.

Nell'ottica di proseguire il monitoraggio dell'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del P.A.C., si trasmette il format della griglia, che dovrà essere debitamente compilata ed aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al **31 dicembre 2019** (Allegato 1).

Nella compilazione del report, dovranno essere riportati gli esiti delle attività di audit emersi nell'intero anno 2019 per tutte le azioni di cui alle AREE del PAC.

In sede di compilazione del report, gli LA avranno cura di compilare anche i campi di cui alle lettere I e L.

Gli LA potranno allegare alla griglia, una relazione esplicativa di dettaglio a supporto delle attività di Audit sinteticamente esposte nel report.

La griglia del 2° semestre 2019 dovrà essere trasmessa, entro la data 07 gennaio 2020 per posta elettronica certificata all'indirizzo:
dipartimento.pianificazione.strategica@ccrl.REGIONE.sicilia.it.

La medesima griglia in formato editabile dovrà essere trasmessa all'indirizzo: gscoma@regione.sicilia.it.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino



ASP PALERMO: ELENCO CASSE TICKET

Palermo -Via Turrisi Colonna, 43 c/o Presidio Palermo Centro
Palermo -Via La Loggia, 5 c/o PTA Biondo
Palermo -Corso Calatafimi, 1002 c/o P.O. Ingrassia
Palermo -Via Papa Sergio I, 5 c/o PTA Albanese
Palermo –Via Villagrazia, 46 c/o PTA Guadagna
Cefalù- C/da Pietra Pollastra c/o sede del Distretto
Carini -Corso Italia, 151 c/o sede del Distretto
Carini – Via Ponticelli c/o sede del Poliambulatorio
Petralia Sottana -Contrada Sant'Elia c/o P.O. Madonna S.S. dell'Alto
Petralia Sottana -Contrada Sant'Elia c/o sede del Distretto
Misilmeri-Via Generale Medici, 31 c/o Poliambulatorio
Termini Imerese -Via Ospedale Civico,10 c/o Poliambulatorio
Termini Imerese -Via S. Cimino, 2 c/o P.O.Cimino
Lercara Friddi -Via F. Cali c/o Poliambulatorio
Bagheria -Via B. Mattarella, 82 c/o Poliambulatorio
Corleone - Via Don G. Colletto 19 c/o Poliambulatorio
Partinico –Largo Casa Santa c/o Poliambulatorio
Partinico (PA) -Via Circonvallazione c/o P.O. Civico

Assemblea ASP PALERMO

GRIGIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell'I.A.:
 Dr.ssa Mariagiussepina Mur-Lagna (Direttore UDC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/L del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Azione	Descrizione	A - B.O. verifica	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Esito di rischio percepito	E - Esito (verifica I.A.)	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da implementare con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 24/03/2019 e n.209 del 20/06/2019 (S/N/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 (anno di programmazione) Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	L) Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
AREA GESTIONE												
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e consultazione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"	UOC Coordinamento Staff Strategico/ UOC Legale	09/11/2017	6. Richiesta di conferma scritta 7. Verifica sul sito istituzionali	basso	X			NO		
A2	A2.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità"	U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIS	07/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
A3	A3.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.1 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo"	U.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIS	07/11/2017	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO		
A4	A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.1 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo"	UOS Informatica aziendale	08/11/2019	2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. Verifica del software	basso	X			NO		
A5	A5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e conclusione tra i soggetti interessati del rilevamento da parte dello Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito a: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; gestione tenuta della contabilità"	Consulente DEDALUS U.O.C. Coordinamento Staff Strategico	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software 6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.: Dr.ssa Mariagiussepina Montagna - Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS/ Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018.

Responsabile P.A.C.: Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina J. //

Area	Adempimenti	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Copertura verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Foto verifica I.A.	F - Puntuali di verifica riferiti in relazione alla tempistica proposta per il superamento delle criticità	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H - Adempimenti programmati nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 - approvato con deliberazione n. 248 del 28/02/2019 e n. 206 del 20/05/2019 (SI / NO)	I - Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	J - Se NO indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
D1	D1.1	Attualizzazione di inventari di beni e verifiche periodiche volte a verificare l'adempimento delle procedure con organizzazione di flussi e risorse in base alle verifiche.	UOC Programmazione UOC Bilancio e UOC Contabilità	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 4. verifica del software 5. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			SI	SI	
D2	D2.4	Programmatrice e "cattura" di inventari biennali periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualitativo (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furto dei cespiti individuali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1. (Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari) (vedi procedura che definisce tempi, modi e responsabilità)	UOC Bilancio e Programmazione UOC Contabilità analitica e Patrimonio	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 4. verifica del software 5. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
D2	D2.5	Adeguamento dei flussi cespiti alle risultate degli inventari periodici...	UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - follow-up nota n. 2631 del 27/11/2018 - nota n. 2624 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 4. verifica del software 5. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

D.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 30/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità	H - Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2020, approvato con delibera n. 248 del 28/02/2019 in data 20/06/2019 (S / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S / NO)	J) Si NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
D3	Verifica di congruità delle eventuali pulizie di manutenzione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i ospiti sono esposti che vengono conto dei valori correnti degli stessi.	UOC Contabilità e Patrimonio	10/05/2018	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 7. verifica successi/correzioni 8. procedure	basso	X	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	SI	SI	
	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare in stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	Dipartimento REFFT / UOC Contabilità Analitica e Patrimonio	08/11/2017	1. Verifica documentale	basso	X			NO	NO	
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato".	Dipartimento REFFT	09/11/2017	2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO	NO	
D4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predizione di una procedura finalizzata al controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti".	Dipartimento REFFT	09/11/2017	2. Intervista diretta al personale	basso	X			NO	NO	
D5	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei costi acquistati in base alle diverse tipologie di acquisto.	Consulente DEDALLUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO	NO	
D6	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria) delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (materiali, forniture, contratti, lavoro).	Consulente DEDALLUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO	NO	

[Handwritten signature]

Responsabile della funzione dell'I.A.: Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna (Direttore L.O.C. Programmatoria e Controllo di Gestione - SdS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2019/U del 20/02/2019
 Responsabili e P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempestività proposta per il superamento delle criticità.	H - Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 29/02/2019 e n. 203 del 20/06/2019 (Sì / No)	I - Attività realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (Sì / No)	L - Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
S2		Varifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'UO che ha approvato la procedura deve essere verificata per verificare l'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e la conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	24/05/2019	24/05/2019	1. Verifica dell'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e della conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	Medio						
		Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'UO che ha approvato la procedura deve essere verificata per verificare l'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e la conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica dell'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e della conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	Medio						
S2		Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'UO che ha approvato la procedura deve essere verificata per verificare l'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e la conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica dell'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e della conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	Medio						
		Verifica della cartella esecutiva della procedura definita al punto 5.2.1 "Procedura di gestione di una procedura operativa di controllo interno" in cui si prevede che l'UO che ha approvato la procedura deve essere verificata per verificare l'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e la conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	27/11/2019	27/11/2019	1. Verifica dell'adempimento delle attività previste nel piano di controllo interno e della conformità con le procedure operative approvate per tutti i controlli di cui è prevista l'attuazione.	Medio						

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.I.:
 Dr.ssa Mariaggiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/LU del 30/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Adempimento	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di audit	G - Misure correttive da intraprendere con l'elaborazione della tematica proposta per il superamento delle criticità.	H - Analisi programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 26/03/2019 e n.206 del 20/07/2019 (S/I/NO)	I - Attività realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/I/NO)	L - Se NO - indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
E3		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità retinale di magazzino che garantiscono un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (giature da ricevere e fatturazione attivati ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi))"	Dipartimento REFFT	30/11/2017	5. Verifica del software	basso	X			NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.2 "Laddezione i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la valutazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla valutazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"	Dipartimento REFFT	NON APPLICABILE		//				NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità retinale di magazzino attraverso la mandazione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e nunti di Co.Ge sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"	Dipartimento REFFT	30/11/2017	5. Verifica del software	basso	X			NO		
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiatori) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i livelli di materiale prima ed i carichi di smaltimento e/o prodotti finiti"	Dipartimento Farmaceutico	NON APPLICABILE		//				NO		
E4		E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da eseguire per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"	Dipartimento Farmaceutico	21/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		
		E3.7 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da eseguire per garantire il corretto riutilizzo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo"	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	10/11/2016	8. Richiesta di conferma scritta	basso	X			NO		
		E3.8 "Attrezzatura di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle misurazioni assolute e"			7. Audit non effettuato per mancanza di procedura	//				NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Drs.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. AS/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verificata	F - Fattori di rischio rilevanti in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2019, approvato con delibera n. 248 del 22/02/2019 e n. 200 del 20/06/2019 (S / NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 emesse da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state affidate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
F5	E5.2 - Impiego di strumenti di programmazione e controllo di gestione per la gestione delle risorse umane e materiali	Dip. Farmaceutico - UOC Servizi Tecnici	31/05/2019 - 13/11/2019 15/06/2019 11/06/2019 15/11/2019	1. Verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 4. Verifica del software 5. Verifica dei dati 6. Verifica dei processi 7. Verifica dei risultati 8. Verifica dei costi 9. Verifica dei ricavi 10. Verifica dei margini 11. Verifica dei rischi 12. Verifica dei benefici 13. Verifica dei rischi 14. Verifica dei benefici 15. Verifica dei rischi 16. Verifica dei benefici 17. Verifica dei rischi 18. Verifica dei benefici 19. Verifica dei rischi 20. Verifica dei benefici 21. Verifica dei rischi 22. Verifica dei benefici 23. Verifica dei rischi 24. Verifica dei benefici 25. Verifica dei rischi 26. Verifica dei benefici 27. Verifica dei rischi 28. Verifica dei benefici 29. Verifica dei rischi 30. Verifica dei benefici 31. Verifica dei rischi 32. Verifica dei benefici 33. Verifica dei rischi 34. Verifica dei benefici 35. Verifica dei rischi 36. Verifica dei benefici 37. Verifica dei rischi 38. Verifica dei benefici 39. Verifica dei rischi 40. Verifica dei benefici 41. Verifica dei rischi 42. Verifica dei benefici 43. Verifica dei rischi 44. Verifica dei benefici 45. Verifica dei rischi 46. Verifica dei benefici 47. Verifica dei rischi 48. Verifica dei benefici 49. Verifica dei rischi 50. Verifica dei benefici 51. Verifica dei rischi 52. Verifica dei benefici 53. Verifica dei rischi 54. Verifica dei benefici 55. Verifica dei rischi 56. Verifica dei benefici 57. Verifica dei rischi 58. Verifica dei benefici 59. Verifica dei rischi 60. Verifica dei benefici 61. Verifica dei rischi 62. Verifica dei benefici 63. Verifica dei rischi 64. Verifica dei benefici 65. Verifica dei rischi 66. Verifica dei benefici 67. Verifica dei rischi 68. Verifica dei benefici 69. Verifica dei rischi 70. Verifica dei benefici 71. Verifica dei rischi 72. Verifica dei benefici 73. Verifica dei rischi 74. Verifica dei benefici 75. Verifica dei rischi 76. Verifica dei benefici 77. Verifica dei rischi 78. Verifica dei benefici 79. Verifica dei rischi 80. Verifica dei benefici 81. Verifica dei rischi 82. Verifica dei benefici 83. Verifica dei rischi 84. Verifica dei benefici 85. Verifica dei rischi 86. Verifica dei benefici 87. Verifica dei rischi 88. Verifica dei benefici 89. Verifica dei rischi 90. Verifica dei benefici 91. Verifica dei rischi 92. Verifica dei benefici 93. Verifica dei rischi 94. Verifica dei benefici 95. Verifica dei rischi 96. Verifica dei benefici 97. Verifica dei rischi 98. Verifica dei benefici 99. Verifica dei rischi 100. Verifica dei benefici	S	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE
E7	F7.1 - Adozione di un funzionaligramma (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativo, ruolo e responsabilità attività di verifica interni, ricevute e quantità ordinate.	UOC Provveditorato	10/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE	VEDI RELAZIONE

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIs) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018.

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.D. verifica	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica prevista per il superamento delle criticità	H) Attività di Audit programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N/NO)	L) Se NO - Indicare la ragione per la quale non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
F4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1. " predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito".	UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 12/11/2018		medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito".	UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 12/11/2018		medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 " Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale consultazione con le scritture in CO/GE ed individuazione del documento.	Consulente DFDALUS	14/12/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 " Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengono fatturate in modo tempestivo ed accurato. Note che registrate nel conto di CO/GE."	UOC Provveditorato UOC Bilancio e Programmazione UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria	10/05/2018 - 12/11/2018 + follow-up nota n.2628 del 27/11/2018 - nota n.2633 del 27/11/2018 - nota n.2626 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
F5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1 " Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti alla svalutazione crediti.	UOC Legale UOC Contabilità Generale e gestione tesoreria UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 - 24/05/2018 + follow-up nota n.2629 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti a rischi effettuando test cut-off.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		
F6	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con individuazione delle somme assegnate erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale e per la riconciliazione dei costi correlati.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiussepina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U (del 20/02/2018)

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): / /

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Tipo verifiche I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive di interposizione con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità	H) Annulla programmi del Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvato con delibera n.248 del 20/02/2019 e n.209 del 20/06/2019 (S/N)	I) Attività di Audit realizzate nel 2019 con la programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (S/N)	J) NO - Edizione le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
H1	H1.3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 "Predispensione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto...."	UOC Bilancio e Programmazione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			
H2	H2.4	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	10/11/2016	6. Richiesta di conferma scritta	basso	X		NO			
H3	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (a cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge. ed individuazione del documento"	Dipartimento REFINT	10/11/2017	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale	basso	X		NO			
H4	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati capitalizzati, nonché tra ammortamenti e svalutizzazioni che ne discendono.	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X		NO			
AREA AMM. E LOG.												
I1		Verifica al termine dell'anno della procedura definita al punto H1.5 "Verifica, prestazione, gestione del debito. Definizione della procedura facoltativa di finanziamento non vincolato della massimizzazione di tale stesso processo (punti 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000										
			UOC Programmazione Controllo di Gestione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			
AREA AMM. E LOG.												
I2		Verifica al termine dell'anno della procedura definita al punto H1.5 "Verifica, prestazione, gestione del debito. Definizione della procedura facoltativa di finanziamento non vincolato della massimizzazione di tale stesso processo (punti 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000										
			UOC Programmazione Controllo di Gestione	10/05/2018 + follow-up nota n.2530 del 27/11/2018	1.verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionari 5. verifica del software 7. verifica successi correlati procedura	medio	X		NO			

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2015

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dra.ssa Mariagiuseppina Montagna [Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIG] Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8798/2018/11 del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: (Indicare i dati anagrafici e provvedimento di nomina): //

Area	Descrizione	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica I.A.	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con l'eliminazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H - Attività programmate nel piano annuale audit - anno 2019 approvata con delibera n.246 del 28/02/2019 e n.309 del 28/06/2019 (SI / NO)	I - Attività di Audit realizzate nel 2015 come da programmazione Piano Annuale Audit 2015 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale Audit 2015
13	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti."	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 "Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c)..."	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10/05/2018 + follow-up nota n.2627 del 27/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 " predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
14	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in COGE delle variazioni contabili trasmesse dal fornitore o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giurisdizionale"	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	10/05/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	basso	X			NO		
	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 "Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno relativi la gestione giuridica, il trattamento economico e la gestione delle presenze del personale dipendente"	Dip. Risorse Umane	13/11/2018	1. verifica documentale 2. Intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

Responsabile della funzione dell' I.A.:

Dr.ssa Mariagiuseppina Muntagna (Direttore L.O.C. Programmazione Controllo di Gestione - SIG) Coordinatore del Gruppo di "Lavoro Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: *Indicare (dati anagrafici e provvedimento di nomina) : //*

Area	Azioni	Descrizione	A - I/O, verificato	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Medio di scelta per il controllo	E - Esito verifica LA	F - Fattori di rischio rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità	H - Attenta programmata sul Piano annuale AUDIT - anno 2019 approvata con delibera n.248 del 28/02/2019 e n.209 del 20/06/2019 (SI/NO)	I - Audit di Audit realizzati nel 2019 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2019 (SI/NO)	L - SANQ - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
		Verifica di correttezza esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 "Esistenza di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e del medico della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giurisdittoria e previdenziale. Definizione di procedure atte a rilevare e aggiornare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilati a dipendente e conseguente cd p verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica"	Dip. Risorse Umane	12/11/2018	1. verifica documentale 2. intervista diretta al personale 3. Questionario 5. verifica del software 7. verifica necessità correzioni procedura	medio	X			NO		
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.	Consulente DEDALUS	14/12/2018	2. Intervista diretta al personale; 3. questionario 5. verifica del software	medio	X			NO		
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche per odiche volte a riscontrare la corrispondenza partita fornitori e contabilità generale.	RILEVAZIONE DA PARTE DEL RUP PAC	16/07/2018	1. Verifica documentale	basso	X			NO		
18	18.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "predispensione di una procedura di controllo cd analisi comparativa della spesa nel tempo e nella spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento".	Consulente DEDALUS	20/11/2018	2. Intervista diretta al personale; 3. questionario 5. verifica del software	basso	X			NO		

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"

(Dr.ssa Mariagiuseppina Muntagna)



Visto

Il Direttore Amministrativo

(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Generale

(Dr.ssa Rachele Faraone)



