



Gruppo di Lavoro "Internal audit"

(costituito con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 e ss.mm.ii.
Aggiornato con delibera 581 del 24.10.2024 e ss.mm.ii.)

Referente aziendale Internal Audit

Referente aziendale PAC

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 31/12/2025

PARTE A

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT II SEMESTRE 2025

PARTE B

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE

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

Sommario

PARTE A

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT II SEMESTRE 2025

aggiornato al 31/12/2025

| | |
|--|---|
| 1. Premessa | 3 |
| 2. La struttura dell'Internal Audit..... | 5 |
| 3. Il Manuale di Internal Audit | 6 |
| 4. La Relazione del risk assessment | 6 |
| 5. Il Piano annuale di Internal Audit 2025..... | 7 |
| 6. Le Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC..... | 9 |
| 7. La Relazione intermedia e finale di internal audit. | 9 |
| 8. L'Archiviazione della documentazione | 9 |

Sommario

PARTE B

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2025

aggiornato al 31/12/2025

| | |
|---|----|
| 1. Premessa | 11 |
| 2. Modalità di realizzazione delle attività di Internal Audit | 11 |
| 3. Esito delle verifiche | 11 |
| Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A..... | 11 |
| 3.1 Esito delle verifiche di Follow-up | 12 |
| 3.1.1. Verifiche di follow-up con esito "positivo" | 13 |
| 3.1.2 Verifiche di follow-up con esito "con riserva" | 16 |
| 3.2 Esito delle verifiche ordinarie | 31 |
| 3.2.1 Verifiche ordinarie con esito positivo | 31 |
| 4. Archiviazione documentazione..... | 47 |
| 5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC | 47 |
| 6. Griglia di rilevazione..... | 48 |

ALLEGATI

| | |
|--------------|--|
| allegato A1 | nota n. 11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute |
| allegato A2 | nota n. 30170 del 26/06/2024 Assessorato della Salute |
| allegato A3 | nota n. 9905 del 13/02/2025 Assessorato della Salute |
| allegato A4 | nota n. 24945 del 21/05/2025 Assessorato della Salute |
| allegato A5 | nota n. 27520 del 06/06/2025 Assessorato della Salute |
| allegato A6 | nota n. 29985 del 23/06/2025 Assessorato della Salute |
| allegato A7 | nota n. 1079 del 13/01/2026 Assessorato della Salute |
| allegato A8 | nota n. 54610 del 30/01/2025 ASP FA |
| allegato A9 | nota n. 0112675 del 28/02/2025 ASP PA |
| allegato A10 | nota n. 323136 del 25/06/2025 ASP PA |
| allegato A11 | nota n. 377135/2025 del 29/07/2025 ASP PA |
| allegato A12 | nota n. 467377/2025 del 23/09/2025 ASP PA |
| allegato A13 | nota n. 470553/2025 del 24/09/2025 ASP PA |
| allegato A14 | nota n.493758 del 06/10/2025 ASP PA |
| allegato B1 | Schema riportante le strutture da auditare/auditare |
| allegato B2 | Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2025 |
| allegato B3 | Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2025 |



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Gruppo di Lavoro "Internal audit"
Referente PAC

PARTE A

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2025

aggiornato al 31/12/2025

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, con **nota n.11786 del 28/02/2020 (allegato A1)** ha fornito le indicazioni per il monitoraggio delle verifiche di audit PAC e, in seguito, con **nota n. 30170 del 26/06/2024 (allegato A2)** ha comunicato che con **D.A. n.528 del 22 maggio 2024** sono stati rimodulati al 30.06.2025 i termini di consolidamento del PAC e alla luce di questo l'Azienda ha trasmesso con **nota n.493758 del 06/10/2025 (allegato A14)** la delibera avente ad oggetto: *"Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale - D.A. 528 del 22 maggio 2024 - Direttiva per l'attestazione di Certificabilità dei dati e dei bilanci al 30 giugno 2025. Presa d'atto dei pareri della Funzione Internal Audit, del Referente Aziendale PAC e del Collegio Sindacale. Dichiarazione in ordine alla certificabilità dei dati e del bilancio dell'ASP di Palermo"*, in prospettiva di raggiungere la certificazione del bilancio entro la data del 31.12.2026.

L'Assessorato nel corso del II semestre 2025 ha:

- Con **nota n. 1079 del 13/01/2026 (allegato A7)**, ad oggetto *"Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C. - 2^ semestre 2025 - Piano annuale audit anno 2026"*, richiesto l'inoltro dei seguenti documenti:
 - la griglia di Audit aggiornata al 31.12.2025;
 - il modello strutture PAC da auditare e auditate al 31.12.2025;
 - la relazione di accompagnamento attività di audit aggiornata al 31.12.2025 con apposita sezione sullo stato di avanzamento delle Azioni programmate come da Piano di Azione PAC 30 giugno 2025.
 - l'elenco dei referenti PAC per funzione al 31.12.2025.
 - entro il 16 febbraio 2026 Relazione di Risk Assessment e Piano annuale 2026

Nella definizione del programma delle attività, si è voluto intensificare l'impegno della funzione I.A., con un numero di verifiche di audit da svolgere nel 2025 e attività di monitoraggio delle criticità, al fine di garantire:

- a) un intervento di audit consistente in **tutte le aree PAC**, e non solo nelle aree PAC individuate come maggiormente critiche (area IMMOBILIZZAZIONI e RIMANENZE);
- b) la verifica di elevate percentuali di strutture coinvolte, fermo restando la necessità di considerare l'incidenza, in termini economici, delle attività, e dei rischi ad esse connessi, realizzate da talune strutture organizzative rispetto a quelle realizzate da altre strutture per il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- c) **l'implementazione delle azioni segnalate dall'Assessorato** regionale alla Salute in sede di monitoraggio sul raggiungimento degli Obiettivi;
- d) **la verifica delle azioni correttive** previste dalla delibera Aziendale n. 582 del 25/10/2024 ad oggetto *"Approvazione ed adozione del Piano delle Azioni Straordinarie 2025 PAC dell'ASP di Palermo"*.
- e) **monitoraggio costante con cadenza mensile, attraverso verifiche sugli atti aziendali (determine, delibere, inventari, funzionigrammi e magazzini aziendali), verifiche a sistema attraverso questionari, verifiche in presenza e note di verifica PAC compliance.**

In particolare, l'ASP di Palermo:

Relazione Internal Audit al 31-12-2025

- ✓ con delibera n.659 del 30/06/2020 ha approvato il Manuale di I.A., trasmesso con nota prot. 1665 del 20/07/2020 a mezzo pec in pari data;
- ✓ con deliberazione n.178 del 12/02/2020 ha proceduto all'affidamento del servizio di Internal Audit alla Ditta KPMG Advisory S.p.A., stante la complessità e l'estensione territoriale dell'Azienda e la necessità di dare piena implementazione alla funzione di Internal audit con un supporto metodologico e professionale rispondente a quanto esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute.
L'Azienda ha proceduto da ultimo alla proroga prevista nella aggiudicazione relativa a RDO n. 3158248/2022. Il presente affidamento è terminato in data 31.12.2025.
- ✓ con nota 377135/2025 del 29/07/2025 (**allegato A9**) l'Internal Audit ha trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute la seguente documentazione:
 - Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 30.06.2025;
 - Griglia degli audit aggiornati al 30.06.2025;
 - Schema struttura da auditare e strutture verificate al 30.06.2025;
- ✓ con delibera n. 102 del 30.01.2025, avente ad oggetto: *"Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2025 e Piano di Audit 2025 dell'ASP di Palermo"*, trasmessa all'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n. **54610 del 30/01/2025 (allegato A8)**, **visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**, ha approvato e adottato:
 - la Relazione del *Risk Assessment* anno 2025;
 - il Piano Annuale di Audit 2025;

con nota prot. n. 0112675 del 28/02/2025 (allegato A9) è stata trasmessa all'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana la relazione circa il monitoraggio verifiche audit - Procedure Aziendali PAC 2^ semestre anno 2024 - Monitoraggio Piano di azione PAC 30 giugno 2025".

- ✓ con nota n. 502565 del 25.10.2024 l'Azienda ha trasmesso all'Assessorato alla salute la deliberazione n. 581 del 24.10.2024 contenente la nomina del Gruppo di Lavoro Internal Audit.

In particolare, l'ASP di Palermo al fine di superare le criticità relative al raggiungimento della certificabilità di bilancio, ha messo in atto tutte le misure e gli strumenti necessari a risolvere le stesse ed in particolare l'adozione delle nuove Procedure PAC e di svariate delibere, note, circolari e riunioni operative, al fine di realizzare un monitoraggio costante e analitico. Inoltre, con nota prot. 502533 del 25.10.2024, ha individuato, all'interno delle articolazioni aziendali, un referente I.A./PAC per ogni singola macrostruttura.

In particolare, l'ASP di Palermo, al fine di superare le criticità in atto relative al raggiungimento della certificabilità di bilancio, ha messo in atto tutte le misure e gli strumenti necessari a risolvere le stesse, così come riportato **nella relazione semestrale Internal audit al 30.06.2025, trasmessa in Assessorato Regionale alla Salute con nota prot. n. 377135/2025 del 29/07/2025 (allegato A11)**, che integralmente si richiama.

Inoltre l'ASP di Palermo, nel corso del II semestre 2025, ha:

- ✓ **Con Deliberazione n. 1355 del 30 settembre 2025, mediante l'atto di certificabilità dei dati e dei bilanci aziendali**, formalmente attestato che le procedure aziendali poste a presidio dei processi amministrativi e contabili risultano idonee a garantire la corretta determinazione, rappresentazione e attendibilità delle voci di bilancio, in quanto oggetto di costante monitoraggio e di progressivo adeguamento ai requisiti normativi e organizzativi vigenti, Con il medesimo provvedimento, l'Azienda ha altresì rappresentato che il sistema dei controlli interni e delle procedure amministrativo-contabili è stato sviluppato in coerenza con il Percorso Attuativo di Certificabilità e con il Piano di Audit, riservandosi di proseguire, secondo il cronoprogramma definito, nell'attuazione delle ulteriori azioni correttive e di miglioramento finalizzate al progressivo rafforzamento dei livelli di adeguatezza, tracciabilità e affidabilità dei

processi, in vista del pieno conseguimento degli standard richiesti dalla normativa vigente per la certificazione dei bilanci aziendali e il successivo consolidamento a livello regionale.

✓ **Avviato l'implementazione delle procedure PAC**, già revisionate nel periodo 2023-2024 mediante appositi atti deliberativi (n. 1598 del 17/10/2023, n. 1756 del 14/11/2023, n. 1956 del 14/12/2023 e n. 274 del 27/02/2024) al fine di ottimizzarle e adeguarle rispetto ai processi aziendali, ai software in uso nonché alle osservazioni emerse nel corso degli Audit.

In particolare, **con delibera 1924 del 23.12.2025** è stata adottata la revisione delle procedure riguardanti "**Area E - rimanenze**" e "**Area G - disponibilità liquide**".

➤ Per quanto riguarda l'area rimanenze, sia a proposito dell'azione E2 (carichi e scarichi di magazzino) che dell'azione E1 (inventari di magazzino) è stata inserita una sezione dedicata ai magazzini vaccinali afferenti al Dipartimento di Prevenzione che, nella precedente versione, erano assimilati ai magazzini farmaceutici. Sono state, inoltre, integrate le attività relative al trasferimento di vaccini dai centri vaccinazione ai MMG/PLS o ad altre strutture sanitarie.

È stata altresì modificata la sezione concernente i magazzini economici con l'introduzione di specifica tempistica per la conclusione del processo di registrazione, così come raccomandato dalla funzione di Internal Audit.

➤ Per quanto riguarda la procedura "Area G - Disponibilità Liquide", è stata integrata una sezione dedicata ai controlli ordinari e straordinari sulle casse economiche e prestazioni.

È attualmente in corso la revisione della procedura I.5 "Ciclo del personale dipendente, assimilato a dipendente e convenzionato" la cui bozza definitiva è stata trasmessa per la validazione alle articolazioni aziendali interessate con nota prot. 22124 del 15.1.2024.

✓ ha adottato le seguenti **procedure operative di secondo livello**:

➤ **con delibera n. 1545 del 29.10.2025** la Procedura rendicontativa per la gestione dei budget di salute

➤ **- con delibera n. 1825 del 11.12.2025** la Procedura operativa di secondo livello liquidazione e pagamento spese legali.

✓ Definita l'implementazione del sistema della rilevazione presenze tramite l'avvio del nuovo applicativo HCM attraverso la nota prot. 651976 del 24/12/2025. Questa permetterà il superamento della criticità relativa alla mancata integrazione del modulo WHR paghe e il sistema amministrativo contabile AREAS.

✓ Avviato la redazione del Piano Integrato delle Azioni Correttive (PIAC), quale strumento di supporto al governo dei processi amministrativo-contabili volto al monitoraggio delle criticità rilevate e delle correlate azioni correttive assegnate alle Strutture aziendali interessate.

2. La struttura dell'Internal Audit

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

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

Il Gruppo di lavoro, costituito con nota n.1419 del 26/06/2020 e aggiornato con delibera 581 del 24.10.2024, a oggi è composto dal Dirigente Coordinatore del Gruppo, dal referente aziendale con ruolo esclusivo, da n.3 Collaboratori Amministrativi professionali, da un dirigente farmacista e da ultimo un dirigente medico. **gs nota n. 607578/2025.**



Da ultimo, premesso che la Funzione Internal Audit è incardinata attualmente presso la UOC Programmazione Controllo di Gestione in Staff alla Direzione Generale che sovrintende ai controlli principali dell'Azienda, è munita di un coordinatore con ruolo dirigenziale e ha un referente aziendale, con ruolo di funzionario, in forma esclusiva che, a norma delle note prot. n. 65013 del 2 agosto 2016 e, da ultimo, la nota n.2565 del 18/1/2022 di questo Assessorato Regionale, si rappresentava la possibilità che questa funzione venisse svolta da un dirigente/funzionario, la Stessa, **con nota prot. n. 323136 del 25/06/2025 (allegato A10)** avente ad oggetto: **"Autorizzazione parziale modifica Atto Aziendale ex art 16 LR n.5/2009 adottato con Delibera n.81 del 21 gennaio 2020"** ha chiesto, al fine di garantire maggiore indipendenza, di rimodulare le funzioni di Internal audit trasformando detta Funzione in UOS Internal Audit in Staff alla Direzione Generale.

3. Il Manuale di Internal Audit

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

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

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

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



4. La Relazione del risk assessment

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

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

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

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

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

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

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

Fig. 1 – Risk Assessment Criteria Matrix

La valutazione del rischio è stata eseguita con riferimento a tutte le azioni previste nel piano di attuazione PAC, di cui al D.A. 1559/2016, come di seguito in elenco; inoltre è stata aggiornata con riferimento al semestre di riferimento alla presente relazione e adottata con deliberazione n. 528 del 22/05/2024:

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

5. Il Piano annuale di Internal Audit 2025

Il Piano di Audit, predisposto dalla funzione di Internal Audit e adottato con delibera 102 del 30.01.2025, avente ad oggetto: “Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2025 e Piano di Audit 2025 dell’ASP di Palermo” (visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci) è stata trasmessa all’Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n. 54610 del 30/01/2025. (allegato A8)

Il Piano di audit adottato ha definito le azioni e/o procedure da verificare nell’ambito dell’anno 2025 e ha individuato le correlate Strutture interessate dall’attività di audit.

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

- *Svolgimento delle attività di audit con particolare riguardo alle procedure aziendali delle aree (tra le altre) di seguito indicate:*

Area Immobilizzazioni:

- *Verifica della procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi Azione D1.4;*
- *Verifica sulla realizzazione di inventari fisici periodici Azione D2.1;*
- *Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici - Azione D2.5;*
- *Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico — Azione D3.5.*

R

Per i ricalcoli: tutti i fogli elettronici utilizzati con la spiegazione della loro utilità ai fini della verifica;
Per le richieste di conferma scritta: tutta la documentazione formale relativa alle richieste e alle risposte ottenute;
Altro: tutto ciò che può comprovare l'effettiva realizzazione della verifica a soggetti terzi.

28 gennaio 2026

Il Referente Aziendale Internal audit
Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Referente Aziendale PAC
Dr.ssa Silvana Gugliotta

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

Il Direttore Amministrativo
Dr. Ignazio Del Campo

Il Direttore Generale
Prof. Alberto Firenze

Il Direttore Sanitario
Dr. Antonino Levita

ALLEGATI

allegato A1 nota n. 11786 del 28/02/2020 Assessorato della Salute
allegato A2 nota n. 30170 del 26/06/2024 Assessorato della Salute
allegato A3 nota n. 9905 del 13/02/2025 Assessorato della Salute
allegato A4 nota n. 24945 del 21/05/2025 Assessorato della Salute
allegato A5 nota n. 27520 del 06/06/2025 Assessorato della Salute
allegato A6 nota n. 29985 del 23/06/2025 Assessorato della Salute
allegato A7 nota n. 1079 del 13/01/2026 Assessorato della Salute

allegato A8 nota n. 54610 del 30/01/2025 ASP PA
allegato A9 nota n. 0112675 del 28/02/2025 ASP PA
allegato A10 nota n. 323136 del 25/06/2025 ASP PA
allegato A11 nota n. 377135/2025 del 29/07/2025 ASP PA
allegato A12 nota n. 467377/2025 del 23/09/2025 ASP PA
allegato A13 nota n. 470553/2025 del 24/09/2025 ASP PA
allegato A14 nota n.493758 del 06/10/2025 ASP PA

allegato B1 Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2025
allegato B3 Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2025



Referente Internal audit"
ReferentePAC

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2025 aggiornata al 31/12/2025

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con prot. n. 1079 del 13/01/2026 (cfr. All. A7) per il 2° semestre 2025 ha richiesto la compilazione della griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit (**allegato B2**) aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 31/12/2025.

La presente relazione accompagna la citata griglia.

2. Modalità di realizzazione delle attività di Internal Audit

Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono state complessivamente conformi alla programmazione (**PARTE A**) effettuata nell'ambito del piano di audit 2025, per il secondo semestre 2025.

3. Esito delle verifiche

Nell'ambito del presente paragrafo la funzione I.A. intende illustrare, in modo dettagliato, gli esiti delle verifiche audit del II semestre 2025, nonché ulteriori informazioni specifiche circa le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche e i criteri seguiti per la scelta del campione oggetto delle stesse.

Più precisamente, si espone sull'esito delle verifiche delle procedure aziendali poste in essere al 31/12/2025, per le quali si è provveduto alla compilazione ed all'aggiornamento della griglia (**allegato B2**), distintamente per esiti positivi e con riserva (si vedano rispettivamente i paragrafi 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6).

Nel corso del 2° semestre 2025 **sono state auditate nr. 77 Strutture aziendali** delle 92 complessive per l'intera annualità da auditare (come da Piano di Audit 2025, approvato con le deliberazioni n. 102 del 30.01.2025 e s.m.i.), pari, quindi, al 83%.

Di queste 76 strutture, nr. 42 strutture aziendali sono state oggetto di *follow-up* di audit, come dettagliato nell'allegato B1.

Inoltre sono state condotte verifiche extra piano audit :

- Verifica in presenza presso l'UOC Integrazione Socio - Sanitaria, UOS Coordinamento Cure domiciliari, UOS coordinamento Strutture residenziali e UOS Coordinamento della rete di cure palliative e UVP Distrettuali, gs nota prot. n. 588281 del 21/11/2025, inerente **l'Area Debiti e Costi Area PAC I:**
11.7 - Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5
13.6 - Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I3.2 e I3.4
16.3 - Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (di cui all'azione PAC I6.1).
- questionario, gs nota Protocollo n. 443470/2025 del 10/09/2025, circa l'aggiornamento del Funzionigramma inerente **l'Area delle Rimanenze Area PAC E:E7) Gestire i magazzini in modo da garantire: la separazione tra funzioni di contabilità di magazzino e di contabilità generale; la verifica tra merci ricevute e quantità ordinate; la rilevazione e la tracciabilità degli scarichi di magazzino e dei trasferimenti al reparto; riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale**, rivolto alle seguenti Strutture Aziendali:
 UOCApprovvigionamenti

UOC Bilancio e Programmazione

UU.OO.CC Coord. Amministrativo Presidi Ospedalieri e Territoriali Area 1 - 2-3

Distretti Socio Sanitari

Ai Dipartimenti Sanitari

- Attività Ospedaliere
- Chirurgia
- Cure Primarie
- Diagnostica di Laboratorio
- Diagnostica per immagini
- Emergenza Urgenza
- Integrazione Socio-Sanitario
- Interaziendale Farmaceutico
- Interaziendale di Medicina fisica e riabilitativa
- Medicina
- Prevenzione
- Prevenzione Veterinario
- Salute della Famiglia
- Salute Mentale, DPNIA e loro articolazioni

- questionario, gs nota Protocollo n. 443124/2025 del 10/09/2025, circa l'aggiornamento del Funzionigramma inerente **l'Area delle Disponibilità liquide Area PAC G:**

G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.

G2) Separare adeguatamente compiti e responsabilità tra le attività di rilevazione contabile di ricavi, costi, crediti e debiti e le attività di rilevazione contabile d'incassi e pagamenti, rivolto alle seguenti Strutture Aziendali:

UOC Approvvigionamenti

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Coordinamento Amministrativo Area 1

UOC Coordinamento Amministrativo Area 2

UOC Coordinamento Amministrativo Area 3

Distretti Socio Sanitari

Ai referenti delle Casse economiche Aziendali e Casse ticket Aziendali

- Nota circa la rilevazione trimestrale sulla corretta esecuzione delle operazioni di carico e scarico e attività inventariali dei magazzini di reparto con riferimento alla Procedura **PAC E, Inventari Di Magazzino, azioni PAC E1, E3 ED E4**, al fine di garantire che tutti i carichi e scarichi di magazzino vengano rilevati a sistema, rivolto alla totalità delle UU.OO. Aziendali afferenti ai Dipartimenti Sanitari dei Presidi Ospedalieri (note prott. nn. 470551/2025 del 24/09/2025 e 5132/2026 del 07/01/2026):

Dipartimento Medicina

Dipartimento Chirurgia

Dipartimento Fisica Riabilitativa

Dipartimento Salute e Famiglia

Dipartimento Emergenza Urgenza

Dipartimento diagnostica di Laboratorio

Dipartimento diagnostica per immagini

Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Dipartimento di Prevenzione

Queste attività sono da intendersi integranti alle verifiche effettuate nel corso del predetto semestre.

3.1 Esito delle verifiche di Follow-up

Coerentemente con quanto previsto dal Piano di Audit 2025, nel corso del II semestre 2025 sono state effettuate le seguenti verifiche di follow-up.

3.1.1. VERIFICHE DI FOLLOW-UP CON ESITO "POSITIVO"

AREA GENERALE

Azione A2.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A2.1 e A2.4"

Verifica di follow up del 02/12/2025 – UOC Programmazione, Controllo di Gestione

Sintesi Audit: Con riferimento al tema delle assegnazioni di budget, da inquiry emergeva che per l'anno 2026, contrariamente agli anni precedenti, il budget sarà determinato nella misura pari al 92% della stima a finire dell'anno 2025. **L'obiettivo è quello di verificare l'effettivo fabbisogno, per l'anno 2026 sui contratti attualmente in essere**, nonché valutare eventuali manovre espansive e manovre contenitive.

Relativamente alle erosioni delle autorizzazioni e sub-autorizzazioni di spesa, per gli acquisti, la sub-autorizzazione si considera impegnata in presenza del relativo ordine.

Per quanto concerne il personale, non si verifica un'erosione automatica della sub-autorizzazione, stante la mancanza di ordine per tale tipologia di costo: infatti, l'effettiva diminuzione della sub-autorizzazione si manifesta esclusivamente al momento della liquidazione.

In ogni caso, in fase di liquidazione, è obbligatorio l'inserimento di un'autorizzazione di spesa.

A tal proposito, il Gruppo di Lavoro ha raccomandato di analizzare le cause per cui, a sistema, una sub-autorizzazione non venga erosa integralmente.

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Programmazione manifestava l'esigenza di verificare, a livello territoriale, se, a fronte dei budget assegnati in base alle esigenze locali, i servizi siano effettivamente garantiti e il budget sia realmente eroso.

Il Gruppo di Lavoro, ritenendo pertinente l'osservazione suesposta, ha raccomandato di verificare la presenza di budget totalmente inutilizzati e, nel caso emergessero tali fattispecie, analizzare le cause sottostanti, anche in un'ottica di possibile riallocazione delle risorse.

Altresì, nel corso della riunione è emersa da parte dei referenti aziendali la richiesta di ottenere una reportistica che, a partire dall'autorizzazione "madre", consenta di mettere a confronto le sub-autorizzazioni e le relative integrazioni, suddivise in modo analitico e non a saldo, con evidenza dell'effettivo consumo su ogni conto economico.

Veniva, a tal proposito segnalato dalle strutture, l'impossibilità di visualizzare modifiche su uno specifico conto economico, poiché, attualmente, il sistema non mostra chiaramente tali modifiche ma esclusivamente il saldo delle eventuali modifiche/integrazioni.

Ad esempio, sulla sub autorizzazione concernente i farmaci, composta da molteplici conti economici, non è possibile riscontrare quale conto deve essere incrementato o diminuito.

Per quanto concerne le integrazioni di budget, si specifica che la relativa autorizzazione risulta implicitamente coerente con la programmazione: in particolare, ciò che eccede il fabbisogno dichiarato deve essere motivatamente giustificato.

A tal proposito viene chiarita, in sede di audit, la distinzione fra:

- voci all'interno del bilancio di previsione (budget ordinario);
- voci extra budget, ovvero fondi finanziati o che non incidono sul bilancio ordinario, per esempio la liquidazione di fatture di anni pregressi già registrate e per la quale il costo risulta già imputato per competenza negli anni precedenti.

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Azione D4.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D4.1 e D.4.3"

Verifica di follow - up del 02/12/2025 – UOC Gestione del Patrimonio UOC Bilancio e Programmazione UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

AREA CREDITI E RICAVI

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

Verifica di follow - up del 23/09/2025 - UOC Medicina Legale e Fiscale

Sintesi Audit: Preliminarmente, si è rilevato che la registrazione di una prestazione a pagamento e la relativa fatturazione avviene previo inserimento dell'anagrafica dei Business Partners a sistema da parte dell'UOC Bilancio e Programmazione.

Le prestazioni sono richieste da soggetti privati, aziende o pubbliche amministrazioni per il riconoscimento di gravi patologie e dell'eventuale idoneità a determinate mansioni riguardo alla patologia rilevata mediante specifica modulistica prestampata o su carta libera e il certificato era rilasciato soltanto a fronte dell'avvenuto pagamento.

Inoltre, con riferimento all'attività di mappatura delle attività erogate a pagamento, in cui siano altresì segnalate le prestazioni soggette ad emissione di fattura, il Direttore dell'UOC oggetto di verifica ha riferito che è stata predisposta una bozza di tariffario con allegato il catalogo delle prestazioni sottoposta alla Direzione Aziendale, con nota prot. n. 166570 del 28.03.2025, non ancora deliberata poiché si è in attesa di adozione del nuovo tariffario regionale.

Si prende atto che il sistema PagoPA non risulta ancora attivato.

Con cadenza trimestrale/semestrale l'UOC Medicina Legale e Fiscale trasmette all' UOC Bilancio e Programmazione i prospetti riepilogativi delle visite pervenute e i verbali delle visite collegiali svolte dalla commissione esaminatrice relativi alle prestazioni a pagamento effettuate per cui è necessario emettere fattura. A tal proposito, da *inquiry* è emerso che nel caso in cui le prestazioni rientrino nei LEA, non è prevista l'emissione di fattura. Infatti, periodicamente, l'UOC Medicina legale e fiscale trasmette le Strutture coinvolte in merito all'aggiornamento dei LEA, indicando quali prestazioni vengono svolte a pagamento.

Per quanto riguarda la Commissione Invalidi e le Commissioni Mediche Locali per le Patenti, il personale impiegato è composto sia da personale interno sia da personale esterno. A tal proposito, si evidenzia che tutte le attività collegiali sono svolte al di fuori dell'orario di servizio.

In particolare, la Commissione Medico Locale per Patenti si riunisce n. 4 volte a settimana, di cui n.2 sedute fuori dall'orario di servizio e n.2 all'interno dell'orario di servizio.

Con riferimento alla costituzione dei collegi e delle commissioni mediche, il Direttore ha comunicato che il bando risulta attualmente aperto a causa della carenza di personale. Una volta presentate le domande, le risorse sono individuate in base al profilo professionale richiesto e, in seguito, è adottata una disposizione interna per la costituzione dei collegi.

Ai fini dell'individuazione dei profili professionali necessari per lo svolgimento delle Commissioni Mediche Integrate per l'accertamento delle condizioni di invalido civile (Legge n. 295/90), portatore di handicap (L.104/92 e s.m.i) e disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L.68/99 e s.m.i), si evidenzia che nella relativa delibera è indicata la quota e le modalità di pagamento, oltre al mandato per l'istituzione delle commissioni.

Infine, si evidenzia che, in questo momento, non sono attive convenzioni. In particolare, il rapporto con l'INPS è regolato direttamente da una specifica disposizione di legge.

Verifica di follow - up del 13/11/2025

UOC Bilancio e Programmazione e UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Sintesi Audit: Nel corso della riunione è stata condotta un'analisi dettagliata relativa agli acquisti effettuati con finanziamenti vincolati a specifici progetti, quali:

- Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- Piano Nazionale Energia e Sostenibilità (PNES).

La natura delle tipologie di acquisto può essere suddivisa nel modo seguente:

- beni di consumo, cespiti e servizi;
- personale con contratto di lavoro autonomo/libero professionale che insiste sui progetti finanziati;

- personale dipendente che insiste sui progetti.

Il tema dell' incontro si è incentrato sull'analisi delle suddette casistiche relative alla gestione degli acquisti finanziati, con particolare attenzione agli acquisti effettuati negli anni precedenti, a quelli dell'esercizio corrente e a quelli gestiti tramite il sistema amministrativo AREAS.

La principale differenza tra la gestione delle partite pregresse e quelle correnti risiede nel fatto che nell'anno in corso gli acquisti di beni, cespiti e servizi, nonché i relativi ordini, sono gestiti direttamente dall'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari.

Inoltre, per gli acquisti correnti effettuati tramite il sistema AREAS, la fonte di finanziamento viene inserita in sede di ordine e alimenta la chiave contabile, rendendo possibile l'estrazione di tali informazioni a livello di reportistica.

Tuttavia, si segnala che, ad oggi, i campi che alimentano la chiave contabile nel sistema non risultano essere bloccanti.

Al contrario, negli anni precedenti gli acquisti non erano centralizzati presso l'UOC SGPS e il sistema non prevedeva la gestione tramite chiave contabile.

✓ **Acquisti di beni, cespiti e servizi negli anni precedenti**

Non si può assicurare la completezza della sterilizzazione dei costi relativi agli anni precedenti, poiché tali acquisti non erano centralizzati e gestiti tramite un sistema basato sulla chiave contabile, e pertanto non è possibile garantire che l'informazione relativa alla fonte di finanziamento sia stata correttamente registrata.

Inoltre, i referenti scientifici non eseguivano una rendicontazione puntuale degli acquisti che gravano sui progetti, generando incertezza nelle sterilizzazioni. Pertanto, le sterilizzazioni venivano effettuate extracontabilmente, sulla base di un confronto tra fatture ricevute e le entrate merci/collaudi effettuati, mediante una scrittura contabile massiva.

✓ **Acquisti di beni, cespiti e servizi correnti**

Gli acquisti sono gestiti centralmente dall'UOC SGPS e i relativi ordini vengono effettuati indicando la specifica fonte di finanziamento riconducibile al singolo Progetto Strategico Nazionale (PSN) e/o a ulteriori fonti di finanziamento diverse dai fondi aziendali, quali ad esempio PNRR e PNES.

Pertanto, l'importo delle sterilizzazioni per tali tipologie è determinato attraverso l'estrazione della chiave contabile dal sistema.

Con riferimento al personale libero professionale e al personale dipendente che insiste sui progetti si rimanda alla successiva sezione inerente alle Azioni 15.3, 15.4 e 15.5.

Più in generale, dalle interviste condotte in sede di audit sono emerse criticità nella gestione e nella rendicontazione dei fondi residui di PSN che, pur risultando a sistema non utilizzati, in fase di rendicontazione dei costi non vengono correttamente ricondotti al PSN di riferimento. Tale circostanza determina l'imputazione delle spese ad altri PSN, con conseguente alterazione della rendicontazione puntuale e analitica dei progetti.

Sono stati inoltre rilevati casi di progetti afferenti a più Referenti Scientifici, nonché situazioni in cui il residuo associato a uno specifico CUP viene imputato a un CUP differente, determinando il superamento della relativa capienza. Tali elementi evidenziano criticità operative nei processi di rendicontazione, riconducibili a una non adeguata presa in carico delle attività amministrative connesse alla gestione dei progetti da parte dei Referenti Scientifici.

Verifica di follow - up del 02/12/2025

UOC Bilancio e Programmazione e UOC Sviluppo e Gestione dei progetti sanitari

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

AREA PATRIMONIO NETTO

Azione H3.4 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2"

Azione 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"

Relazione Internal Audit al 31-12-2025

**Verifica di follow - up del 02/12/2025 -
UOC Gestione del Patrimonio - UOC Bilancio e Programmazione**

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare il rispetto della procedura ed in particolare la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget, certificazioni varie ecc., con predisposizioni di relativi report delle risultanze delle verifiche"

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

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

Verifica di follow - up del 23/09/2025 - UOC Medicina Legale e Fiscale

Per la sintesi si veda **Azione F1.11** "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F1.2, F1.4, F1.6 e F1.8" (pag 14).

3.1.2 VERIFICHE DI FOLLOW-UP CON ESITO "CON RISERVA"

AREA GENERALE

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

**Verifica di follow - up del 13/11/2025
UOC Gestione Informatica Aziendale e Dipartimento Risorse Umane**

Sintesi Audit: el corso delle precedenti verifiche, relativa alla parziale integrazione tra i sistemi gestionali e il sistema amministrativo-contabile, con particolare riferimento al sistema gestionale WHR. Tale condizione incide attualmente sulla contabilizzazione analitica di alcune poste, con riflessi sulla completezza delle informazioni disponibili ai fini della reportistica e sul raccordo tra contabilità generale e contabilità analitica, nonché sulla corretta alimentazione del flusso informativo del personale.

Contestualmente, è stato rappresentato che sono in corso e in fase di implementazione specifiche azioni finalizzate al superamento delle criticità rilevate e alla progressiva riduzione del gap informativo, attraverso il rafforzamento dei processi di integrazione tra i sistemi coinvolti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione IA: In merito alla criticità concernente l'integrazione tra i moduli gestionali WHR (gestione paghe) e il sistema amministrativo-contabile AREAS, il Gruppo di Lavoro ha preso atto dello stato di avanzamento delle interlocuzioni in corso con la Software House, finalizzate all'individuazione di una soluzione strutturale e definitiva, coerente con le tempistiche di conseguimento degli obiettivi del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC). Dall'inquiry è emerso che, allo stato attuale, l'integrazione tra il modulo WHR paghe e il sistema AREAS non risulta ancora pienamente operativa; tuttavia, le tematiche connesse sono state oggetto di approfondimento nell'ambito della riunione congiunta del 2 dicembre 2025, alla quale ha preso parte anche la Software House, nel corso della quale sono stati condivisi i principali interventi correttivi.

Nelle more del completamento dell'integrazione applicativa, l'Azienda ha comunque garantito la continuità dei processi contabili attraverso specifiche attività di raccordo tra i dati gestionali e le rilevazioni contabili, assicurando la corretta alimentazione dei flussi informativi.

In tale contesto, l'avvio del nuovo applicativo HCM per la rilevazione delle presenze, formalizzato con nota prot. n. 651976 del 24/12/2025, rappresenta l'azione strutturale individuata dall'Azienda per il superamento definitivo della criticità relativa alla mancata integrazione tra il modulo WHR paghe e il sistema amministrativo-contabile AREAS, ponendo le basi per un allineamento stabile e coerente con gli obiettivi del PAC.

Verifica di follow up del 02/12/2025 - UOC Gestione Informatica Aziendale

Sintesi Audit: Con particolare riferimento all'implementazione di eventuali blocchi a sistema, si sottolinea che attualmente non è possibile sfiorare il CIG, mentre il contratto complessivo può essere superato, per cui si è raccomandata la massima attenzione sulla questione.

Inoltre, si rappresenta che entro Gennaio 2026 diventerà obbligatorio, in sede di inserimento dell'ordine, indicare la chiave contabile completa riguardante progetti e fonti di finanziamento.

Per quanto concerne l'eventuale blocco del centro di costo tra ordine ed entrata merce è stato riferito che attualmente, il Centro di Costo, viene inserito nell'ordine solo nel caso di consegna diretta; Nel caso di trasferimento di beni da magazzino ovvero di approvvigionamento dal magazzino centrale verso magazzini periferici, il Centro di Costo viene valorizzato in fase di scarico e il sistema registra il bene come consumato. Inoltre, per quanto concerne le rimanenze di reparto sono state totalmente informatizzate e coerentemente gestite mentre, quelle territoriali, sono in corso di informatizzazione a partire da settembre 2025 (Protocollo n. 446154/2025 del 11/09/2025 e seguenti).

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione IA: Con riferimento ai blocchi a sistema, è emersa la necessità di valutare il rafforzamento dei controlli applicativi attraverso l'eventuale implementazione di un ulteriore presidio finalizzato a prevenire il superamento dell'importo complessivo contrattuale, considerato che, allo stato attuale, il blocco automatico risulta circoscritto alla sola capienza del CIG.

Si prende altresì atto che l'Azienda ha già programmato l'introduzione, entro il mese di gennaio 2026, di un blocco a sistema relativo al mancato inserimento della chiave contabile in fase di emissione dell'ordine, intervento orientato a migliorare la tracciabilità e la correttezza delle imputazioni contabili.

Infine, per quanto concerne la possibilità di introdurre un blocco automatico di coerenza del Centro di Costo tra la fase di ordine e quella di entrata merci, si rileva che tale misura non risulta tecnicamente applicabile in modo generalizzato, in considerazione delle modalità operative del processo.

In particolare, il Centro di Costo viene valorizzato in fase di ordine esclusivamente nei casi di consegna diretta, mentre, nei casi di trasferimento di beni da magazzino o di approvvigionamento dal magazzino centrale verso magazzini periferici, il Centro di Costo viene inserito nella fase di scarico, con conseguente registrazione del bene come consumato da parte del sistema.

Azione A4.8 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata"

Verifica di follow up del 02/12/2025 - UOC Bilancio e Programmazione - UOC Programmazione, Controllo di Gestione

Sintesi audit: Con riferimento alla corretta allocazione dei Centri di Costo e all'integrazione tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica, si rileva che il processo risulta attualmente in una fase di transizione applicativa, con particolare riguardo ai sistemi WHR e HeroCup. In tale contesto, le modalità operative attualmente adottate, basate su estrazioni periodiche e caricamenti massivi su AREAS, consentono di garantire la continuità dei flussi contabili, pur evidenziando margini di miglioramento sotto il profilo dell'automazione e dell'integrazione strutturale dei dati.

In relazione ai costi del personale, si prende atto che l'Azienda ha avviato un percorso di sostituzione del sistema WHR con un nuovo sistema di data management, finalizzato al conseguimento della piena integrazione con AREAS entro il mese di gennaio 2026. Nell'ambito di tale percorso, assume rilievo la progettazione, da parte della Software House, di una transcodifica dei Centri di Costo, volta a superare

gli attuali disallineamenti tra il sistema WHR e il Piano dei Centri di Costo adottato su AREAS, attraverso l'aggiornamento dell'anagrafica del personale coerentemente al PdC Aziendale.

Per quanto concerne il sistema HeroCup, si prende atto che la completa integrazione con il sistema amministrativo-contabile non è ancora avviata. Nelle more, l'Azienda ha definito modalità operative che prevedono il caricamento massivo dei ricavi in contabilità in occasione delle chiusure di cassa, nonché la contabilizzazione analitica dei ricavi derivanti da prestazioni rese in regime di ALPI mediante scritture puntuali per fattura, modalità che consente il presidio dei controlli e la verifica del rispetto del Regolamento e della normativa vigente.

Nel complesso, le azioni avviate e quelle programmate risultano orientate al progressivo superamento delle criticità rilevate e al rafforzamento dell'integrazione tra i sistemi gestionali e il sistema amministrativo-contabile, in coerenza con gli obiettivi del Percorso Attuativo di Certificabilità.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione IA: Con riferimento all'integrazione del sistema amministrativo-contabile AREAS con il gestionale paghe WHR e con il gestionale della cassa CUP (HeroCUP), da *inquiry* è emerso che i processi risultano attualmente supportati da soluzioni transitorie, finalizzate a garantire la continuità e l'affidabilità dei flussi informativi in assenza di una piena integrazione applicativa.

In relazione alla gestione del costo del personale, si prende atto che l'applicativo WHR è oggetto di un processo di sostituzione con un nuovo sistema gestionale, il cui completamento è previsto entro il mese di gennaio 2026. Tale intervento è finalizzato al superamento delle attuali criticità di integrazione e consentirà, a seguito della messa in esercizio del nuovo sistema, l'allineamento dei Piani dei Conti con quelli del sistema AREAS, assicurando una corretta e automatica alimentazione della contabilità analitica.

Per quanto concerne la gestione dei ricavi, si rileva che, allo stato attuale, l'allineamento informativo tra HeroCUP e AREAS, pur in assenza di un'integrazione diretta tra i sistemi, è garantito attraverso modalità operative strutturate di tipo extracontabile, basate sull'estrazione dei dati da parte della Software House e sul successivo caricamento massivo nel sistema AREAS. In particolare, per i ricavi derivanti da prestazioni rese in regime di ALPI, è adottata una modalità di contabilizzazione analitica per singola fattura su conti di ricavo dedicati e separati, mentre per le restanti tipologie di prestazioni il caricamento avviene in modalità massiva, ferma restando la possibilità di estrarre il dettaglio analitico per singola fattura dal sistema HeroCUP.

Nel complesso, le azioni in corso e quelle programmate risultano orientate al progressivo rafforzamento dell'integrazione tra i sistemi gestionali e il sistema amministrativo-contabile, in coerenza con gli obiettivi del Percorso Attuativo di Certificabilità.

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Azione D1.4 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura (D1.1 - Gestione del Patrimonio) con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche"

Verifica di follow up del 02/12/2025

UOC Progettazione e Manutenzioni

UOC Gestione del Patrimonio

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Sintesi Audit: Nel corso della riunione, il referente della Software House ha rappresentato che è stata completata la rielaborazione del tabulato di riconciliazione extracontabile, strutturato per consentire il raccordo sistematico tra le evidenze del ciclo passivo — ordini, entrate merci e/o attestazioni di servizio e fatture — per tutte le tipologie di approvvigionamento. Tale strumento è stato configurato in modo da supportare attività ricorrenti di verifica sull'applicazione delle procedure di gestione del

patrimonio e dei beni, assicurando coerenza informativa, tracciabilità delle operazioni e riscontro puntuale dei dati presenti nei sistemi gestionali e contabili.

L'attività di rielaborazione ha richiesto un approfondito processo di normalizzazione e validazione delle basi dati. In una prima fase, le estrazioni effettuate dal sistema amministrativo-contabile AREAS hanno evidenziato incompletezze informative; tali disallineamenti sono stati successivamente oggetto di analisi puntuali e di verifiche a campione condotte con il coinvolgimento delle strutture competenti, consentendo il superamento delle criticità riscontrate e la stabilizzazione del processo di estrazione del tabulato direttamente dal sistema.

Parallelamente, è stato riferito che sono state predisposte ulteriori reportistiche di controllo, utilizzabili nell'ambito di verifiche periodiche e sistematiche, finalizzate al monitoraggio delle tempistiche di pagamento e all'analisi dei tempi medi di lavorazione delle fatture, con dettaglio per singola Struttura. Tali report costituiscono evidenza documentale delle attività di riscontro effettuate e supportano il presidio continuativo dei processi afferenti al ciclo passivo.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle attività di controllo svolte in contraddittorio tra le Strutture competenti alla gestione degli acquisti di beni, servizi, cespiti e del costo del personale, finalizzate ad assicurare una corretta, completa e accurata alimentazione del sistema amministrativo-contabile, si rileva che l'efficacia di tali controlli risulta strettamente connessa alla preventiva e puntuale alimentazione del sistema da parte di tutti i soggetti coinvolti nei processi di competenza.

In tale contesto, dall'*inquiry* è emerso che, anche alla luce delle criticità rilevate nel corso delle precedenti verifiche, sono state rielaborate le modalità operative e implementata a sistema una specifica reportistica di riconciliazione, finalizzata al confronto tra ordini, entrate merci e/o attestazioni di servizio e fatture, per tutte le tipologie di acquisto. Tale strumento consente una rappresentazione più aderente e puntuale dei dati effettivamente presenti nel sistema amministrativo-contabile e costituisce un presidio operativo a supporto delle attività di controllo.

A fronte dell'implementazione di detta reportistica, si rilevava la necessità di rendere strutturale e formalizzata l'attività di verifica periodica tra le Strutture competenti, con cadenza almeno trimestrale, finalizzata a presidiare in modo continuativo il corretto funzionamento del ciclo passivo.

In particolare, le attività di controllo risultano orientate a:

- verificare la qualità dei dati registrati a sistema, con riferimento alla completezza, correttezza e correlazione delle informazioni necessarie alla gestione del ciclo passivo dall'origine del debito sino alla liquidazione (ad es. coerenza tra ordine e fattura, presenza dell'ordine e dell'entrata merci per le fatture liquidate);
- riscontrare la coerenza tra i dati contabili presenti nel sistema amministrativo-contabile e le informazioni detenute dai centri ordinanti, anche al fine di individuare eventuali partite non correttamente intercettate dal sistema;
- intercettare possibili duplicazioni di costi, riconducibili, a titolo esemplificativo, a fatture da ricevere già pervenute ovvero a fatture liquidate in assenza dell'entrata merci registrata a sistema;
- verificare la corretta determinazione del conto "Fatture da ricevere", attraverso l'analisi degli ordini, delle entrate merci, delle attestazioni di servizio e delle date di collaudo dei cespiti per i quali non risultano ancora pervenute le fatture;
- presidiare la corretta imputazione temporale dei costi, mediante l'analisi delle fasi del ciclo passivo e delle relative evidenze gestionali.

Nel complesso, le azioni attuate e le modalità di controllo in corso di strutturazione risultano orientate al rafforzamento dell'affidabilità dei dati contabili e alla progressiva stabilizzazione dei processi di alimentazione e verifica del sistema amministrativo-contabile.

Azione 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"

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

Azione D7.5 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2"

Verifica di follow-up del 21/11/2025

UOC Gestione del Patrimonio e UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: L'attività di Internal Audit ha avuto ad oggetto la verifica dello stato di avanzamento delle azioni correttive individuate nelle precedenti verifiche in materia di gestione e contabilizzazione dei cespiti aziendali, nonché l'analisi degli assetti procedurali e organizzativi adottati dalle Strutture competenti, anche sulla base delle evidenze emerse dall'inquiry con il personale coinvolto e dall'esame della documentazione messa a disposizione.

Nel corso della verifica sono state analizzate le informazioni contabili e gestionali riferite al bilancio di esercizio 2024, con particolare riguardo alla consistenza del libro cespiti e alla coerenza dei dati patrimoniali e contabili. Dall'esame delle risultanze inventariali emerge la presenza di n. 142.202 cespiti, con una base di ammortamento complessiva pari a € 395.452.955,34 e un valore di carico pari a € 353.158.063,45.

Ai fini della chiusura del bilancio di esercizio 2024 è stata predisposta una tabella di raccordo tra libro cespiti e contabilità generale, dalla quale risulta una differenza complessiva pari a € 11.880.818,13.

In merito a tale scostamento, le Strutture competenti hanno rappresentato l'intenzione di sottoporre la questione all'attenzione della Direzione Aziendale al fine di valutare l'avvio di un'attività di inventariazione straordinaria, finalizzata all'analisi del patrimonio aziendale, al riallineamento dei dati presenti a sistema e alla definizione del conseguente trattamento contabile delle squadrature maturate nel tempo, anche con riferimento all'eventuale rilevazione di sopravvenienze passive.

Con riferimento alla gestione degli ammortamenti e delle sterilizzazioni, è stato prodotto un prospetto extracontabile di calcolo al 31.12.2024, dal quale emerge un ammontare complessivo di ammortamenti e sterilizzazioni pari a € 14.537.399,26, articolato per fonte di finanziamento. Tale prospetto è utilizzato quale strumento di confronto con le risultanze del libro cespiti estratte dal sistema amministrativo-contabile.

Per quanto concerne gli aspetti procedurali, la UOC Gestione del Patrimonio ha adottato specifiche istruzioni operative per l'inventariazione dei cespiti e ha avviato controlli periodici sul riscontro fisico dei beni, mediante verifiche campionarie, finalizzate a garantire la tracciabilità dei cespiti, la corretta ubicazione degli stessi e l'aggiornamento delle informazioni inventariali e contabili.

Da inquiry è tuttavia emerso che le attività di analisi, quadratura e monitoraggio dei cespiti riferiti all'esercizio 2017 e precedenti, nonché la bonifica delle etichette inventariali dei beni acquisiti ante 2023 e il riallineamento tra ubicazione fisica dei cespiti e centri di costo di assegnazione, non risultano ancora pienamente completate.

È stato rappresentato che tali attività potranno essere portate a regime solo a seguito dell'esecuzione di un intervento straordinario sul campo, anche in considerazione del processo di riorganizzazione aziendale connesso all'istituzione delle Case e degli Ospedali di Comunità.

Si rileva inoltre che, in fase di avvio dell'applicativo amministrativo-contabile, è stato configurato il calcolo degli ammortamenti a partire dalla data di registrazione del cespiti, successiva all'eventuale collaudo, introducendo un elemento di maggiore coerenza tra la gestione operativa dei beni e la loro rappresentazione contabile.

Nel complesso, le evidenze raccolte mostrano un sistema di gestione del patrimonio caratterizzato da un progressivo rafforzamento dei presidi procedurali e di controllo, pur in un contesto che richiede interventi strutturali di natura straordinaria per il completo allineamento tra consistenza fisica dei beni, inventario e contabilità.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento all'Azione oggetto di verifica, il Gruppo di Lavoro rappresenta che, nel corso dell'audit, sono state esaminate le attività poste in essere dall'Azienda a presidio della gestione del patrimonio e del relativo allineamento con le evidenze contabili. In tale contesto, pur prendendo atto delle iniziative già avviate dalle Strutture competenti e dello sforzo profuso nel dare riscontro alle richieste di ricognizione patrimoniale, l'Internal Audit ha evidenziato la necessità di consolidare e rendere strutturali taluni presidi di controllo, al fine di garantire la piena affidabilità delle informazioni patrimoniali e contabili.

In particolare, nel corso delle interlocuzioni con le Strutture auditate, l'Internal Audit ha rappresentato la necessità di:

- proseguire e sistematizzare le attività di ricognizione del patrimonio presso tutte le macrostrutture aziendali, assicurando il pieno coinvolgimento dei consegnatari dei beni e la regolare effettuazione dei controlli periodici, anche ai fini del completamento delle attività di bonifica delle etichette inventariali dei cespiti acquisiti in esercizi antecedenti e dell'allineamento delle informazioni relative ai beni fisicamente ubicati in una struttura ma associati a Centri di Costo differenti;
- completare le attività di analisi e verifica riferite alle annualità pregresse, finalizzate alla ricostruzione della consistenza patrimoniale, alla verifica dell'esistenza e dello stato di utilizzo dei cespiti e alla corretta valutazione del trattamento contabile dei beni completamente ammortizzati ma ancora in uso, evidenziando come tali approfondimenti risultino necessari per le successive valutazioni di bilancio;
- proseguire nel percorso di allineamento tra libro cespiti e contabilità generale, attraverso la predisposizione e l'aggiornamento di tabelle di raccordo, quale presupposto necessario per garantire la coerenza tra patrimonio fisico, inventario e dati contabili;
- rafforzare i presidi di controllo in materia di ammortamenti e sterilizzazioni, valorizzando in modo strutturato le informazioni disponibili a sistema e riducendo progressivamente il ricorso a elaborazioni extracontabili, al fine di assicurare una rappresentazione contabile corretta e verificabile;
- completare l'analisi delle fattispecie riconducibili a manutenzioni straordinarie e a immobilizzazioni non ancora collaudate, rendendo necessaria una chiara definizione delle poste da capitalizzare e del relativo trattamento contabile.

Nel complesso, gli indirizzi formulati dall'Internal Audit sono stati orientati a rappresentare le esigenze di rafforzamento dei controlli e di completamento dei processi già avviati, accompagnando l'Azienda in un percorso di progressivo consolidamento delle evidenze patrimoniali e contabili, coerente con la complessità organizzativa e con lo stato di avanzamento delle attività in corso.

Azione D4.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D4.1 e D.4.3"

Verifica di follow - up del 02/12/2025 -
UOC Approvvigionamenti - UOC Progettazione e Manutenzioni

Sintesi Audit: Con riferimento al processo di programmazione degli investimenti e, in particolare, al Programma Triennale degli acquisti di beni e servizi 2024-2026, adottato con deliberazione n. 77 del 22.01.2024, nel corso delle attività di audit è emerso che la predisposizione del Piano è avvenuta nel rispetto delle modalità operative previste dalla procedura aziendale vigente.

In particolare, i referenti aziendali hanno rappresentato che la definizione del fabbisogno è stata effettuata sulla base delle richieste formalmente trasmesse dalle strutture aziendali competenti, a seguito di specifiche sollecitazioni curate dalla UOC oggetto di verifica; nei casi di mancato riscontro, il fabbisogno è stato determinato facendo riferimento ai dati di consumo storico disponibili a sistema, in coerenza con quanto previsto dalla procedura in termini di continuità della programmazione.

A supporto di quanto rappresentato, sono state acquisite le comunicazioni inviate dall'UOC Approvvigionamenti alle articolazioni aziendali per la rilevazione dei fabbisogni, unitamente ai riscontri pervenuti e ai prospetti riepilogativi elaborati ai fini della stesura del Programma.

Dalle interlocuzioni svolte è, inoltre, emerso che, in fase di predisposizione del Programma Triennale 2024-2026, sono intervenute variazioni organizzative connesse all'attivazione di ulteriori strutture aziendali ospedaliere previste dall'ultimo Atto Aziendale, inizialmente non ricomprese nella prima stima dei fabbisogni. Tali circostanze hanno reso necessario procedere a richieste integrative rispetto alla programmazione originaria, sottoposte alla valutazione della Direzione Strategica e opportunamente rappresentate nel provvedimento deliberativo di adozione del Piano.

Con riferimento al monitoraggio dell'attuazione della programmazione, i referenti aziendali hanno rappresentato che la procedura aziendale prevede la predisposizione di verifiche periodiche, con cadenza semestrale, mediante l'elaborazione di specifici report estratti dal sistema amministrativo-contabile, finalizzati alla rilevazione degli eventuali scostamenti tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato. Tale attività, alla data della verifica, non risultava ancora avviata in quanto

connessa all'adozione della nuova procedura aziendale, formalizzata con deliberazione n. 1598 del 17.10.2023.

Per quanto attiene, invece, alla programmazione degli interventi di natura edilizia, è stata acquisita la documentazione relativa al Programma Triennale dei lavori pubblici 2025-2027, dalla quale emerge la pianificazione di n. 37 interventi, con indicazione delle relative stime di costo, a conferma dell'avvenuto avvio di un processo strutturato di pianificazione degli investimenti infrastrutturali.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Alla luce degli elementi rilevati, la funzione di Internal Audit ha rappresentato alle strutture auditate la necessità di:

- garantire, in modo sistematico e completo, la trasmissione delle Relazioni sui fabbisogni da parte di tutte le articolazioni aziendali competenti, nel rispetto delle tempistiche e dei contenuti previsti dalla procedura, al fine di ridurre il ricorso al dato storico quale unico parametro di stima;
- rafforzare il coinvolgimento delle macrostrutture aziendali nel processo di programmazione degli investimenti, assicurando la piena responsabilizzazione dei Direttori delle Articolazioni Aziendali in ordine alla completezza, coerenza e attendibilità delle informazioni trasmesse;
- rendere pienamente operativo il sistema di monitoraggio periodico previsto dalla procedura aziendale, attraverso l'elaborazione di report semestrali finalizzati alla verifica degli scostamenti tra programmazione e realizzazione, quale strumento necessario per il presidio del processo e per il supporto alle decisioni della Direzione Strategica;
- assicurare la tracciabilità e la formalizzazione delle variazioni intervenute rispetto alla programmazione originaria, con particolare riferimento alle richieste extra-programma, garantendo la coerenza con le fonti di finanziamento individuate e con gli equilibri complessivi di bilancio;
- consolidare l'integrazione informativa tra le strutture coinvolte nel processo di pianificazione degli investimenti (Approvvigionamenti, Progettazione e Manutenzioni, Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari, Bilancio e Controllo di Gestione), al fine di garantire l'allineamento tra fabbisogni rilevati, programmazione triennale e capacità finanziaria dell'Azienda.

Azione D5.4 "Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto."

Verifica di follow - up del 02/12/2025

UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Gestione del Patrimonio

UOC Progettazioni e Manutenzioni

Sintesi Audit: Con riferimento all'Azione D5.4, nel corso della verifica di follow-up è emerso che l'Azienda ha avviato un percorso strutturato di monitoraggio finalizzato alla corretta individuazione e contabilizzazione dei cespiti acquisiti con finanziamenti di terzi, in coerenza con quanto previsto dalla procedura dell'Area D.

In particolare, i referenti dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari hanno rappresentato l'utilizzo di un modello di rendicontazione extracontabile, con cadenza trimestrale, finalizzato alla ricostruzione delle informazioni pregresse e al controllo delle assegnazioni rispetto alle risorse autorizzate, distinguendo le spese già sostenute da quelle ancora da realizzare. Tale modello consente di disporre di una base informativa strutturata, funzionale alla corretta determinazione delle quote da sterilizzare e al progressivo allineamento con le evidenze contabili.

È stato altresì rappresentato che l'attività in corso è orientata a ricostruire puntualmente la situazione al 2024, tenendo conto delle criticità storiche legate alla non sempre univoca identificazione degli acquisti effettuati con fondi di terzi, che nel pregresso non risultavano pienamente governate.

Con riferimento ai progetti finanziati a valere su fondi PNRR, è stato evidenziato che le eventuali economie vengono destinate alla copertura di spese propedeutiche ai progetti stessi, non ricomprese nei quadri economici originari, attualmente imputate a fondi aziendali. Tale fattispecie risulta adeguatamente presidiata mediante l'utilizzo di specifiche chiavi contabili dedicate.

Nel corso delle interlocuzioni è stata inoltre rappresentata la necessità di un supporto amministrativo dedicato a supporto delle attività di rendicontazione, in considerazione della complessità dei flussi informativi e della pluralità dei soggetti coinvolti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Nel dare atto delle attività avviate, l'Internal Audit ha rappresentato alle Strutture coinvolte la necessità di consolidare e rendere strutturali i presidi di controllo già attivati, in particolare:

- garantire il pieno raccordo tra le informazioni extracontabili prodotte ai fini della rendicontazione dei progetti e le rilevazioni del sistema amministrativo-contabile, quale presupposto necessario per una corretta determinazione degli importi da sterilizzare;
- proseguire nel percorso di rafforzamento dei flussi informativi relativi al costo del personale che insiste sui progetti, anche in considerazione delle attuali limitazioni di natura sistemica, assicurando comunque la continuità della contabilizzazione attraverso i meccanismi di raccordo già in uso;
- consolidare la mappatura dei Referenti Scientifici dei progetti quale elemento necessario per assicurare la chiara individuazione delle responsabilità in materia di rendicontazione dei costi sostenuti;
- proseguire nell'utilizzo sistematico delle chiavi contabili dedicate, in particolare per i progetti finanziati con fondi PNRR, al fine di garantire la tracciabilità delle risorse e la corretta imputazione delle spese correlate.

Nel complesso, le attività rilevate evidenziano un percorso di progressivo rafforzamento del monitoraggio e della contabilizzazione dei cespiti finanziati con fondi di terzi, coerente con le previsioni procedurali e orientato al superamento delle criticità storiche emerse nel progresso.

In relazione alle raccomandazioni formulate in sede di audit in merito all'istituzione di un tavolo tecnico finalizzato al recupero del debito informativo, anche con riferimento alle linee di finanziamento migrate nel sistema AREAS, dall'inquiry successiva è emerso che, pur non risultando ancora formalmente istituito il suddetto tavolo, la UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari ha avviato specifiche attività propedeutiche. In particolare, la struttura ha proceduto alla mappatura dei Referenti Scientifici e ha richiesto agli stessi l'indicazione dei contributi residui effettivamente disponibili per ciascuna linea di finanziamento.

Tuttavia, l'attività di ricognizione dei residui afferenti ai contributi PSN, con particolare riferimento alle linee di finanziamento più risalenti, non risulta allo stato attuale conclusa.

Nel corso del confronto, i referenti della UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari hanno inoltre individuato, quale possibile ambito di miglioramento rispetto alle criticità riscontrate, l'opportunità di prevedere, per ciascun progetto in essere, l'individuazione di un referente amministrativo dedicato, con responsabilità prevalente in materia di rendicontazione puntuale dei costi sostenuti. Tale impostazione è stata valutata favorevolmente in quanto funzionale al rafforzamento dei presidi di controllo e alla riduzione delle criticità di imputazione e rendicontazione.

Infine, è stata ribadita la necessità di strutturare un momento stabile di coordinamento tra Referenti Scientifici e strutture competenti, attraverso l'istituzione di un tavolo tecnico con cadenza periodica, finalizzato al monitoraggio delle attività progettuali e al progressivo recupero del debito informativo, inclusivo delle linee di finanziamento migrate nel sistema AREAS, al fine di garantire una corretta e puntuale valutazione dei residui per linea progettuale e delle relative economie.

AREA CREDITI E RICAVI

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

Verifica di follow - up del 02/12/2025 - UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Per quanto riguarda HeroCup, da inquiry emerge che la completa integrazione non risulta ancora avviata.

Ad oggi, si rappresenta che i ricavi vengono caricati massivamente in contabilità ad ogni chiusura di cassa, mentre, i ricavi provenienti da prestazioni rese in regime di ALPI, vengono caricati analiticamente in conti di ricavo separati, mediante l'estrazione di un file excel effettuata dalla SW e caricato dall'UOC Bilancio e Programmazione.

Tale scrittura analitica, per fattura, delle prestazioni rese in regime di ALPI si è resa necessaria anche al fine di verificare il rispetto del Regolamento e delle norme vigenti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: In relazione all'Azione oggetto di verifica, si rileva che la procedura non risulta pienamente **attuata**, in quanto la completa integrazione tra il sistema HeroCUP e il sistema contabile AREAS non risulta, allo stato, ancora attivata.

Pur in tale contesto, l'Azienda ha adottato **misure compensative** idonee a garantire la tracciabilità e la corretta rilevazione dei ricavi; tuttavia, al fine di assicurare una piena e strutturale conformità alla procedura, la funzione di Internal Audit ha **rappresentato**:

- **necessità di formalizzare e stabilizzare** le modalità operative extracontabili attualmente adottate, assicurando che le stesse siano disciplinate da istruzioni operative condivise tra le strutture coinvolte, nelle more dell'integrazione applicativa;
- **necessità di garantire continuità e sistematicità** nelle attività di riconciliazione tra i dati estratti dal sistema HeroCUP e le registrazioni effettuate in contabilità generale, con evidenza documentale delle verifiche effettuate;
- **necessità di mantenere la contabilizzazione analitica** dei ricavi derivanti da prestazioni rese in regime di ALPI su conti dedicati, quale presidio indispensabile per la verifica del rispetto della normativa vigente e del Regolamento aziendale;
- **necessità di assicurare la piena estraibilità del dato analitico** anche per le prestazioni contabilizzate in modalità massiva, al fine di consentire eventuali controlli a campione e verifiche di dettaglio da parte delle funzioni di controllo;
- **necessità di proseguire il percorso di integrazione dei sistemi informativi**, quale soluzione strutturale finalizzata a ridurre il rischio operativo e a rafforzare l'affidabilità del processo di rilevazione dei ricavi.

La funzione di Internal Audit, pertanto, ha **raccomandato** di proseguire nelle attività già avviate, rafforzando i presidi di controllo esistenti e assicurando un costante allineamento informativo, in attesa del completamento dell'integrazione tra i sistemi.

Alla luce delle evidenze acquisite, si rappresenta che la procedura risulta applicata mediante assetti operativi transitori, idonei a garantire il presidio del processo e la verificabilità delle informazioni, nelle more del completamento dell'integrazione applicativa prevista.

Azione F6.2

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

Verifiche di follow-up del 13/11/2025 e del 02/12/2025

UOC Bilancio e Programmazione – UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Sintesi Audit: Nel corso delle verifiche di follow-up è stato analizzato il sistema di gestione e monitoraggio dei contributi vincolati e finalizzati afferenti a specifiche linee di finanziamento, con particolare riferimento a Piano Sanitario Nazionale (PSN), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Energia e Sostenibilità (PNES).

L'analisi ha riguardato le principali tipologie di costi sostenuti nell'ambito dei progetti finanziati, riconducibili a:

- acquisti di beni di consumo, cespiti e servizi;
- personale con contratto di lavoro autonomo o libero professionale;

- personale dipendente che insiste sui progetti.

Dalle verifiche emerge una netta distinzione tra la gestione delle partite pregresse e quella delle partite correnti.

Con riferimento agli esercizi precedenti, gli acquisti non erano centralizzati presso un'unica struttura e non erano gestiti tramite strumenti di tracciabilità basati su chiavi contabili. Tale assetto non consente di garantire, per il pregresso, una completa e puntuale identificazione della fonte di finanziamento e, conseguentemente, la piena sterilizzazione dei costi.

Inoltre, la rendicontazione da parte dei Referenti Scientifici non risultava strutturata, determinando il ricorso a modalità di ricostruzione extracontabile, mediante confronti massivi tra fatture, entrate merci e collaudi.

Diversamente, per le partite correnti, **le verifiche hanno evidenziato un rafforzamento significativo del presidio del processo.** Gli acquisti di beni, cespiti e servizi sono oggi gestiti centralmente dall'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari e, in sede di ordine, è indicata la specifica fonte di finanziamento, consentendo l'alimentazione della chiave contabile nel sistema AREAS e l'estrazione delle informazioni a fini di monitoraggio e rendicontazione. Permane, tuttavia, la necessità di rafforzare ulteriormente il sistema, considerato che i campi informativi che alimentano la chiave contabile non risultano ad oggi bloccanti.

Con riferimento alla gestione del personale che insiste sui progetti finanziati, si prende atto che il dato complessivo è estratto dal Dipartimento Risorse Umane e trasmesso con cadenza trimestrale all'UOC Bilancio e Programmazione, che provvede alla contabilizzazione. Tuttavia, la mancata completa bonifica dell'anagrafica del personale sul portale WHR non consente ancora una contabilizzazione analitica delle poste di personale riferite ai singoli progetti, ai fini della puntuale determinazione degli importi da sterilizzare.

Ulteriori criticità emerse attengono alla rendicontazione dei residui di finanziamento, in particolare PSN, con casi di imputazione non coerente dei costi tra differenti progetti e CUP, nonché alla presenza di progetti riconducibili a più Referenti Scientifici.

Criticità e Raccomandazioni formulate dalla funzione di Internal Audit: Alla luce delle evidenze emerse nel corso delle verifiche, la funzione di Internal Audit ha rappresentato la necessità di:

- rendere strutturale e costantemente aggiornata la mappatura dei Referenti Scientifici dei progetti, quale presupposto essenziale per l'attribuzione delle responsabilità in materia di rendicontazione dei costi sostenuti con fondi vincolati;
- consolidare il sistema di monitoraggio dei contributi finanziati da terzi, assicurando un raccordo sistematico tra le informazioni extracontabili e le rilevazioni contabili, con particolare riferimento alle linee di finanziamento migrate nel sistema AREAS;
- completare le attività di ricognizione dei residui di finanziamento, in particolare per le linee PSN più risalenti, al fine di pervenire a una corretta rappresentazione delle somme assegnate, utilizzate e non utilizzate;
- rafforzare il coinvolgimento dei Referenti Scientifici nel processo di rendicontazione, assicurando un flusso informativo continuo e strutturato tra gli stessi e le strutture amministrative competenti;
- proseguire il percorso di rafforzamento dei presidi di controllo sul dato di personale che insiste sui progetti, anche al fine di consentire, una volta completate le attività propedeutiche, una contabilizzazione sempre più analitica delle relative poste.

In tale contesto, si prende atto che l'Azienda ha già avviato significative azioni di razionalizzazione e presidio del processo, in coerenza con le previsioni dell'Azione F6.2, e che le attività in corso risultano finalizzate al progressivo superamento delle criticità connesse alla gestione del pregresso e al consolidamento del sistema di monitoraggio per le annualità correnti.

AREA PATRIMONIO NETTO

Azione H1.3 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1"

Verifica di follow - up del 02/12/2025

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Gestione del Patrimonio

UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

UOC Progettazione e Manutenzioni

Sintesi Audit: Nel corso della riunione di audit, il Gruppo di Lavoro ha ricondotto l'attività di monitoraggio prevista dall'Azione in oggetto alla verifica dell'effettiva applicazione dei presidi procedurali finalizzati ad assicurare, in sede di predisposizione dei Conti Economici trimestrali e del consuntivo, comprensivi delle informazioni di Stato Patrimoniale, una corretta, completa e coerente alimentazione del sistema amministrativo-contabile.

In tale ambito, è stato rappresentato che il controllo deve essere svolto in contraddittorio tra le Strutture competenti alla gestione degli acquisti di beni, servizi, cespiti e del costo del personale, mediante verifiche incrociate finalizzate a riscontrare:

- la qualità, completezza e correlazione dei dati registrati nel sistema amministrativo-contabile lungo l'intero ciclo passivo, dall'origine dell'obbligazione sino alla liquidazione;
- la coerenza tra le risultanze contabili presenti nel sistema AREAS e le informazioni detenute dai centri ordinanti;
- l'assenza di duplicazioni di costi derivanti da disallineamenti tra fatture ricevute, entrate merci/attestazioni di servizio e registrazioni contabili;
- la corretta determinazione del conto "Fatture da ricevere", mediante analisi degli ordini, delle entrate merci, delle attestazioni di servizio e delle date di collaudo dei cespiti;
- il rispetto del principio di competenza economica dei costi.

Nel corso dell'audit, il referente della Software House ha comunicato che è stato rielaborato il tabulato di riconciliazione extracontabile, finalizzato al confronto sistematico tra ordini, entrate merci/attestazioni di servizio e fatture, per tutte le tipologie di acquisto, al fine di rappresentare in maniera maggiormente aderente le informazioni effettivamente presenti nel sistema.

È stato evidenziato che l'attività di rielaborazione ha presentato profili di complessità, in quanto una prima estrazione ha restituito dati incompleti; successive verifiche condotte a campione, in collaborazione con le Strutture competenti, hanno consentito di superare tali criticità e di rendere il tabulato effettivamente estraibile dal sistema AREAS.

Criticità - Raccomandazioni formulate dalla funzione I.A.: In relazione alle attività di controllo oggetto di verifica, la funzione di Internal Audit ha rilevato che l'efficacia dei presidi di monitoraggio risulta strettamente dipendente dalla preventiva, completa e tempestiva alimentazione del sistema amministrativo-contabile da parte di tutti i soggetti coinvolti nei processi di competenza.

Nel corso dell'audit, la funzione I.A. ha pertanto richiamato la necessità che l'attività di controllo in contraddittorio tra le Strutture competenti sia svolta in modo strutturato e formalizzato, anche mediante l'utilizzo sistematico della reportistica di riconciliazione implementata, al fine di garantire verifiche periodiche, documentate e tracciabili.

In particolare, è stato rappresentato che tali controlli devono consentire di:

- presidiare la qualità e la completezza dei dati registrati a sistema;
- verificare la coerenza tra le risultanze contabili e le informazioni detenute dai centri ordinanti;
- intercettare tempestivamente eventuali duplicazioni di costi;
- garantire la corretta determinazione del conto "Fatture da ricevere";
- assicurare il rispetto del principio di competenza economica dei costi.

Tali aspetti sono stati oggetto di specifico richiamo da parte della funzione di Internal Audit, in quanto funzionali a garantire l'affidabilità del sistema informativo-contabile e la corretta rappresentazione dei dati di bilancio.

Azione H2.4 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Verifica di follow - up del 02/12/2025 -
UOC Bilancio e Programmazione - UOC Gestione del Patrimonio

Sintesi Audit: Con riferimento all'allineamento del libro cespiti con la contabilità generale, le Strutture competenti hanno rappresentato che è attualmente in corso il bilanciamento del fondo ammortamento al 2024, mentre risultano ancora in fase di completamento le attività di quadratura relative alle sterilizzazioni.

È stato evidenziato che una ricognizione estesa agli esercizi precedenti ha consentito di conseguire significative quadrature per il periodo 2017-2024, durante il quale sono emerse talune criticità di natura tecnica connesse alla determinazione delle quote di ammortamento e dei relativi fondi.

Nel medesimo contesto, è stata effettuata un'attività di transcodifica delle classi merceologiche e delle aliquote di ammortamento, con ricondotta dei valori di carico al costo storico risultante dal libro cespiti e successiva quadratura con i conti di bilancio, al fine di garantire l'allineamento tra valori patrimoniali e fondi ammortamento.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: La funzione di Internal Audit ha rilevato la **necessità di completare e formalizzare** le attività di ricognizione e allineamento del libro cespiti con la contabilità generale, assicurando la piena quadratura dei fondi ammortamento e delle sterilizzazioni.

Si è evidenziata altresì la **necessità di individuare in modo strutturato le responsabilità e le modalità operative di controllo**, in coerenza con quanto previsto dalla procedura, al fine di garantire nel tempo il corretto, completo e tempestivo presidio del processo patrimoniale.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare il rispetto della procedura ed in particolare la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget, certificazioni varie ecc., con predisposizioni di relativi report delle risultanze delle verifiche"

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

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

Verifica di follow - up del 02/12/2025

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Approvvigionamenti

UOC Progettazione e Manutenzioni

UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Sintesi Audit: Nel corso della verifica di follow-up, il Gruppo di Lavoro ha analizzato l'assetto dei controlli posti in essere a presidio del ciclo passivo, con particolare riferimento alle attività di verifica periodica finalizzate ad assicurare, in sede di predisposizione dei Conti Economici infrannuali e del consuntivo di esercizio (comprensivi delle informazioni di Stato Patrimoniale), la correttezza, completezza e attendibilità dei dati alimentati nel sistema amministrativo-contabile.

Dall'analisi condotta è emerso che l'impostazione del sistema dei controlli è orientata allo svolgimento di verifiche in contraddittorio tra le Strutture aziendali competenti alla gestione degli acquisti di beni, servizi e cespiti, nonché alla gestione del costo del personale, al fine di presidiare in modo coordinato le diverse fasi del ciclo passivo, dalla genesi dell'obbligazione sino alla liquidazione della spesa.

In tale ambito, le verifiche risultano indirizzate a riscontrare:

- la **qualità e l'affidabilità dei dati inseriti a sistema**, mediante il controllo della completezza delle registrazioni e della corretta correlazione tra gli eventi gestionali (ordini, entrate merci/attestazioni di servizio, collaudi e fatture), funzionali alla corretta rappresentazione contabile delle operazioni;
- la **coerenza tra le risultanze contabili del sistema AREAS e le informazioni detenute dai centri ordinanti**, al fine di intercettare eventuali partite non correttamente acquisite o non ancora integrate nel sistema;
- la **presenza di potenziali duplicazioni di costo**, con particolare riferimento alle fattispecie connesse alla gestione delle fatture da ricevere e alle fatture liquidate in assenza delle necessarie evidenze di entrata merce o attestazione di servizio;
- la **corretta determinazione del conto "Fatture da ricevere"**, attraverso l'analisi sistematica degli ordini emessi, delle entrate merci, delle attestazioni di servizio e delle date di collaudo dei cespiti per i quali, alla data di chiusura, non risultano pervenuti i documenti fiscali;
- la **corretta imputazione temporale dei costi**, mediante la verifica della competenza economica in relazione agli stati di avanzamento delle forniture, dei servizi e delle opere.

Nel corso della riunione è stato rappresentato che, anche in esito alle criticità emerse nelle precedenti verifiche, è stata effettuata una **rielaborazione del tabulato di riconciliazione extracontabile**, finalizzato al confronto sistematico tra ordini, entrate merci/attestazioni di servizio e fatture, esteso a tutte le tipologie di acquisto gestite dall'Azienda.

Tale attività di rielaborazione ha comportato un approfondito riesame delle modalità di estrazione dei dati dal sistema amministrativo-contabile. In particolare, una prima elaborazione aveva restituito informazioni parziali e non pienamente coerenti con le evidenze operative; successivamente, mediante verifiche puntuali condotte a campione con le Strutture competenti, le anomalie riscontrate sono state progressivamente risolte, consentendo l'estrazione dal sistema AREAS di un prospetto di riconciliazione idoneo a rappresentare in modo attendibile e completo i dati effettivamente presenti a sistema.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: In relazione al sistema dei controlli analizzato, la funzione di Internal Audit rilevava che l'efficacia delle verifiche periodiche svolte in contraddittorio tra le Strutture aziendali risulta **necessariamente subordinata alla preventiva, completa e tempestiva alimentazione del sistema amministrativo-contabile** da parte di tutti i soggetti coinvolti nei processi del ciclo passivo.

Alla luce di quanto emerso, la funzione I.A. ha formulato alle Strutture auditate le seguenti **raccomandazioni**, finalizzate al rafforzamento e alla stabilizzazione del sistema dei controlli:

- **necessità di proseguire e consolidare le attività di sensibilizzazione interna**, affinché tutte le Strutture competenti assicurino un corretto e tempestivo inserimento a sistema delle informazioni di propria pertinenza, con particolare riferimento alle fasi di autorizzazione della spesa, emissione degli ordini, attestazione delle forniture e gestione delle fatture;
- **necessità di rendere strutturale e formalizzata l'attività di controllo periodico**, prevedendo una cadenza almeno trimestrale delle verifiche in contraddittorio tra le Strutture coinvolte nel ciclo passivo, in coerenza con le esigenze informative connesse alla redazione dei Conti Economici infrannuali e del bilancio di esercizio;
- **necessità di utilizzare in modo sistematico la reportistica di riconciliazione implementata**, quale strumento ordinario di presidio del ciclo passivo, finalizzato:
 - alla verifica della qualità e completezza dei dati presenti a sistema;
 - al riscontro della coerenza tra dati contabili e informazioni operative detenute dai centri ordinanti;
 - all'individuazione tempestiva di eventuali duplicazioni di costi;
 - alla corretta determinazione delle partite iscritte nel conto "Fatture da ricevere";
 - alla verifica della corretta imputazione per competenza economica dei costi;
- **necessità di formalizzare gli esiti delle verifiche effettuate**, mediante la predisposizione di report periodici delle risultanze, idonei a documentare i controlli svolti e a supportare le valutazioni contabili in sede di chiusura infrannuale e annuale.

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

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

Verifica di follow - up del 18/11/2025 - UOC Bilancio e Programmazione - UOC Legale

Sintesi Audit: Nel corso dell'attività di audit sono stati analizzati i principali processi afferenti alla gestione dei contenziosi e dei correlati fondi rischi, come disciplinati dalla Procedura aziendale di riferimento.

Dall'analisi documentale è emerso che, pur in presenza di presidi di controllo già attivati e operativi, taluni processi necessitano di ulteriore rafforzamento e sistematizzazione, al fine di garantirne una piena e stabile integrazione nel sistema di controllo interno aziendale.

In particolare, sono stati oggetto di analisi i seguenti ambiti:

- **Rubricazione e classificazione dei contenziosi**, con attribuzione dei fascicoli ai legali competenti: il processo di rubricazione costituisce la base informativa per la gestione del contenzioso e per l'alimentazione dei fondi rischi; tuttavia, è emersa la necessità di un ulteriore rafforzamento della completezza e dell'uniformità delle informazioni contenute, nonché di una più strutturata tracciabilità delle movimentazioni e degli aggiornamenti nel tempo.
- **Valutazione periodica del rischio di soccombenza**, con distinzione tra rischio probabile, possibile e remoto: la classificazione del rischio risulta effettuata, ma necessita di un maggiore grado di standardizzazione metodologica e di una più puntuale formalizzazione dei criteri valutativi adottati, al fine di garantire omogeneità di trattamento e coerenza con le previsioni procedurali.
- **Aggiornamento trimestrale dei fondi rischi**, sulla base delle informazioni trasmesse dall'UOC Legale all'UOC Bilancio e Programmazione: l'aggiornamento periodico dei fondi risulta avviato, ma l'analisi ha evidenziato alcune complessità connesse alla modalità di rappresentazione contabile, prevalentemente per masse, che limita la piena riconducibilità delle movimentazioni al singolo contenzioso.
- **Raccordo informativo tra UOC Legale, UOC Bilancio e Programmazione e le altre Strutture aziendali coinvolte**, finalizzato a prevenire duplicazioni di costi e a garantire la corretta imputazione contabile degli oneri: il raccordo informativo risulta attuato attraverso interlocuzioni operative, ma non ancora formalizzato in un flusso strutturato e tracciabile, con conseguente rischio residuo di duplicazioni contabili o di disallineamenti informativi.
- **Ricognizione straordinaria analitica dei fondi rischi**, con riallineamento dei valori contabili: l'attività di ricognizione straordinaria ha consentito un significativo riallineamento dei fondi rischi e il rilascio di accantonamenti non più coerenti con l'effettivo rischio;

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: In coerenza con quanto sopra, la Funzione di Internal Audit ha raccomandato il **consolidamento delle seguenti azioni già attivate:**

1. **Formalizzazione del processo di verifica degli accantonamenti**, rendendo strutturato e formalizzato il processo di verifica già instaurato tra le strutture oggetto di verifica, finalizzato a intercettare gli accantonamenti riferiti a fatture già presenti in contabilità; assicurare la tracciabilità delle verifiche effettuate, al fine di prevenire stabilmente il rischio di duplicazione dei costi in bilancio.
2. **Rafforzamento della contabilizzazione analitica dei fondi rischi**
 - Consolidare, in sede di chiusura del bilancio al 31.12.2024, la rilevazione delle movimentazioni dei fondi rischi secondo una logica analitica, per singolo contenzioso e per natura dell'esborso;
 - Valutare, di concerto con la SW, soluzioni applicative che consentano una gestione strutturata delle posizioni ricomprese nei fondi rischi e una possibile integrazione con il sistema amministrativo-contabile.
3. **Consolidamento del coordinamento interstrutturale sulle ordinanze giudiziarie**
 - Strutturare momenti di interlocuzione periodica tra UOC Legale e UOC Bilancio e Programmazione finalizzati all'analisi delle fatture pagate in esecuzione di ordinanza per le quali risulti un sospenso di cassa;
 - Rafforzare il monitoraggio delle relative partite fino alla completa regolarizzazione contabile, assicurando coerenza tra pagamenti, utilizzo dei fondi e scritture di bilancio.

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

Verifica di follow - up del 13/11/2025

UOC Bilancio e Programmazione

UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

Dipartimento Risorse Umane

Sintesi Audit: Con riferimento ai **costi del personale imputabili ai progetti aziendali**, il Gruppo di Lavoro ha esaminato le modalità di rilevazione, rendicontazione e sterilizzazione degli stessi, tenuto conto dell'attuale **assenza di integrazione tra il sistema gestionale di riferimento e il sistema amministrativo-contabile**. L'analisi ha consentito di ricostruire i processi operativi in essere e di individuare specifici profili di miglioramento connessi alla qualità e completezza del flusso informativo necessario alla corretta imputazione contabile dei costi.

Per quanto riguarda il personale libero professionale afferente ai progetti, la Responsabile dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari ha rappresentato che i rapporti di lavoro libero-professionale afferenti ai progetti non sono gestiti direttamente dalla Struttura, ma risultano in capo ai **referenti scientifici dei singoli progetti**, che provvedono alla relativa attivazione e rendicontazione.

Dall'analisi svolta è emerso che le principali criticità attengono alla **mancata standardizzazione delle modalità di rendicontazione** da parte dei referenti scientifici. In particolare, in diversi casi:

- i contratti non risultano correttamente qualificati come finanziati da fondi di terzi;
- viene indicata una fonte di finanziamento non coerente con la linea progettuale di riferimento.

Per tali rapporti, la sterilizzazione dei costi avviene mediante l'estrazione della **chiave contabile**, la cui efficacia risulta tuttavia subordinata alla **corretta compilazione degli ordini e delle informazioni di finanziamento** da parte dei referenti di progetto.

Con riferimento alle annualità pregresse, è stato rappresentato che, in assenza di un sistema amministrativo strutturato e di una codifica univoca delle linee di finanziamento, la determinazione delle sterilizzazioni è stata effettuata **in via extracontabile**, attraverso analisi manuali delle fatture e delle correlate determine o delibere. Tale modalità operativa ha comportato **elevate complessità operative**, in quanto non automatizzata.

Per quanto concerne il personale dipendente afferente ai progetti, sia con riferimento alle annualità pregresse sia all'esercizio corrente, le principali criticità rilevate risultano riconducibili alla **gestione delle anagrafiche del personale**, che devono riportare in modo puntuale l'indicazione del progetto di riferimento.

È stato rilevato che, qualora tale informazione non risulti correttamente alimentata nei sistemi di riferimento, la stessa non risulta disponibile ai fini della sterilizzazione dei costi. In tali casi, le sterilizzazioni vengono effettuate sulla base di un **file elaborato con cadenza trimestrale dal Dipartimento Risorse Umane**, mediante estrazione dei dati dal sistema WHR, valorizzando i costi del personale in funzione delle informazioni anagrafiche e dei progetti associati.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Dalle attività di inquiry e dall'analisi documentale è emerso che **non risulta strutturata un'attività sistematica di verifica delle anagrafiche del personale dipendente**, finalizzata a individuare eventuali profili impiegati su specifici progetti ma non correttamente censiti nel sistema WHR. In merito a tale aspetto, si rinvia alle conclusioni della riunione congiunta del 2 dicembre 2025.

Al fine di rafforzare il presidio informativo e consolidare la corretta imputazione dei costi progettuali, la Funzione I.A. ha evidenziato la necessità di:

- strutturare un **momento di coordinamento periodico**, con cadenza almeno trimestrale, tra i referenti scientifici dei progetti e le Strutture coinvolte (UOC SGPS, Dipartimento Risorse Umane, UOC Bilancio e Programmazione), con il coinvolgimento della UOC Affari Generali per la trasmissione delle delibere e convenzioni relative al personale impiegato sui progetti;

- recuperare progressivamente il **debito informativo** afferente alle linee di finanziamento, incluse quelle migrate nel sistema AREAS, al fine di consentire una corretta valutazione dei residui per singola linea progettuale e delle relative economie.

In particolare, tale coordinamento risulta funzionale a:

- identificare in modo puntuale i nominativi del personale dipendente afferente ai progetti;
- verificare e aggiornare le anagrafiche del personale ai fini della corretta imputazione contabile;
- riesaminare, ove necessario, i valori dei costi oggetto di sterilizzazione;
- effettuare una ricognizione dei rapporti di lavoro autonomo e degli acquisti di beni, servizi e cespiti riferiti alle annualità pregresse, con l'obiettivo di ricostruire in modo analitico il pregresso;
- definire un **sistema strutturato di monitoraggio e rendicontazione** per il periodo corrente, idoneo a consolidare le riconciliazioni già effettuate e a prevenire il ripetersi delle criticità riscontrate.

E' stato raccomandato di avviare specifiche interlocuzioni con la **Software House**, finalizzate all'implementazione di una reportistica dedicata a sistema, da utilizzare in fase di predisposizione dei Conti Economici trimestrali e del consuntivo annuale. Tale attività di controllo, da svolgersi in contraddittorio tra le Strutture competenti, risulterebbe funzionale a garantire una corretta, completa e tempestiva alimentazione del sistema amministrativo-contabile e a una più puntuale identificazione dei residui per singola linea di finanziamento.

Con riferimento all'ipotesi di istituzione di un tavolo tecnico dedicato al recupero del debito informativo, è emerso che, pur non risultando formalmente istituito, che la Struttura oggetto di verifica ha avviato una **mappatura dei referenti scientifici**, richiedendo agli stessi l'indicazione dei contributi residui per ciascuna linea di finanziamento. Tuttavia, l'attività di ricognizione dei residui afferenti ai contributi PSN, con particolare riferimento alle linee di finanziamento più risalenti, risulta **ancora in corso**.

Nel corso della riunione, i referenti dell'UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari hanno infine individuato, quale ulteriore ambito di miglioramento, l'opportunità di **individuare per ciascun progetto un referente amministrativo dedicato**, con responsabilità prevalente in materia di rendicontazione puntuale dei costi sostenuti.

3.2 Esito delle verifiche ordinarie

Coerentemente con quanto previsto dal Piano di Audit 2025, nel corso del II semestre 2025 sono state eseguite le seguenti verifiche ordinarie:

3.2.1 VERIFICHE ORDINARIE CON ESITO POSITIVO

Nel presente paragrafo, saranno espone in dettaglio tutte le verifiche di audit effettuate nel secondo semestre del 2025, tutte concluse con esito positivo. Durante gli interventi di audit, sono state condotte interviste con i soggetti coinvolti nelle diverse strutture organizzative sottoposte a verifica. Questi colloqui hanno permesso di esaminare approfonditamente il processo amministrativo-contabile e extracontabile, così come delineato dalle procedure aziendali in atto. L'obiettivo di tale analisi è stato quello di identificare eventuali lacune nelle procedure e/o nei processi, in modo da garantire un continuo miglioramento e una maggiore efficienza operativa all'interno dell'Azienda.

Sono state, altresì, eseguite verifiche documentali ed operative al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato da ciascuna struttura organizzativa oggetto di verifica, previa selezione casuale di un set di *items*. In seguito, sono indicate le eventuali rilevazioni di aree di miglioramento delle procedure PAC in vigore, di cui si propone altresì un riepilogo in forma tabellare (si veda "Rilevazione miglioramento procedure PAC").

➤ Rilevazione miglioramento procedure PAC

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

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

AREA GENERALE

Azione A1.3 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1"

Questionario di Audit del 25/11/2025 – UOC Coordinamento Staff Strategico

Sintesi Audit: L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, incardinata all'interno della UOC Coordinamento Staff Strategico, monitora costantemente l'emanazione di norme e raccomandazioni da parte del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale alla Salute inerenti il Sistema Qualità e aggiorna di conseguenza le procedure aziendali, sia generali che operative, in uso nell'ASP Palermo, effettuando una verifica di conformità al sistema di gestione documentale, così come descritto nella Rev.01 della PG01 adottata con Delibera n. 757 25/11/2024 "*Sistema di gestione documentale per la redazione di procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA nell'ASP di Palermo*";

Si porta ad esempio la Rev.01 della PG02 adottata con Delibera n. 1228 09/09/2025 "*Sistema di segnalazione dei rischi e degli eventi - incident reporting – (quasi eventi/near miss – eventi senza esito – eventi avversi – eventi sentinella)*" emanata alla luce della modifica dell'elenco degli eventi sentinella emanata dal Ministero della Salute; inoltre periodicamente l'UOS aggiorna il piano aziendale per il rischio sanitario come da Rev. 01 della PG04 adottata con Delibera n.1923 23/12/2025 "*Piano aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi*".

Tutti i documenti del Sistema Qualità, anche quelli clinico-assistenziali redatti sulla scorta delle Raccomandazioni Ministeriali, implementati a livello Aziendale, sono trasmessi dalla UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico alle articolazioni aziendali con nota di trasmissione tramite il Sistema di Gestione Documentale Aziendale "Akropolis", garantendo così sia la notifica di ricezione che la lista di distribuzione degli stessi; ai sensi della PG01, all'interno di ogni documento (Procedura, Istruzione Operativa, ecc) è previsto il paragrafo "*Lista di distribuzione*" che definisce in maniera chiara chi deve trasmettere il documento e con quali modalità (unità operative, servizi, funzioni, strutture, dipartimenti, presidi ospedalieri o distretti sanitari a cui deve essere formalmente inviato il documento per la sua adozione e applicazione); è inoltre previsto il paragrafo "Campo di applicazione" che specifica in quali strutture aziendali o in quali circostanze o parti del percorso clinico o attività assistenziale si applica il documento.

Dall'analisi documentale è emerso che l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico detiene un registro digitale che raccoglie tutti i documenti del Sistema Qualità adottati nell'ASP Palermo, e possiede un registro cartaceo con i documenti in originale approvati e adottati; inoltre ai sensi della PG01, all'interno di ogni documento è previsto il paragrafo "*Conservazione e Archiviazione*" dove occorre specificare il luogo di conservazione e archiviazione dei documenti per consentirne la pronta disponibilità (tali luoghi dovranno essere specificati da tutte le Macrostrutture e dalle singole Unità Operative nel relativo Registro dei documenti (nell'ambito del Dipartimento, Presidio, Distretto, Unità Operativa, Servizio, Funzione) e l'aggiornamento ed il monitoraggio di tale attività sono in capo ai Referenti Qualità e Rischio Clinico aziendali.

Inoltre, è stata attivata all'interno del Portale Intranet, accessibile solo ai dipendenti dell'ASP Palermo, una specifica sezione a cura della UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, dove vengono caricati tutti i documenti del sistema qualità: istruzioni operative, procedure generali ed operative, PDTA, Regolamenti.

Questionario di Audit del 25/11/2025 - UOC Responsabile della Trasparenza

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo. essendo stato implementato un flusso informativo derivante dall'UO Formazione per ricevere le statistiche di partecipazione ai corsi proposti in tema di corruzione e trasparenza.

Azione A5.4 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A5.1"

Questionario di Audit del 18/11/2025 – Segreteria della Direzione Generale

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

AREA IMMOBILIZZAZIONI

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

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

Questionario di Audit del 20/11/2025 – UOC Gestione del Patrimonio

Sintesi Audit: La polizza assicurativa ALL Risk Property sul patrimonio mobiliare e immobiliare è ancora attiva.

La scadenza contrattuale è prevista per il 30 novembre 2025.

È in corso un procedimento di gara per l'affidamento di servizi di copertura assicurativa per gli Enti del SSR della Regione Siciliana. L'azienda Sanitaria capofila per la gara in questione è l'ASP di Catania.

Si allega nota prot. n. 158979 del 25.03.2025 dell'Assessorato Regionale della Salute - Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica - Area 2 – Controllo di Gestione del S.S. R.

Il servizio di intermediazione affidato alla Consulbrokers S.p.A. risulta ancora attivo (poiché è stato prorogato) e la scadenza prevista è il 14.04.2026.

Si allega copia delibera n. 1566 del 05.11.2025.

Si confermano le modalità operative che sono quelle già esplicitate con le note prot. n. ASPPA/75179 del 13.07.2021, ASPPA/0044636 del 14.03.2022, prot. n. 433427 del 04.12.2023 e infine con nota prot. n. 206722 del 29.04.2024 qui allegate

Questionario di Audit del 24/11/2025 – UOC Progettazione e Manutenzioni

Sintesi Audit: Alla luce dell'analisi documentale, si rileva che il processo descritto dalla presente azione PAC risulta correttamente implementato, pertanto l'esito della verifica è da ritenersi "positivo".

AREA RIMANENZE

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

Verifica Audit del 09/10/2025 – Presidio Ospedaliero SS. Maria dell'Alto Distretto Sanitario n.35 Petralia Soprana

Sintesi Audit: Con particolare riferimento alla fase di approvvigionamento dei beni farmaceutici, il Dirigente Farmacista del Presidio oggetto di verifica comunicava che la Farmacia, sia ospedaliera sia territoriale, non ha mai effettuato una stima preventiva del fabbisogno. Da inquiry emergeva che, in presenza di una bassa disponibilità di prodotto, viene predisposta una richiesta di acquisto con fabbisogno bimestrale o trimestrale. Successivamente è formulata la proposta di acquisto e si procede alla generazione dell'ordine direttamente dal presidio, che viene trasmesso automaticamente al

sistema informatico. Invece, per la liquidazione, la relativa competenza è imputabile direttamente al Dipartimento Interaziendale Farmaceutico.

Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, i reparti inoltrano le richieste di acquisto tramite sistema informatico e, si specifica che sia annualmente che trimestralmente vengono svolte le attività inventariali.

Da inquiry emergeva che il fabbisogno viene determinato sulla base dei consumi storici, in particolare per le gare centralizzate.

Gli acquisti straordinari vengono, invece, effettuati mediante ordine a sistema e sono inclusi nella determinazione complessiva del fabbisogno. Le ditte fornitrici consegnano direttamente presso il presidio: in particolare, le consegne avvengono n.2 giorni a settimana ed è presente un magazziniere esterno, il quale, al momento dell'entrata della merce, verifica la corrispondenza tra la merce ordinata e quella fisicamente consegnata, procede all'aggancio dell'ordine e registra l'entrata della merce a sistema.

Per quanto concerne i lavori, si evidenzia che è stata trasmessa all'UOC Coordinamento amministrativo Area 2 la relativa richiesta di fabbisogno. La richiesta, che perviene dalle strutture centrali, viene veicolata dall'UOC Coordinamento amministrativo Area 2 alle strutture competenti.

Per la determinazione del fabbisogno di beni e servizi, le richieste provenienti dalle Strutture del Presidio oggetto di verifica vengono successivamente trasmesse direttamente all'UOC Approvvigionamenti.

Ciascuna richiesta da parte del Presidio viene inserita sulla piattaforma Akropolis, dove viene valutata, nonché verificata la coerenza con la programmazione esistente.

Inoltre, da inquiry emergeva che la trasmissione del **Piano biennale** dei beni viene effettuata:

- per i beni farmaceutici dalla Dirigente Farmacista;
- per i beni economici dal magazziniere addetto;
- per i cespiti dall'assistente informatico del Presidio;

Con riferimento alle attività legate all'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, risulta in fase di elaborazione il relativo regolamento interno.

I Distretti sanitari effettuano le richieste per conto delle Guardie Mediche, delle RSA e dell'Ospedale di Comunità, che vengono trasmesse al Dipartimento Interaziendale Farmaceutico.

Nell'ambito delle RSA è inoltre prevista la possibilità di effettuare prescrizioni tramite ricetta dematerializzata, che viene successivamente presentata alle farmacie del territorio.

Con particolare riferimento ai **servizi di pulizia**, si rappresenta che la ditta Dussmann gestisce appositi registri che vengono siglati giornalmente;

Sono presenti beni concessi in comodato d'uso nell'ambito dei progetti finanziati dal PNRR.

Con particolare riferimento alla **rendicontazione degli specialisti interni**, si evidenzia che quest'ultima viene effettuata in modo parziale. Per alcuni specialisti risultano disponibili le timbrature, mentre per altri non risultano presenti. In relazione alla mancata rilevazione delle timbrature di alcuni specialisti, sono stati richiesti chiarimenti al personale competente. In particolare, il controllo viene effettuato sulla base delle ore di attività specialistica effettivamente svolte e mediante il calcolo di coerenza tra le prestazioni erogate e il relativo valore economico.

La specialistica esterna comprende:

- un laboratorio analisi sito a Gangi;
- un centro di riabilitazione;
- uno studio odontoiatrico.

Due volte l'anno vengono effettuate verifiche qualitative mediante sopralluoghi in presenza. Ai fini della liquidazione, le strutture trasmettono trimestralmente i fogli di presenza, che vengono sottoposti a controllo e validazione attraverso il rilascio di un'attestazione di conformità, necessaria per il rilascio del nulla osta al pagamento. Le prestazioni di riabilitazione vengono liquidate con cadenza trimestrale, mentre le restanti prestazioni vengono liquidate mensilmente;

Per quanto riguarda i **Medici di Medicina Generale (MMG)**, risultano operativi n. 17 medici. Per quanto concerne i **Pediatrati di Libera Scelta (PLS)**, risultano n. 2 interni e n. 2 operanti nell'ambito del progetto PIPP. La rendicontazione avviene mediante fogli firma mensili.

L'attività protesica comprende la protesica integrativa e la protesica maggiore. L'autorizzazione alla fornitura protesica è di competenza del Direttore del Distretto. La prescrizione viene effettuata dal medico specialista, mentre il Direttore del Distretto, avvalendosi di un proprio collaboratore, rilascia una pre-autorizzazione di conformità finalizzata alla verifica dei requisiti necessari all'autorizzazione, quali l'appropriatezza prescrittiva e il riconoscimento dell'invalidità in base al codice CDM. Una parte degli ausili viene erogata in comodato d'uso tramite il servizio di assistenza. In tali casi, al paziente viene richiesto di sottoscrivere apposito modulo di ritiro.

Per quanto riguarda il **servizio di dialisi**, il trasporto dei pazienti è affidato a un'unica ditta esterna. I pazienti trasportati risultano essere n. 34, mentre n. 9 pazienti utilizzano mezzi propri.

Azione E7.1 "Adozione di un funzionigramma, (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate; la valorizzate in contabilità generale."

Acquisizione documentale II semestre 2025

Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione Veterinario

UOC Approvvigionamenti

Distretti Socio Sanitari

UU.OO. afferenti i Dipartimenti Sanitari

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

L'attività di verifica documentale è stata condotta mediante analisi dei **funzionigrammi aziendali** e della documentazione organizzativa di riferimento, con specifico riguardo alla ripartizione delle responsabilità e dei compiti afferenti alla gestione delle rimanenze di beni non sanitari e sanitari presso i magazzini di reparto.

Dall'analisi effettuata è emerso che, a livello aziendale, risultano formalmente attribuite alle Unità Operative competenti le responsabilità in ordine alla **tenuta e all'aggiornamento della contabilità di magazzino**, alla **programmazione e realizzazione delle operazioni inventariali** e alla **trasmissione dei report di riepilogo delle giacenze**, con indicazione del valore delle risorse detenute presso i magazzini di reparto, suddivise per conto economico.

Per quanto attiene ai beni non sanitari non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

Invece, la contabilità di magazzino dei reparti, gestita attraverso il **sistema informativo aziendale attualmente disponibile** ha evidenziato un **livello di attuazione omogeneo**.

In alcuni **Distretti**, pur in presenza di una formale attribuzione delle funzioni, emergono margini di miglioramento in termini di **segregazione delle responsabilità**, con particolare riferimento alla distinzione tra le attività di gestione operativa delle scorte, di registrazione delle movimentazioni e di controllo delle consistenze inventariali.

Analogamente, con riferimento ad alcune **UOC afferenti ai Dipartimenti Sanitari**, è emersa l'esigenza di rafforzare il presidio della **contabilità di magazzino attraverso il sistema informativo**, al fine di assicurare un aggiornamento tempestivo, completo e coerente delle giacenze, nonché una maggiore affidabilità dei dati utilizzati ai fini contabili e di rendicontazione.

Nel complesso, l'assetto organizzativo delineato nei funzionigrammi aziendali appare coerente con le finalità di presidio del processo delle rimanenze; tuttavia, l'esito della verifica documentale evidenzia la necessità di **rafforzare l'effettiva applicazione delle previsioni organizzative**, con specifico riferimento al miglioramento della segregazione delle funzioni in taluni ambiti distrettuali;

AREA CREDITI E RICAVI

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

Questionario di Audit del 25/11/2025 - Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

Azione F2.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Acquisizione documentale II semestre 2025 - UOC Bilancio e Programmazione - UOS Contabilità generale

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

Azione F3.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Verifica di Audit del 28/10/2025

UOC Bilancio e Programmazione - UOC Programmazione, Controllo di Gestione

Sintesi Audit: Con riferimento all'Azione F3.3, la verifica ha avuto ad oggetto l'assetto organizzativo e operativo relativo al **processo di assegnazione, gestione e monitoraggio dei budget**, nonché i flussi informativi e i presidi di controllo attivati tra l'UOC Programmazione, Controllo di Gestione e l'UOC Bilancio e Programmazione, in coerenza con quanto previsto dalla Procedura PAC Area F.

Dall'analisi condotta emerge che, nei casi in cui l'Assessorato Regionale della Salute definisce specifici tetti di spesa mediante apposito Decreto Assessoriale, l'assegnazione delle risorse avviene in misura pari al **100% del budget autorizzato**, assicurando sin dall'origine la piena copertura finanziaria delle relative autorizzazioni di spesa.

Per le restanti fattispecie, in linea con quanto già rilevato nelle precedenti verifiche, il processo di assegnazione del budget si articola in una fase iniziale di **assegnazione provvisoria**, sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica, mentre per il **2026 l'obiettivo è quello di verificare l'effettivo fabbisogno**.

In tale contesto, l'UOC Programmazione, Controllo di Gestione svolge un ruolo centrale nel **monitoraggio delle assegnazioni provvisorie** e nella trasmissione delle relative informazioni all'UOC Bilancio e Programmazione, al fine di consentire le necessarie verifiche di capienza dei conti economici associati alle autorizzazioni di spesa, con particolare attenzione ai casi in cui le richieste di integrazione risultino superiori agli stanziamenti previsti nel Bilancio di previsione.

È stato altresì evidenziato che, qualora le richieste di integrazione di budget eccedano i limiti definiti in sede previsionale, il processo prevede il coinvolgimento della **Direzione Strategica aziendale**, cui compete il rilascio della necessaria autorizzazione, assicurando in tal modo un presidio decisionale coerente con il livello di rischio economico-finanziario associato.

Nel complesso, le modalità operative riscontrate risultano coerenti con l'impianto procedurale previsto dalla Procedura PAC Area F, in quanto:

- individuano chiaramente le **unità responsabili del processo**;
- prevedono **azioni di controllo strutturate** sul ciclo di assegnazione e utilizzo del budget;
- assicurano flussi informativi funzionali al presidio della capienza dei conti economici.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Fermo restando la complessiva coerenza del processo rispetto alle previsioni procedurali, la verifica ha evidenziato alcune **necessità di rafforzamento**, finalizzate a rendere il presidio più sistematico e strutturato:

- **Valutazione incrociata in fase di assegnazione del budget**

Si è raccomandato di rafforzare, in sede di assegnazione annuale delle autorizzazioni di spesa, l'analisi incrociata tra:

- consumi storici effettivi delle singole autorizzazioni;
 - richieste formulate dalle strutture per l'anno di riferimento; al fine di migliorare l'allineamento tra fabbisogni dichiarati e andamenti economici attesi. In tale prospettiva, l'implementazione della **contabilità analitica** assume un ruolo strategico per il consolidamento del processo.
- **Gestione delle somme assegnate e non utilizzate**
In relazione alla presenza di somme vincolate a specifiche autorizzazioni di spesa che risultano non movimentate, è stato richiesto di rendere strutturale, a valle del **primo semestre dell'esercizio**, un momento di verifica formale con le strutture interessate, finalizzato a distinguere:
 - le fattispecie riconducibili a ritardi nel caricamento dei contratti o delle entrate merci;
 - i casi in cui le risorse assegnate non risultano effettivamente impegnate.
 Tale distinzione consentirebbe, rispettivamente, di:
 - procedere tempestivamente alla regolarizzazione delle registrazioni a sistema;
 - valutare eventuali **riassegnazioni interne del budget** entro la chiusura dell'esercizio, in coerenza con i vincoli complessivi di bilancio.

AREA DISPONIBILITÀ LIQUIDE

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

Verifica di Audit del 02/10/2025
Cassa Economale e Cassa Ticket
Distretto Sanitario n.36 Misilmeri

Sintesi Audit: In via preliminare, con riferimento alla **cassa economale**, si rappresenta che la stessa è dislocata presso la Direzione del Distretto ed è associata a un conto dedicato, sul quale, all'inizio dell'esercizio, viene effettuato un prelievo di fondi finalizzato a garantire la disponibilità necessaria allo svolgimento delle attività ordinarie. In particolare, da intervista è emerso che, ad inizio anno, è stato disposto un prelievo iniziale pari a **€ 500,00**, con conseguente effettuazione di periodiche quadrature di cassa, volte ad assicurare la costante corrispondenza tra i movimenti registrati e le disponibilità residue.

Da *inquiry* condotta risulta che la cassa economale viene utilizzata per l'acquisizione di beni e servizi non ricompresi in gare centralizzate o convenzioni quadro, con particolare riferimento a interventi di manutenzione di natura minuta. Qualora si renda necessario sostenere spese di carattere straordinario e urgente, il Distretto provvede a informare preventivamente le strutture centrali competenti, in particolare l'UOC Approvvigionamenti e l'UOC Progettazione e Manutenzione.

I referenti della cassa economale del Distretto oggetto di verifica hanno riferito che le spese sostenute vengono **rendicontate con cadenza trimestrale**. Inoltre, nel caso in cui, alla chiusura dell'esercizio, residuino somme di cassa, per procedere alle operazioni di chiusura annuale è previsto l'azzeramento del saldo mediante trasferimento delle somme residue all'UOC Bilancio e Programmazione. A supporto di tali operazioni risultano disponibili gli estratti conto bancari trimestrali, utilizzati per la verifica dei residui.

Con riferimento alla **cassa ticket**, da *inquiry* effettuata è emerso che, presso il Distretto, è attiva un'unica cassa, affidata all'assistente amministrativo titolare cassiere, dislocato presso il Poliambulatorio.

Per quanto concerne le modalità operative, è stato rilevato che il **registro di cassa** è attualmente tenuto in forma manuale. In relazione a tale aspetto, il Gruppo di Lavoro I.A. ha rappresentato la necessità di introdurre l'utilizzo di strumenti informatici di supporto (ad esempio applicativi di tipo Excel), al fine di rendere più agevole e strutturata la gestione del registro stesso.

Il personale intervistato ha riferito che il sistema gestionale utilizzato per le casse CUP è **HERO**, attivo per tutte le prestazioni erogate. Con riferimento alle prestazioni gestite tramite tale sistema, è stato ricostruito il processo di pagamento dell'utente, al fine di verificarne la completezza e tracciabilità.

Relazione Internal Audit al 31-12-2025

In particolare, l'utente effettua la prenotazione tramite il sistema CUP, che viene visualizzata dagli operatori sul sistema informativo. Qualora non esente dal pagamento del ticket, l'utente può procedere al pagamento:

- presso le casse aziendali, in contanti o tramite bancomat (ove disponibile);
- mediante versamento sul conto corrente BNL intestato all'Azienda;
- utilizzando il codice IUV riportato sul promemoria di prenotazione, almeno un'ora prima dell'erogazione della prestazione, attraverso i canali abilitati (siti di enti creditori o istituti bancari, circuiti CBILL, PAGOPA, sportelli bancari, ricevitorie, tabaccai, ATM, nonché sportelli CUP).

A seguito del pagamento, l'operatore provvede all'emissione di **due ricevute**, una consegnata all'utente e una allegata alla prenotazione, destinata allo specialista che eroga la prestazione.

Per quanto riguarda le **operazioni di chiusura cassa**, i referenti hanno comunicato che le stesse vengono effettuate con cadenza giornaliera, mediante conteggio fisico del denaro, verifica dei movimenti registrati e successiva chiusura delle operazioni sul sistema gestionale. È stato altresì riferito che il Poliambulatorio osserva, oltre ai consueti orari, anche aperture pomeridiane nelle giornate di martedì e giovedì.

In particolare, vengono estratti i dati di dettaglio per singolo sportello, sulla base dei quali viene predisposta la **prima nota di cassa**, contenente il riepilogo delle somme incassate e la distinzione tra le diverse modalità di pagamento (contanti e pagamenti digitali). I movimenti vengono quindi registrati nel registro di cassa e sottoposti a verifica di quadratura, confrontando gli importi effettivamente incassati con quelli risultanti dal sistema informativo.

La coerenza dei dati viene ulteriormente verificata attraverso il confronto con il giornale di cassa e il registro di cassa, nei quali sono riepilogati i movimenti giornalieri e i relativi totali. Con cadenza mensile, le chiusure di cassa vengono infine trasmesse all'UOC Bilancio e Programmazione.

Nel corso della riunione è stato segnalato che la consegna delle somme al vettore **Sicurtransport** avviene con cadenza quindicinale, sebbene il servizio sia previsto settimanalmente; tale modalità può comportare, in alcuni casi, la giacenza in cassa di importi elevati, fino al limite massimo di circa € **2.000**, previsto dal regolamento aziendale.

Non viene svolta attività intramoenia e, conseguentemente, non risultano effettuati versamenti riconducibili a tali prestazioni. Emerge, inoltre, che risulta attiva una procedura di recupero delle somme ticket nei casi di mancato versamento, finalizzata a garantire la completezza e la tracciabilità dei flussi finanziari.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Nonostante l'esito positivo dell'incontro, con particolare riferimento alla gestione della cassa ticket, il Gruppo di Lavoro ha raccomandato di:

- individuare un sostituto o vice-cassiere formalmente incaricato, al fine di assicurare la continuità operativa del servizio anche in caso di assenza del titolare;
- utilizzare strumenti informatici dedicati, quali l'applicativo Excel o altre soluzioni equivalenti, in sostituzione della tenuta manuale attualmente in uso, al fine di semplificare e rendere più efficiente la gestione del registro di cassa;
- formalizzare e monitorare periodicamente la procedura di recupero delle somme ticket, definendo responsabilità e tempistiche, al fine di assicurare la piena tracciabilità e il recupero integrale delle somme dovute.

Verifica Audit del 09/10/2025

Presidio Ospedaliero – Distretto Sanitario n.35 Petralia Soprana

Sintesi Audit: Per la sintesi si veda E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo" (pag 34).

Verifica di Audit 30/10/2025 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo. Tuttavia si rappresenta che all'interno dell'Azienda ci sono n. 17 casse economali e n. 18 casse ticket, dislocate in tutti i distretti sanitari, in tutti i poliambulatori e in tutti gli ospedali.

Con riferimento alle casse prestazioni si rileva che le modalità di pagamento da parte dell'utente sono le seguenti:

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

Azione G2.2 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."

Acquisizione documentale II semestre 2025

Cassa economale

UOC Approvvigionamenti

Cassa ticket

UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

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

Azione 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."

Verifica di Audit 30/10/2025 - UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: La verifica ha ripercorso il processo relativo all'Azione G4.4, suddiviso nelle seguenti fasi:

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

Con riferimento all'Azione G5.5 l'UOC Bilancio e Programmazione – UOS Contabilità Generale svolge le seguenti attività:

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

In merito ai controlli su azioni legali o incassi coattivi, la UOC Bilancio e Programmazione effettua almeno annualmente una verifica dei crediti non riscossi.

Se necessario, sollecita l'incasso e, in caso di esito negativo, trasferisce il carteggio all'UOC Legale per il recupero. Quest'ultima comunica le azioni intraprese e l'esito finale alla UOC Bilancio e Programmazione per eventuali annotazioni contabili.

Secondo le procedure aziendali, per riconciliare i dati contabili con il prospetto dell'Istituto tesoriere, la UOC Bilancio e Programmazione – UOS Contabilità Generale elabora un report con informazioni quali saldo iniziale, mandati emessi ed eseguiti, mandati non trasmessi, e reversali.

Trimestralmente, la UOC Bilancio e Programmazione riconcilia i saldi bancari con i saldi di contabilità, effettuando una quadratura tra l'estratto conto e la scheda co.ge. dell'istituto tesoriere.

Eventuali differenze vengono riconciliate e documentate, e tali informazioni sono trasmesse annualmente alla Corte dei conti tramite la piattaforma SIRECO.

Il processo è aderente alla procedure PAC e non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

AREA DEBITI E COSTI

Azione I1.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare il rispetto della procedura ed in particolare la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget, certificazioni varie ecc., con predisposizioni di relativi report delle risultanze delle verifiche"

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

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

Verifica Audit del 18/09/2025 – Distretto Sanitario n.40 – Corleone

Sintesi Audit: Nel corso dell'attività di audit presso il Distretto Sanitario n. 40 – Corleone, si è proceduto ad esaminare i processi amministrativi e gestionali relativi all'approvvigionamento di beni, alla gestione economica e alla liquidazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. L'obiettivo è stato quello di valutare l'adeguatezza dei controlli interni, la correttezza delle procedure di acquisto e la regolarità dei flussi amministrativi in conformità alle disposizioni aziendali e normative vigenti.

Dall'analisi condotta emerge che il Distretto provvede principalmente alla gestione dei trasferimenti di beni attraverso note formali al magazzino centrale, mentre gli ordini, le fatture e le liquidazioni rimangono di competenza delle strutture centrali. Per quanto riguarda i beni economici, gli acquisti vengono programmati annualmente dai responsabili delle diverse unità operative, con successiva verifica trimestrale del corretto utilizzo dei fondi assegnati.

Il percorso di audit ha incluso l'esame dei processi di gestione dei farmaci, dei servizi di pulizia, degli affitti passivi, della specialistica interna ed esterna, delle prestazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, dell'ADI, della gestione dei disabili gravissimi, delle protesi e degli ausili, nonché delle prestazioni di trasporto e rimborso chilometrico per i pazienti sottoposti a dialisi. L'analisi ha permesso di evidenziare le modalità operative, i sistemi informativi utilizzati, le responsabilità dei diversi attori coinvolti e le verifiche di controllo applicate in ciascun ambito.

Nel complesso, il Distretto mostra una chiara strutturazione dei processi amministrativi, con procedure formalizzate e controlli periodici volti a garantire la corretta erogazione dei servizi e la trasparenza nella gestione delle risorse. Tuttavia, l'audit ha anche consentito di identificare

opportunità di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda l'integrazione dei controlli documentali e la reportistica dei sistemi informativi.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azioni PAC oggetto di verifica, nonostante l'esito positivo della verifica, e con particolare riferimento alle verifiche in sede di rendicontazione sugli emolumenti delle prestazioni aggiuntive dei medici specialisti interni, si è raccomandato di predisporre specifica reportistica da HCM Akropolis per effettuare l'estrazione a sistema dei dati caricati manualmente e relativi agli accessi dei medici, le ore di prestazioni aggiuntive effettuate, i permessi, le ferie e i giorni di malattia.

Inoltre, in relazione alle richieste di acquisto di farmaci da parte della guardia medica, si richiede di formalizzare tramite apposita nota protocollata tale fattispecie.

Verifica di Audit 09/10/2025 -

Presidio Ospedaliero Distretto Sanitario n.35 Petralia Soprana

Sintesi Audit: Per la sintesi si veda E4.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo" (pag 34).

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Con riferimento alle Azione PAC oggetto di verifica non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC. Tuttavia, nonostante l'esito positivo della verifica, il Gruppo di Lavoro ritiene necessario:

- Effettuare una stima del fabbisogno di beni sanitari e non sanitari strutturata da formalizzare e sottoporre al Dipartimento Farmaceutico e all'UOC coordinamento amministrativo per competenza;
- Considerato il bacino di utenza riconducibile al Presidio, valutare la possibilità di internalizzare una struttura amministrativa per la gestione del ciclo passivo, mantenendo al contempo il supporto dell'UOC Coordinamento Amministrativo Area 2.

Verifica di Audit del 16/10/2025 -

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Sintesi Audit: Nel corso dell'attività di audit è stata esaminata l'operatività del Dipartimento a proposito delle prestazioni erogate in ambito di assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale, con particolare riferimento alle Comunità Terapeutiche Assistite (CTA), alle comunità terapeutiche aziendali e ai servizi rivolti a soggetti con disagio psichico o dipendenza patologica, inclusi i minori che rientrano nell'area della neuropsichiatria infantile.

L'audit ha considerato altresì le prestazioni sanitarie per pazienti fuori regione, nonché i servizi accessori quali pulizia, mensa e lavanderia per le strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale e gli abbonamenti televisivi per le comunità terapeutiche aziendali.

La verifica si è focalizzata sul processo relativo alla validazione della congruità, della quantità e della qualità delle prestazioni rese, sulla corretta liquidazione delle stesse e sulle procedure di stipula e rinnovo delle convenzioni con le strutture erogatrici. Dall'analisi preliminare è emerso che, nel territorio di Enna, è attiva una struttura dedicata alla doppia diagnosi, con una quota significativa degli inserimenti proveniente dall'Autorità Giudiziaria. In generale, le liste di attesa ordinarie risultano rispettate, mentre le principali criticità riguardano gli inserimenti su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, per i quali non è previsto un limite di permanenza e l'accesso non avviene tramite CUP, a causa della variabilità dei criteri di priorità. Il criterio cronologico viene derogato nei casi di pazienti giudiziari, di soggetti con rischio di autolesionismo attestato dal Centro di Salute Mentale di riferimento e di dimissioni protette dall'SPDC in assenza di domicilio o caregiver.

Per quanto riguarda la gestione delle risorse, l'UOC Programmazione e Controllo di Gestione assegna specifiche autorizzazioni di spesa al Dipartimento, che a sua volta ripartisce sub-autorizzazioni alle articolazioni aziendali competenti. Tale ripartizione include le CTA convenzionate, i pazienti che necessitano di supporto aggiuntivo mediante operatori di appoggio con rilevazione mensile delle presenze tramite firma e autocertificazione, il personale libero professionale come gli psichiatri operanti nelle strutture carcerarie, le prestazioni relative allo spettro autistico, gli interventi per pazienti tossicodipendenti e il Budget di Salute, finalizzato a finanziare progetti del Terzo Settore nell'ambito della salute mentale.

Particolare rilevanza assume la CTAP (Comunità Terapeutica Assistita Protetta) che, pur operando in modo analogo alle CTA, dispone di un budget dedicato e segue criteri specifici di inserimento; il flusso informativo relativo confluisce esclusivamente nel sistema SISM e non nell'aggregato CTA.

Attualmente risultano operative cinque CTA aziendali e undici CTA convenzionate, con una struttura aggiuntiva in fase di accreditamento, e la durata massima delle prestazioni è definita in 72 mesi, con programmi intensivi fino a 24 mesi ed estensivi fino a 48 mesi, secondo quanto previsto dal Decreto regionale del 7 febbraio 2014. Le tariffe giornaliere sono di €202 per i programmi intensivi e €192 per quelli estensivi. Il budget assegnato dall'UOC Programmazione e Controllo di Gestione copre integralmente le CTA aziendali e il 70% delle altre strutture. Le strutture erogatrici effettuano le richieste di servizi, mentre ordini e liquidazioni restano di competenza del Dipartimento.

Per quanto concerne il controllo della qualità delle prestazioni, la struttura competente pianifica autonomamente il calendario di verifica e utilizza *checklist* dedicate. I flussi documentali relativi alle fatture vengono verificati dal Dipartimento all'interno del sistema SDI, al fine di prevenire emissioni errate o note di credito. L'attestazione di servizio è allegata a tutta la documentazione, debitamente siglata dal Dirigente, mentre la liquidazione viene sottoscritta dal Direttore. Si rileva, inoltre, che con l'introduzione del sistema AREAS è stato eliminato il *workflow* approvativo precedentemente previsto, con richiesta dei referenti del Dipartimento di ripristinarne le fasi per garantire un controllo strutturato sulla liquidazione delle prestazioni.

Il flusso CTA è gestito da un ufficio dedicato del Dipartimento ed estratto dalla piattaforma GEDI, contenente le anagrafiche dei pazienti. Le strutture convenzionate trasmettono i flussi in formato specifico, vengono caricati a sistema e confrontati con la documentazione economica.

A partire da gennaio 2025, la Direzione ha introdotto nuove regole che richiedono la certificazione della completezza e accuratezza dei flussi, da trasmettere entro il giorno 15 del mese successivo, corredati da file TXT e CSV/Excel per consentire la verifica della valorizzazione economica.

Particolare attenzione è stata rivolta ai centri per lo spettro autistico e alle strutture per pazienti tossicodipendenti. Per i centri diurni attivi fino ai 16 anni e per quelli dai 16 anni in su, le modalità di finanziamento avvengono tramite convenzione e la quota 0,3 attualmente copre solo attività di formazione. Le prestazioni per i tossicodipendenti, in parte convenzionate e in parte fuori regione, presentano criticità legate a contenziosi e all'adeguamento ISTAT, con liquidazioni rese extracontabilmente. L'autorizzazione agli inserimenti fuori regione è firmata dal Direttore Generale, anche se l'intenzione è di restituire tale competenza al Direttore del Dipartimento. Si segnala che l'aggregato di spesa fuori regione risulta il più rilevante e che le strutture attive sono in continua evoluzione, con rette e modalità differenti a seconda della Regione di riferimento.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: Nonostante l'esito positivo della verifica, il Gruppo di lavoro ha chiesto di valutare la reintroduzione di un *workflow* approvativo strutturato sulla liquidazione delle CTA.

Verifica di Audit del 22/10/2025 – Dipartimento Diagnostica di Laboratorio

Sintesi Audit: Nel corso dell'audit del 22 ottobre 2025, sono stati esaminati i processi gestionali e operativi del Dipartimento Diagnostica di Laboratorio, con particolare riferimento ai controlli tecnico-sanitari sui laboratori aziendali convenzionati. Tali controlli non hanno natura amministrativa, ma mirano a garantire la qualità delle prestazioni di laboratorio.

Gli acquisti non avvengono direttamente, salvo per beni già mappati, e il Dipartimento interviene principalmente nella predisposizione dei capitolati tecnici, redatti con l'UOC Ingegneria Clinica e successivamente gestiti dalla UOC Approvvigionamenti.

La UOC Medicina Trasfusionale, operante presso la Fondazione Giglio, ha esteso le proprie competenze anche ai reagenti, centralizzando gli ordini e assegnando specifici budget, con conseguente maggiore efficienza nella gestione delle scorte e riduzione dei costi.

Alla fine del 2021, a seguito di problematiche legate ai canoni di noleggio e manutenzione delle apparecchiature, il Dipartimento ha ricevuto anche il budget relativo a tali canoni, oltre a quello destinato all'acquisto di sangue intra ed extra regione e ad altre forniture da soggetti esterni, limitatamente alla Medicina Trasfusionale. Alcuni emoderivati vengono acquisiti a costo zero attraverso convenzioni interregionali. Il Dipartimento ha creato un magazzino virtuale su AREAS, dotato di Centro di Costo dedicato, affiancato da magazzini di reparto. I laboratori formulano gli ordini, la merce arriva direttamente nei laboratori, viene verificata e caricata nel magazzino virtuale, per poi essere distribuita agli armadi di reparto. Le giacenze del magazzino virtuale sono generalmente pari a zero, fatta eccezione per tamponi COVID, provette e materiali tecnici specifici.

La predisposizione dei capitolati è seguita dalle indagini di mercato condotte dall'UOC Approvvigionamenti, con il Dipartimento che risponde ai quesiti tecnici. Una volta aggiudicata la gara e firmato il contratto, si procede all'installazione delle apparecchiature, con verifica della sicurezza, periodo di prova e collaudi amministrativi, che determinano l'avvio della fornitura definitiva.

Gli ordini vengono effettuati trimestralmente, previa analisi dei consumi recenti, e autorizzati dal Direttore. L'ASP dispone di un budget di circa 6 milioni di euro per reagenti, comprensivi di medicina di laboratorio, medicina trasfusionale e anatomia patologica. Alla ricezione dei DDT, le fatture vengono trasmesse allo SDI, sottoposte a controlli logico-formali e liquidate dopo verifica della disponibilità economica; eventuali insufficienze di budget vengono comunicate al Direttore per integrazione.

Il Dipartimento gestisce reagenti, materiale monouso, *service*, canoni di manutenzione, trasporto dei campioni biologici, sostanze chimiche, farmaci e beni sanitari CND A2 e D1. La spesa per gli *screening*, in particolare, può aumentare in relazione all'adesione della popolazione, ma le nuove gare hanno introdotto strumentazioni informatizzate e automatizzate, riducendo il carico operativo e i costi, con un prezzo medio dei reagenti di circa 6 euro per 900 test.

La fornitura e liquidazione di sangue ed emocomponenti seguono, invece, percorsi distinti tra supporto ospedaliero e domiciliare. Nei presidi ospedalieri, le frigoemoteche controllano mensilmente le unità caricate e scaricate, confrontandole con le prefatture e i dati del gestionale EMONET.

Gli ordini vengono poi trasmessi agli uffici amministrativi e le fatture liquidate entro 60 giorni.

Il supporto trasfusionale domiciliare è attivato dai medici di base e verificato dai Distretti, che tengono un registro per garantire tracciabilità, sicurezza e verifica contabile. Gli emocomponenti ad uso non trasfusionale seguono un percorso analogo, con registrazione, verifica della congruità e liquidazione delle fatture.

In sintesi, l'audit ha evidenziato un sistema centralizzato ed efficiente nella gestione degli approvvigionamenti e dei reagenti, con procedure strutturate per installazione, collaudo e liquidazione, integrate con controlli amministrativi e tecnico-sanitari volti a garantire qualità, sicurezza e corretta gestione dei flussi economici.

Questionario di Audit del 25/11/2025 – Dipartimento di Prevenzione Veterinario

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

Azione I2.4 "Adozione di controlli periodici e documentabili con riguardo in particolare a: riscontro tra i saldi dei conti individuali ed i saldi dei conti di riepilogo, il riscontro delle risultanze contabili dell'azienda con gli estratti conto inviati dai fornitori di propria iniziativa o su richiesta dell'azienda stessa, riconciliazione partitario fornitori con il libro giornale."

Azione I7.3 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e contabilità generale"

Acquisizione documentale II semestre 2025 – UOC Bilancio e Programmazione

Sintesi Audit: Non emergono criticità tali da ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

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

Verifica di Audit del 28/10/2025

UOC Bilancio e Programmazione e UOC Programmazione, Controllo di Gestione

Sintesi Audit: Per la sintesi si veda **Azione F3.3** "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo." (pag.37)

3.3 Verifiche con esito "con riserva"

Nell'ambito del presente paragrafo si mettono in evidenza tutte le verifiche di audit svolte nel secondo semestre 2025 concluse con riserva, in considerazione della natura del rilievo e delle azioni correttive eventualmente già intraprese alla data di verifica e/o alla data di redazione della presente relazione. Nel corso degli interventi di audit in oggetto, tramite intervista ai soggetti partecipanti afferenti alle singole strutture organizzative verificate, è stato ripercorso il processo amministrativo-contabile ed extracontabile previsto dalle procedure aziendali adottate dall'Azienda, al fine di individuare eventuali gap di procedura e/o di processo. Sono state altresì effettuate verifiche documentali ed operative al fine di riscontrare il processo di controllo interno implementato da ciascuna struttura organizzativa oggetto di verifica, previa selezione casuale di un set di *items*.

AREA RIMANENZE

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

Verifica Audit del 18/09/2025 – Distretto Sanitario n.40 – Corleone

Sintesi Audit: In premessa, con particolare riferimento ai magazzini farmaceutici, i referenti del Distretto segnalano che, alla data di verifica, la farmacia territoriale è stata unificata a livello informatico alla farmacia ospedaliera del P.O. dei Bianchi di Corleone. A tal proposito, da intervista emergeva la presenza di due magazzini fisici per la gestione logistica dei prodotti farmaceutici: uno presso il Distretto e uno presso il Presidio Ospedaliero, unitamente ai magazzini di reparto delle guardie mediche. A livello di sistema risulta un unico magazzino informatico riconducibile al P.O. dei Bianchi, la cui gestione delle movimentazioni è affidata al personale incaricato. Pertanto, il Gruppo di Lavoro rilevava che le richieste di trasferimento dei prodotti sanitari dal Presidio al Distretto, effettuate da quest'ultimo principalmente per conto delle guardie mediche, sono considerate quali scarichi al consumo e non sono oggetto di attività inventariale. L'inventario infrannuale e annuale, nonché l'allineamento rispetto alle giacenze risultanti a sistema, viene effettuato esclusivamente all'interno del magazzino farmaceutico del Presidio.

Con riferimento ai beni economici, i referenti del Distretto segnalavano la presenza di un solo magazzino economico, sia fisico che informatico, attraverso cui vengono gestite le seguenti tipologie di beni:

- Materiale igienico-sanitario (da destinare al poliambulatorio);
- Materiale di cancelleria;
- Toner e Stampati;
- Cespiti.

Per le suddette tipologie di beni, il Distretto procede esclusivamente ad emettere con nota formale una specifica richiesta di trasferimento nei confronti del magazzino centrale e, successivamente, provvede alla gestione a sistema delle movimentazioni di carico e scarico. La gestione a sistema di ordini, fatture e liquidazioni resta in capo alle strutture centrali. Infine, i referenti comunicavano che con cadenza annuale sono effettuate le attività inventariali richieste dalla relativa procedura PAC.

In particolare, da *inquiry* emerge che le movimentazioni delle giacenze vengono effettuate in tempo reale, e la verifica delle giacenze di magazzino viene effettuata attraverso la stampa del report "Esistente in magazzino" confrontato con le risultanze delle attività di conta fisica effettuate dal personale addetto. Le suddette verifiche inventariali non risultano formalizzate.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: il Gruppo di Lavoro ha ritenuto necessario raccomandare alla struttura di formalizzare adeguatamente le attività inventariali attraverso la produzione e archiviazione della relativa documentazione. In particolare, chiedendo di produrre almeno i seguenti elementi:

- Tabulato pre-inventariale: estrazione da sistema amministrativo contabile delle giacenze del magazzino di competenza precedente all'attività di conta, firmato dal responsabile di magazzino;
- Fogli di conta: tabulato con indicazione delle giacenze rilevate in sede di conta fisica, con evidenza delle eventuali differenze riscontrate rispetto al dato contabile, siglato dall'addetto alla conta e controfirmato dal responsabile di magazzino;
- Riepilogo dei movimenti di rettifica da inserire a sistema: siglato dal responsabile di magazzino e controfirmato dal Direttore del Distretto;
- Tabulato post-inventariale: estrazione da sistema amministrativo contabile delle giacenze del magazzino di competenza successive all'attività di conta e già comprensive delle scritture di rettifica, firmato dal responsabile di magazzino;
- Verbale riepilogativo: in cui vengono descritte le attività operative svolte ed evidenziate le motivazioni degli eventuali scostamenti rilevati in sede di verifica delle giacenze, siglato dall'addetto alla conta, dal responsabile di magazzino e controfirmato dal Direttore del Distretto Sanitario.

AREA DEBITI E COSTI

Azione 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 punti a), b) c) .."

Azione I3.6 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I3.2 " Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti.."

Azione I6.3 " Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I6.1 "Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati le cui principali funzioni concernano: la determinazione dei fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture dei fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc.. "

Verifica di Audit del 26/11/2025 – UOC Integrazione Socio-Sanitaria

Sintesi Audit: Nel corso della riunione, con particolare alle convenzioni in fase di rinnovo o di nuova stipula, si evidenzia che le stesse sono redatte dall'UOC Socio-Sanitaria e presentano scadenze fissate al 2027 o al 2029.

Relativamente alle convenzioni in fase di rinnovo, è possibile introdurre criteri più stringenti, mentre non risultano modificabili le convenzioni con scadenza successiva, per le quali occorrerà attendere la naturale conclusione contrattuale.

Inoltre, da *inquiry* è emersa la necessità di procedere all'identificazione formale delle UVP e delle UVM, tramite l'ottenimento di una specifica nota.

Con riferimento ai controlli sulle prestazioni **ADI**, la Struttura ha provveduto ad implementare ulteriori livelli di controllo sulle liquidazioni. In particolare, è stata effettuata una verifica preventiva

delle richieste in proforma antecedente all'erogazione dell'80% della liquidazione, in aggiunta ai controlli già effettuati dai Distretti. Tale attività ha evidenziato scostamenti tra i dati fatturati e quelli rilevati dal sistema CPS: sebbene le prestazioni risultino effettivamente erogate, i controlli effettuati sui fogli firma hanno fatto emergere incongruenze rispetto a quanto registrato nel sistema gestionale. Per la prima volta, tali difformità hanno determinato il blocco dell'80% della liquidazione.

Si rilevava che il suddetto controllo è stato esteso al 100% delle strutture e delle prestazioni, mentre i Distretti continuano a effettuare verifiche a campione sul 2,5% dei fogli firma cartacei, al termine delle quali vengono rilasciati i relativi nulla osta.

Gli scostamenti riscontrati sono stati in parte attribuiti a ritardi nell'inserimento dei flussi informativi a sistema; in un caso specifico, è stato registrato per una ditta uno scostamento pari al 30% nel mese di agosto. Di conseguenza, si rende necessario acquisire evidenza documentale del nuovo sistema di controllo introdotto.

Altresì, ai Distretti è stato richiesto di effettuare verifiche puntuali, pertanto iniziano a pervenire riscontri sotto forma di nulla osta rilasciati con riserva, corredati da elenchi dettagliati delle problematiche riscontrate. Sono state, inoltre, predisposte numerose relazioni da parte dei Distretti, che dovranno essere formalmente acquisite.

Nel corso della riunione, si è rilevata l'esigenza di rendere il sistema gestionale aziendale interoperabile con i sistemi informativi delle strutture convenzionate, al fine di rendere elettronici i fogli di lavoro e i fogli firma, unitamente alla necessità di standardizzare i processi di acquisizione della documentazione e di uniformare le tempistiche per tutti gli enti erogatori (n. 11 associazioni ADI e n. 2 associazioni per le Cure Palliative).

Con riferimento alle prestazioni per Cure Palliative, si segnala che in precedenza l'acconto veniva erogato nella misura del 70% dell'importo dell'anno precedente, diviso 12 mensilità. A partire dal mese di novembre, invece, l'acconto deve essere determinato sulla base del 70% del proforma, che risulta generalmente di importo più elevato, ma richiede tempi più lunghi per la produzione dei dati.

Da intervista emerge che le associazioni trasmettono ai Distretti le informazioni relative agli accessi dei pazienti, comprensive degli orari, con modalità differenti: l'associazione SAMOT ONLUS rileva l'orario tramite QR code integrato nella cartella clinica, mentre la SAMOT ONLUS registra manualmente l'orario di entrata e di uscita mediante applicazione dedicata.

Altresì, i referenti comunicavano che il criterio di liquidazione delle prestazioni per Cure Palliative si basa sulle giornate di cura e non sulle singole prestazioni, mediante il confronto tra autorizzato ed erogato. Quest'ultimo viene rilevato tramite i flussi informativi; tuttavia, sono state riscontrate criticità del sistema di rilevazione, che non sempre intercetta correttamente tutti gli accessi effettuati nella medesima giornata.

Per quanto riguarda le attività **dell'UOS Coordinamento della rete di Cure Palliative**, si evidenzia che, a seguito dei controlli, viene predisposto un report delle contestazioni, accompagnato da un file protetto da password contenente il dettaglio delle verifiche effettuate. Tale documentazione viene trasmessa al Direttore della Struttura ed alle associazioni; qualora le modifiche proposte siano condivise, viene rilasciato un visto di concordanza, che viene successivamente trasmesso anche ai Distretti per i controlli di rispettiva competenza.

Con riferimento alle prestazioni per **Assistenza geriatrica RSA da privato**, da *inquiry* è emerso che la liquidazione delle RSA avviene sulla base della presenza effettiva dei pazienti in struttura, mediante l'utilizzo sia di un file extra-contabile sia di un database Access.

In particolare, all'interno del file Excel vengono inseriti i dati anagrafici dei pazienti, unitamente alle informazioni relative alle dimissioni. Successivamente, tali dati vengono confrontati con il flusso mensile trasmesso dalle RSA, al fine di verificarne la coerenza.

Il Distretto, entro il giorno 20 di ciascun mese, trasmette via PEC il nulla osta al provvedimento di liquidazione, a seguito di un controllo a campione pari al 10% dei pazienti presenti in struttura. Tale verifica è finalizzata ad accertare la coerenza del PAI e l'effettiva presenza del paziente in RSA. Inoltre, i referenti comunicano che da alcuni mesi, viene effettuato un confronto tra gli elenchi dei pazienti

presenti nelle RSA e i dati risultanti dal file extra-contabile. In caso di ospedalizzazione del paziente, la RSA provvede a darne tempestiva comunicazione.

Attualmente, risulta in fase di implementazione uno strumento informatico, denominato Lavagna NUT, finalizzato alla gestione dei posti letto delle RSA, a rilevare in tempo reale le disponibilità delle strutture ed a trasmettere tali informazioni al territorio. All'interno del sistema vengono inoltre aggiornate le fasi del percorso del paziente, comprese le dimissioni.

A tal proposito, i referenti della Struttura oggetto di verifica comunicavano che l'obiettivo è rendere il suddetto sistema pienamente operativo entro il 31.12.2025.

Infine, si è rilevato che permane una criticità relativa agli scarti al 31 dicembre 2024, per i quali sarà necessario avviare un approfondimento specifico al fine di analizzarne le cause e definire adeguate azioni correttive sul tema degli scarti.

Criticità - Azioni Correttive - proposte dalla funzione I.A: A seguito dell'attività di verifica, **si è raccomandato di prevedere all'interno delle convenzioni** che l'acconto per le prestazioni erogate sia quantificato sulla base degli importi indicati nei proforma delle fatture, fissando una percentuale pari al 70% per le Cure Palliative e all'80% per l'ADI, ed erogato a seguito dei controlli sulla documentazione resa. Tale raccomandazione mira a superare l'attuale metodo, che calcola l'acconto sulla base delle erogazioni dell'anno precedente e richiede successivamente l'emissione di eventuali note di credito o debito. Il nuovo criterio, fondato sugli importi dei proforma, incide direttamente sul potere di acquisto delle strutture, poiché, seppur più coerente con le prestazioni effettivamente programmate, comporta una dilazione dei tempi di pagamento rispetto al sistema attuale.

Si è altresì raccomandato di **definire con chiarezza gli elementi da inserire nelle convenzioni** con le tredici associazioni coinvolte (undici per l'ADI e due per le Cure Palliative) e di avviare specifiche interlocuzioni con le strutture competenti, al fine di valutare la fattibilità delle modifiche, considerando che due convenzioni hanno scadenza nel 2029 e che il termine per l'implementazione è previsto al 31 dicembre 2026.

Inoltre, **si è raccomandato di procedere all'identificazione delle UVP e UVM distrettuali** tramite atto formale e di avviare specifiche interlocuzioni con i responsabili delle strutture distrettuali e con gli enti convenzionati per **standardizzare le tempistiche, la documentazione e le modalità dei controlli** necessari alla liquidazione. In particolare, agli enti convenzionati dovrà essere richiesta la trasmissione degli esiti dei fogli firma in formato digitale, preferibilmente secondo un modello standard fornito dall'Azienda, al fine di consentire un confronto diretto e sistematico con i flussi del sistema gestionale. Si è inoltre raccomandato di **avviare interlocuzioni con il fornitore del software 4PCS-UOCP** per integrarlo con il sistema amministrativo-contabile, data la rilevanza dei dati transitati all'interno dell'applicativo. Infine, **si è raccomandato di formalizzare una procedura interna sui controlli**, definendo in maniera strutturata le percentuali di significatività delle verifiche secondo criteri oggettivi e coerenti con la dotazione organica disponibile presso le strutture.

4. Archiviazione documentazione

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

5. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

Si riporta in allegato (**allegato B1**) lo schema delle strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC. Come indicato in premessa (**parte A**) nella definizione del programma delle attività, si è tenuto conto della richiesta, avanzata dall'Assessorato Regionale della Salute con nota protocollo n. 19920 del 20/04/2020, nell'ambito della nota n. 11786 del 28/02/2020 (*cf. allegato A1*), ciò al fine di garantire un intervento di audit consistente, volto alla verifica di elevate percentuali di strutture coinvolte, nonché le indicazioni della Regione, di cui alla nota prot. n. 1079 del 13/01/2026 (*cf. All. A7*) che ha richiesto di concentrare le verifiche del primo semestre 2025 sulle azioni P.A.C. per le quali erano emerse criticità rilevanti e punti di miglioramento al II semestre 2024, la programmazione è stata definita con modalità finalizzate ad ottimizzare le attività e garantire il rispetto delle tempistiche di cui sopra.

Infine, l'Assessorato della Salute, nell'ambito della nota prot. n. nota n. 29985 del 23/06/2025 (*cf. allegato A6*), ad esito del monitoraggio degli Audit al 30.06.2025, ha richiesto di esplicitare i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica.

A tal proposito si comunica che all'interno dell'Allegato B1 "Tabella strutture per area PAC", nella colonna delle "strutture da auditare", sono state riportate, prendendo a riferimento le UO previste dall'Atto Aziendale, adottato con delibera n. 81 del 21 gennaio 2020, le sole strutture pertinenti in termini di operatività, per singola area PAC di riferimento, che possano determinare un potenziale impatto in bilancio.

6. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 31/12/2025 (**allegato B2**).

28 gennaio 2026

Il Referente Aziendale Internal audit
Dr. Angelo Alessio Nicchi



Il Referente Aziendale PAC
Dr.ssa Silvana Gugliotta



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



Il Direttore Amministrativo
Dr. Ignazio Del Campo



Il Direttore Generale
Prof. Alberto Firenze



Il Direttore Sanitario
Dr. Antonino Levita



Allegati

- allegato B1 Schema riportante le strutture da auditare/auditare
- allegato B2 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 31/12/2025
- allegato B3 Elenco Referenti PAC per funzione al 31/12/2025