



Referente aziendale Funzione Internal Audit

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 PAC

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 30/06/2026

PARTE A

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT I SEMESTRE 2026

PARTE B

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE

INDICE
PARTE A
PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2026

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 2026	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

PARTE B
RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2026

1. Premessa	11
2. Modalità di realizzazione delle attività di Internal Audit	11
3. Esito delle verifiche e nota metodologica	11
3.1. Nota metodologica e criterio integrativo di lettura della copertura delle verifiche	13
4. Attività integrative di verifica e monitoraggio ai fini PAC	14
4.1. Area A - Generale	14
4.2. Area E - Rimanenze	15
5. ESITI DELLE VERIFICHE DI AUDIT	17
5.1. VERIFICHE DI FOLLOW-UP	17
5.1.1. Verifiche di follow-up con esito "positivo"	17
5.1.2. Verifiche di follow-up con esito "con riserva/parzialmente positivo"	42
5.1.3. Verifiche di follow-up con esito "negativo"	72
5.2. VERIFICHE ORDINARIE	74
5.2.1. Verifiche ordinarie con esito "positivo"	74
5.2.2. Verifiche ordinarie con esito "con riserva/parzialmente positivo"	78
5.3. VERIFICA STRAORDINARIA CON ESITO "CON RISERVA/PARZIALMENTE POSITIVO"	81
6. Monitoraggio delle criticità regionali e stato al 30 giugno 2026	83
7. Archiviazione della documentazione	84
8. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC	84
9. Griglia di rilevazione	85

ALLEGATI

allegato A1 nota prot. n. 11786 del 28/02/2020 - Assessorato Regionale della Salute
 allegato A2 nota prot. n. 493758 del 06/10/2025 - ASP Palermo
 allegato A3 nota prot. n. 16470 del 25/03/2026 Assessorato Regionale della Salute
 allegato A4 nota prot. n. 29249 del 12/06/2026 - Assessorato Regionale della Salute
 allegato A5 nota prot. n. 31890 del 30/06/2026 - Assessorato Regionale della Salute
 allegato A6 nota prot. n. 37506 del 22/01/2026 - ASP Palermo
 allegato A7 nota prot. n. 87635 del 16/02/2026 - ASP Palermo
 allegato A8 nota prot. n. 372057 del 20/07/2026 - ASP Palermo
 allegato A9 nota prot. n. 57827 del 02/02/2026 - ASP Palermo
 allegato A10 nota prot. n. 323136 del 25/06/2025 - ASP Palermo

allegato B1 Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit aggiornata alla data del 30/06/2026
allegato B3 Elenco Referenti PAC per funzione al 30/06/2026



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

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2026

Aggiornato al 30/06/2026

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute, nell'ambito del percorso di monitoraggio sullo stato di attuazione delle Procedure PAC, con **nota prot. n. 11786 del 28/02/2020 (All. A1)** ha definito le modalità di rendicontazione delle verifiche di Internal Audit e i criteri generali per la rappresentazione delle Strutture sottoposte a controllo.

Il percorso aziendale è proseguito con la **deliberazione n. 1355 del 30/09/2025**, trasmessa all'Assessorato Regionale della Salute con nota aziendale prot. n. 493758 del 06/10/2025 (**All. A2**), mediante la quale l'ASP di Palermo, acquisiti i pareri della Funzione Internal Audit, del Referente Aziendale PAC e del Collegio Sindacale, ha dichiarato la **certificabilità dei propri dati e del bilancio**.

Il successivo **D.A. n. 217 del 19/02/2026**, comunicato con **nota assessoriale prot. n. 16470 del 25/03/2026 (All. A3)**, ha attestato il consolidamento dei Percorsi Attuativi di Certificabilità degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, della Gestione Sanitaria Accentrata e del bilancio consolidato, in vista della **certificazione dei dati e dei bilanci al 31/12/2026**.

Nel corso del primo semestre 2026, l'Assessorato Regionale della Salute ha inoltre impartito specifiche indicazioni per la prosecuzione delle attività di monitoraggio e di audit.

Con **nota prot. n. 29249 del 12/06/2026 (All. A4)**, relativa al monitoraggio delle verifiche di Audit PAC del primo semestre 2026, è stata richiesta la trasmissione:

- della **griglia delle verifiche di audit aggiornata al 30/06/2026**
- del **modello delle Strutture PAC da auditare e auditate al 30/06/2026**
- della **Relazione di accompagnamento sulle attività di audit aggiornata al 30/06/2026**, comprensiva di una specifica sezione sullo stato di avanzamento delle Azioni programmate nel Piano di Azione PAC
- dell'**elenco dei Referenti PAC per funzione aggiornato al 30/06/2026**.

Con successiva **nota assessoriale prot. n. 31890 del 30/06/2026 (All. A5)** sono stati comunicati gli esiti del monitoraggio delle verifiche di Audit PAC riferite al secondo semestre 2025 e sono state fornite indicazioni in ordine al **mantenimento dei requisiti di certificabilità dei dati e dei bilanci**. La nota ha richiamato la necessità di proseguire il monitoraggio delle criticità rilevate nelle singole Aree PAC e di rappresentare lo stato delle relative azioni correttive.

Le valutazioni regionali specificamente riferite all'ASP di Palermo, riportate nella **scheda acquisita al protocollo aziendale n. 339139 del 01/07/2026**, sono state raccordate con le risultanze delle verifiche svolte nel primo semestre 2026. A tale scopo, nella presente Relazione è inserita una **specifico tabella di raccordo** che, per ciascuna Area e Azione PAC interessata, riporta la criticità indicata dalla Regione, lo stato rilevato al 30 giugno 2026, le eventuali azioni ancora aperte e la relativa incidenza sul mantenimento del requisito di certificabilità.

Nella definizione del programma delle attività, approvato con **deliberazione n. 142 del 16/02/2026**, la programmazione è stata orientata a intensificare l'attività della Funzione Internal Audit, ampliando il numero delle verifiche, dei follow-up e delle attività di monitoraggio da svolgere nel corso del 2026. In particolare, sono stati individuati i seguenti obiettivi.

- a) **estendere le verifiche a tutte le Aree PAC**, secondo le priorità definite dal Risk Assessment, senza limitarle alle Aree Immobilizzazioni e Rimanenze, già individuate tra quelle maggiormente esposte
- b) **assicurare un adeguato livello di copertura delle Strutture comprese nell'allegato B1**, tenendo conto non soltanto del dato quantitativo, ma anche della rilevanza economica dei processi gestiti, del

livello di rischio delle Azioni PAC, delle criticità pregresse e dell'incidenza delle singole Strutture sulla formazione dei dati contabili e di bilancio

c) **monitorare le criticità e le Azioni PAC richiamate dall'Assessorato Regionale della Salute**, verificando lo stato delle misure adottate e la loro incidenza sul mantenimento dei requisiti di certificabilità

d) **proseguire il monitoraggio delle azioni correttive** previste dalla deliberazione aziendale n. 582 del 25/10/2024, recante "Approvazione e adozione del Piano delle Azioni Straordinarie 2025 PAC dell'ASP di Palermo", nonché delle ulteriori azioni ancora aperte derivanti dalle verifiche svolte nelle precedenti annualità.

e) **assicurare un monitoraggio periodico dei processi PAC**, mediante l'esame degli atti aziendali, delle deliberazioni e delle determinazioni, delle risultanze inventariali, dei funzionigrammi e della documentazione relativa ai magazzini, nonché attraverso verifiche sugli applicativi, questionari, acquisizioni documentali, accessi in presenza e note di verifica della conformità alle Procedure PAC

f) **valorizzare le attività integrative di controllo**, comprese le ricognizioni organizzative, gli inventari infrannuali, gli accessi fisici presso magazzini e punti operativi e gli interventi straordinari, mantenendole distinte dalle posizioni formalmente conteggiate nell'allegato B1.

In particolare, l'ASP di Palermo:

- ✓ con delibera n. 659 del 30/06/2020 ha approvato il Manuale di I.A., trasmesso con nota prot. 1665 del 20/07/2020 a mezzo pec in pari data;
- ✓ con nota prot. n. 37506 del 22/01/2026 ha trasmesso il 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 **(All. A6)**
- ✓ con delibera n. 142 del 16.02.2026, avente ad oggetto: "Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2026 e Piano di Audit 2026 dell'ASP di Palermo", trasmessa all'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n. **87635 del 16/02/2026 (allegato A7)**, **visionabile sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci**, ha approvato e adottato:
 - la Relazione del Risk Assessment anno 2026;
 - il Piano Annuale di Audit 2026;
- ✓ con nota prot. n. **372057/2026 del 20/07/2026 (allegato A8)**, nelle more dell'aggiornamento e del potenziamento del Gruppo di lavoro Internal Audit, è stato disposto il rafforzamento dell'assetto di coordinamento della Funzione, mediante l'individuazione del Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione, **dott. Giuseppe Rinaldi**, quale coordinatore del Gruppo con funzioni dirigenziali di supervisione, nonché la contestuale conferma dell'attuale Referente della Funzione Internal Audit.

In continuità con le misure adottate nelle precedenti annualità e con le risultanze dei monitoraggi regionali, da ultimo quello al 31/12/2025 trasmesso con nota prot. n. 57827 del 02/02/2026 **(All. A9)**, l'ASP di Palermo ha proseguito nel primo semestre 2026 il percorso di consolidamento del sistema PAC, mediante interventi di aggiornamento procedurale, rafforzamento dei controlli e sviluppo dei sistemi informativi. Le attività svolte e il relativo stato di attuazione sono analiticamente rappresentati nella presente Relazione e nei relativi allegati.

In particolare, nel corso del primo semestre 2026, l'ASP di Palermo ha:

proseguito la revisione e l'integrazione delle Procedure PAC, tenendo conto dell'evoluzione dei processi aziendali, degli applicativi in uso, delle risultanze delle verifiche di Internal Audit e delle indicazioni formulate dalle Strutture coinvolte

- ✓ con deliberazione n. **175 del 16/02/2026 ha adottato la revisione della Procedura PAC I.5** "Ciclo del personale dipendente, assimilato a dipendente e convenzionato - Area I5 - Debiti e costi", che sostituisce la precedente versione adottata con deliberazione n. 1756 del 14/11/2023. La revisione ha ricondotto in un quadro procedurale unitario le attività e i controlli riferiti alle diverse componenti del personale, sulla base degli aggiornamenti e delle validazioni trasmessi dalle articolazioni aziendali competenti
- ✓ con deliberazione n. **1177 del 01/06/2026 ha adottato la "Procedura operativa per gli interventi riabilitativi di formazione e inserimento lavorativo"**, quale procedura di

secondo livello che richiama e integra la vigente Procedura generale dell'Area F "Crediti e ricavi". La procedura disciplina i processi interni di autorizzazione, gestione e liquidazione dei costi finanziati, anche mediante fondi PSN, relativi ai tirocini lavorativi e inclusivi rivolti a soggetti con disabilità.

- ✓ **proseguito l'aggiornamento del sistema procedurale PAC**, mediante la predisposizione della revisione della **Procedura PAC dell'Area D - Immobilizzazioni**, avviata mediante il tavolo tecnico tenutosi il 24 giugno 2026, convocato con nota prot. n. 319755 del 19/06/2026 e della procedura operativa relativa all'attivazione delle **cure domiciliari ADI, delle cure palliative domiciliari, dell'assistenza in Hospice e in RSA**, con specifico riferimento ai controlli e alle successive liquidazioni, il cui percorso, avviato nel primo semestre, è, ad oggi, in itinere alla luce della bozza della nuova procedura revisionata, trasmessa con nota prot. n. **358040 del 10/07/2026**.
- ✓ rafforzato il monitoraggio dell'assetto organizzativo e della distribuzione delle responsabilità, mediante la nota prot. n. 187502/2026 del 09/04/2026, con la quale è stata avviata, in attuazione dell'Azione PAC A4.1, la ricognizione dei funzionigrammi e dei carichi di lavoro delle Strutture interessate dai principali processi amministrativo-contabili.
- ✓ strutturato un sistema coordinato di controlli sulle rimanenze, articolato su più livelli e riferito agli inventari, agli armadietti e ai magazzini di reparto, nonché alle estrazioni trimestrali prodotte nell'ambito del flusso beni
 - con nota prot. n. 155178/2026 del 23/03/2026 è stata richiesta l'effettuazione delle operazioni inventariali al 31/03/2026 e la trasmissione dei report riepilogativi delle giacenze rilevate presso gli armadi di reparto
 - con nota prot. n. 159776/2026 del 24/03/2026 è stata definita la programmazione operativa delle verifiche relative all'Azione PAC E2.6, comprendente accessi presso armadietti, magazzini di reparto e ulteriori punti operativi
 - con nota prot. n. 193296/2026 del 13/04/2026 sono state trasmesse alle Strutture competenti le estrazioni delle rimanenze al 31/03/2026, richiedendone la verifica e la certificazione rispetto alle risultanze inventariali
 - con nota prot. n. 327848/2026 del 25/06/2026 sono state rafforzate le indicazioni per le rilevazioni al 30/06/2026, prevedendo l'acquisizione dell'evidenza della conta fisica, del confronto con il dato contabile e della gestione delle eventuali differenze, dei beni scaduti, dei materiali obsoleti e delle giacenze a lento rigiro.
- ✓ proseguito il percorso di implementazione del nuovo applicativo HCM, avviato con nota prot. n. 651976 del 24/12/2025, quale intervento rilevante per l'evoluzione dei processi di gestione del personale e per il progressivo raccordo con i sistemi amministrativo-contabili. Il collaudo dell'applicativo è in fase di conclusione.

2. La struttura dell'Internal Audit

La Funzione Internal Audit è incardinata nella UOC Programmazione e Controllo di Gestione, istituita dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 81 del 21/01/2020 e approvato dall'Assessorato Regionale della Salute con D.A. n. 512 del 10/06/2020.

Con deliberazione n. 1411 del 30 giugno 2026, il Dott. Giuseppe Rinaldi è stato nominato Direttore della UOC Programmazione e Controllo di Gestione.

Il Gruppo di lavoro Internal Audit, costituito con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 e successive modifiche e integrazioni, da ultimo aggiornato con deliberazione n. 581 del 24/10/2024, è in corso di formale aggiornamento e potenziamento.

Con nota prot. n. 372057/2026 del 20/07/2026, (cfr. All. A8) il Direttore Generale, nelle more del predetto aggiornamento, ha nominato il Dott. Giuseppe Rinaldi Coordinatore del Gruppo di lavoro con funzione dirigenziale di supervisione. La medesima nota ha definito il raccordo con il Referente Aziendale della Funzione Internal Audit, assegnato in via esclusiva alle attività operative, istruttorie, documentali e di monitoraggio connesse all'esecuzione degli audit e agli adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità, da svolgersi in raccordo con il Coordinatore, in coerenza con le note assessoriali prot. n. 65013 del 02/08/2016 e prot. n. 2565 del 18/01/2022.

Da ultimo, considerato che la Funzione Internal Audit è attualmente incardinata presso la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, collocata in staff alla Direzione Generale e preposta al presidio dei principali sistemi di controllo aziendali, e che la Funzione dispone di un Coordinatore con

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

ruolo dirigenziale e di un Referente aziendale, con qualifica di funzionario, assegnato in via esclusiva alle relative attività, l'ASP di Palermo ha ritenuto di procedere a una rimodulazione del relativo assetto organizzativo.

Tale iniziativa è stata assunta **in coerenza con le indicazioni contenute nelle note assessoriali prot. n. 65013 del 02/08/2016 e prot. n. 2565 del 18/01/2022**, nelle quali è stata rappresentata la possibilità che la Funzione fosse affidata a un dirigente o a un funzionario. Con nota prot. n. 323136 del 25/06/2025 (**All. A10**), avente a oggetto "*Autorizzazione parziale modifica Atto Aziendale ex art. 16 L.R. n. 5/2009 adottato con deliberazione n. 81 del 21 gennaio 2020*", l'Azienda ha pertanto richiesto, al fine di assicurare un maggiore livello di indipendenza, la trasformazione della Funzione Internal Audit in UOS Internal Audit.

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. **La funzione Internal Audit intende aggiornare il suddetto Manuale per l'annualità 2027.**



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*).

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

RACM - Risk Assessment Criteria Matrix		IMPATTO				
		1 MINIMALE	2 BASSO	3 MEDIO	4 ALTO	5 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	MINIMO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

Fig. 1 - Risk Assessment Criteria Matrix

La valutazione del rischio è stata sviluppata con riferimento alle Aree e alle Azioni previste dal Piano di attuazione PAC di cui al D.A. n. 1559/2016, mediante l'applicazione del modello RACM, basato sulla combinazione tra probabilità di accadimento e impatto. Il **Risk Assessment 2026**, approvato con **deliberazione n. 142 del 16/02/2026**, ha aggiornato la precedente valutazione sulla base delle risultanze delle attività di audit e di monitoraggio svolte nelle precedenti annualità, ampliando il numero delle matrici di rischio e il livello di analisi dei singoli presidi PAC. Per le Azioni non autonomamente valorizzate, il raccordo è effettuato con l'Azione-base o con il presidio procedurale cui la verifica si riferisce.

5. Il Piano annuale di Internal Audit 2026

Il Piano di Audit 2026, predisposto dalla Funzione Internal Audit e approvato, unitamente al Risk Assessment 2026, con deliberazione n. 142 del 16/02/2026, è stato trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n. 87635 del 16/02/2026 (**Ail. A7**) ed è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente/Bilanci.

Il Piano di audit adottato ha definito le azioni e/o procedure da verificare nell'ambito dell'anno 2026 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) e delle **Aree di bilancio che presentano tematiche con potenziale impatto sul raggiungimento degli obiettivi PAC, come da delibera 1355 del 30/09/2025 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"**.

Pertanto le attività di audit, per il primo semestre, si sono concentrate con particolare riguardo alle procedure aziendali delle aree di seguito indicate:

Area Generale:

- *Mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificarne la copertura funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo*
- *Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo*
- *Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità.*
- *Istituzione di una unità di lavoro (con ruoli e responsabilità) per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo*
- *Istituzione di un sistema di attribuzione chiara degli obiettivi di performance realistici e coerenti rispetto alle funzioni dei singoli responsabili e di un adeguato sistema di monitoraggio e valutazione delle performance*
- *Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione*

- Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale

Area Immobilizzazioni:

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

Area Rimanenze

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

Area Patrimonio Netto

- Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1, relativa all'autorizzazione formale e preliminare delle operazioni gestionali e contabili aventi impatto sul Patrimonio Netto.
- Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo necessarie a garantire la riconciliazione tra contributi in conto capitale, cespiti finanziati, ammortamenti e sterilizzazioni, di cui all'Azione H2.4.
- Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2, con riferimento alla tracciabilità dei contributi in conto capitale e al raccordo tra titolo originario, documentazione contabile e cespiti.
- Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti, cespiti capitalizzati, ammortamenti e relative sterilizzazioni, di cui all'Azione H4.3.

Area Debiti e Costi

- 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.
- Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5
- Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti I3.2 e I3.4
- Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (di cui all'azione PAC I6.1)

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

- degli audit il cui esito nel 2025 si era chiuso con riserva e/o negativo;
- delle aree PAC rispetto alle quali il livello di rischio, esposto nel Risk Assessment adottato dall'Azienda, è percepito come più elevato.

6. Le Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

L'Assessorato Regionale della Salute, con **nota prot. n. 11786 del 28/02/2020 (cfr. All. A1)**, ha richiesto la predisposizione di uno schema riepilogativo delle Strutture da sottoporre ad audit e di quelle effettivamente verificate, riportato nell'allegato B1. Tale adempimento è stato confermato, con riferimento al monitoraggio del primo semestre 2026, dalla **nota prot. n. 29249 del 12/06/2026 (All. A4)**, che ne ha previsto la trasmissione unitamente alla griglia degli esiti e alla Relazione di accompagnamento.

L'**allegato B1** riporta la situazione aggiornata al **30 giugno 2026** e costituisce la prima rilevazione dell'attuazione del Piano di Audit 2026. Al termine del secondo semestre, oltre all'inserimento delle ulteriori verifiche svolte e all'aggiornamento dei livelli di copertura, il modello sarà riesaminato e, ove necessario, adeguato alle Strutture effettivamente pertinenti rispetto ai processi amministrativo-contabili interessati dal percorso di consolidamento della certificabilità. L'eventuale aggiornamento del perimetro sarà effettuato in coerenza con l'assetto organizzativo aziendale, con le Procedure PAC e con le indicazioni regionali, assicurando la tracciabilità delle modifiche introdotte.

Descrizione AREA	Area		
	Report sugli audit di audit al 30/06/2026		
	Strutture Auditabili	Audit della struttura	Formazione degli audit
	Strutture a cui è stata assegnata la responsabilità	Strutture a cui è stata assegnata la responsabilità	Strutture a cui è stata assegnata la responsabilità
Area Generale			

7. La Relazione intermedia e finale di internal audit.

Come richiesto dall'Assessorato della Salute con nota 29249 del 12/06/2026 (cfr. All. A4) per il 1° semestre 2026 è stata prevista la scadenza del 24 luglio 2026 per produrre:

- la Relazione di Internal Audit al 30/06/2026 e sezione relativa alla scheda di monitoraggio PAC;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti al 30/06/2026;
- il Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 30/06/2026;
- l'Elenco referenti PAC per funzione al 30/06/2026;

la trasmissione all'Assessorato Regionale della Salute e al Collegio Sindacale dell'ASP della Relazione e della griglia e dell'altra documentazione sopra descritta.

8. L'Archiviazione della documentazione

Per ciascuna verifica svolta, la relativa documentazione è archiviata e custodita presso la UOC Programmazione e Controllo di Gestione – Funzione Internal Audit, in modo da consentire la ricostruzione delle attività eseguite, delle evidenze acquisite e delle conclusioni formulate.

24 luglio 2026

Il Referente Aziendale Funzione Internal audit

Dr. Angelo Alessio Nicchi

Il Referente Aziendale PAC

Dr.ssa Silvana Gugliotta

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro Internal audit

Dr. Giuseppe Rinaldi

Il Direttore Amministrativo

Dr. Ignazio Del Campo

Il Direttore Generale
Prof. Alberto Firenze

Il Direttore Sanitario

Dr. Antonino Levita

ALLEGATI

allegato A1 nota prot. n. 11786 del 28/02/2020 – Assessorato Regionale della Salute
allegato A2 nota prot. n. 493758 del 06/10/2025 – ASP Palermo
allegato A3 nota prot. n. 16470 del 25/03/2026 Assessorato Regionale della Salute
allegato A4 nota prot. n. 29249 del 12/06/2026 – Assessorato Regionale della Salute
allegato A5 nota prot. n. 31890 del 30/06/2026 – Assessorato Regionale della Salute
allegato A6 nota prot. n. 37506 del 22/01/2026 – ASP Palermo
allegato A7 nota prot. n. 87635 del 16/02/2026 – ASP Palermo
allegato A8 nota prot. n. 372057 del 20/07/2026 – ASP Palermo
allegato A9 nota prot. n. 57827 del 02/02/2026 – ASP Palermo
allegato A10 nota prot. n. 323136 del 25/06/2025 – ASP Palermo

allegato B1 Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit -
aggiornata alla data del 30/06/2026
allegato B3 Elenco Referenti PAC per funzione al 30/06/2026



Referente Internal audit
Referente PAC

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2026

aggiornata al 30/06/2026

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute, con nota prot. n. 29249 del 12/06/2026 ha richiesto, per il 1° semestre 2026, la compilazione della griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit (**allegato B2**), aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al 30/06/2026. La presente relazione accompagna la citata griglia.

Le attività istruttorie e il consolidamento documentale della presente Relazione sono stati curati dalla Funzione Internal Audit, per il tramite del Referente Aziendale, sulla base dei Rapporti, dei verbali e delle evidenze acquisite, in raccordo con il Coordinatore del Gruppo di lavoro per i profili di supervisione, secondo l'assetto definito dalla nota prot. n. 372057/2026 del 20/07/2026.

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 2026, per il primo semestre 2026.

3. Esito delle verifiche e nota metodologica

Nell'ambito del presente paragrafo la Funzione Internal Audit illustra in modo dettagliato gli esiti delle verifiche di audit svolte nel I semestre 2026, nonché le modalità seguite per la loro realizzazione e i criteri adottati per la selezione dei campioni esaminati.

Più precisamente, sono rappresentati gli esiti delle verifiche delle procedure aziendali svolte fino al 30/06/2026, per le quali si è provveduto alla compilazione e all'aggiornamento della griglia di cui all'allegato B2. Le risultanze sono esposte distintamente per verifiche di follow-up e verifiche ordinarie, articolate in relazione all'esito positivo, con riserva o parzialmente positivo e negativo.

Rispetto alle precedenti rendicontazioni, la presente Relazione adotta un criterio redazionale maggiormente dettagliato e analitico. Per ciascun intervento vengono distintamente rappresentati il perimetro della verifica, le Azioni PAC interessate, le evidenze acquisite, le risultanze emerse, l'esito attribuito, le azioni correttive richieste, lo stato rilevato al 30 giugno 2026 e il rischio residuo. Tale impostazione consente di raccordare in modo più immediato ciascuna valutazione ai fatti verificati e alla documentazione effettivamente disponibile, senza modificare gli esiti già formalizzati nei singoli Rapporti di audit. Gli interventi straordinari sono illustrati separatamente nei successivi paragrafi.

Al 30/06/2026, sulla base della ricognizione definitiva delle risultanze del Piano di Audit 2026, approvato con deliberazione n. 142 del 16/02/2026, risultano valorizzate nell'allegato B1 **n. 34 posizioni Area PAC-struttura sulle n. 92 previste, con una copertura complessiva pari al 36,96%** del perimetro annuale di riferimento. Delle n. 34 posizioni valorizzate, **n. 29 sono riferite a verifiche di follow-up.**

Le n. 34 posizioni rappresentano, inoltre, il **52,31% delle n. 65 posizioni necessarie per il conseguimento del target annuale del 70%.** Tale indicatore esprime l'avanzamento verso il target annuale e **resta distinto** dalla percentuale di copertura complessiva del perimetro B1, pari al 36,96%.

Ai fini del calcolo, ciascuna posizione corrisponde all'abbinamento univoco tra una struttura e una specifica Area PAC. Pertanto, la medesima struttura, ove sottoposta a verifica nell'ambito di più Aree, è rilevata distintamente per ciascuna Area interessata, mentre lo svolgimento di verifiche riferite a più Obiettivi o Azioni PAC nell'ambito della medesima combinazione Area-struttura non determina

uplicazioni. La valorizzazione prescinde dall'esito positivo, parzialmente positivo o negativo della verifica, poiché l'indicatore misura esclusivamente l'estensione della copertura di audit.

Il dato definitivo **aggiorna quello rappresentato al Collegio Sindacale con nota prot. n. 331975/2026 del 26/06/2026**, nel quale risultavano valorizzate n. 31 posizioni su 92, pari al 33,70%, di cui n. 26 riferite a verifiche di follow-up. A seguito del consolidamento dell'allegato B1 risultano n. 34 posizioni su 92, pari al 36,96%, di cui n. 29 riferite a follow-up. **La variazione complessiva è pertanto pari a n. 3 posizioni e a 3,26 punti percentuali.**

Tale variazione deriva dalla lettura congiunta delle modifiche intervenute nelle Aree E ed I. Nell'Area I "Debiti e Costi" la copertura passa da n. 10 a n. 14 posizioni su 40, con un incremento di n. 4 posizioni e una percentuale che passa dal 25,00% al 35,00%. Nell'Area E "Rimanenze" la copertura passa invece da n. 6 a n. 5 posizioni su 11, con una riduzione di una posizione e una percentuale che passa dal 54,55% al 45,45%. **Il saldo tra le due variazioni determina l'incremento netto di n. 3 posizioni del dato aziendale complessivo.**

Con riferimento all'Area Debiti e Costi, sono state ricondotte al primo semestre 2026 le tre posizioni riferite alla UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane, alla UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali e alla UOC Risorse umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI, interessate dalla verifica di follow-up formalmente avviata con nota prot. n. 197647 del 14/04/2026. Il relativo Rapporto è stato successivamente formalizzato con prot. n. 361212/2026 del 13/07/2026.

L'ulteriore variazione dell'Area I deriva dalla riconduzione della verifica sul ciclo passivo farmaceutico alle due UOC operative espressamente interessate dalle evidenze e dai processi esaminati, ossia la UOC Farmaceutica, vigilanza e farmacoepidemiologia e la UOC Integrazione farmaceutica ospedale-territorio. Il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico rappresenta il livello organizzativo di coordinamento della verifica e non costituisce una posizione autonoma aggiuntiva. La UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia" non è invece valorizzata nell'Area I, non risultando nel relativo Rapporto campioni o evidenze specificamente riferiti al ciclo passivo della medesima Struttura.

Coerentemente con il criterio temporale applicato nell'intera Relazione, l'imputazione delle tre Strutture del Dipartimento Risorse Umane al semestre è stata effettuata assumendo la data di avvio della verifica e non quella, successiva, di protocollazione del Rapporto conclusivo.

Per le Aree A, D, F, G e H non si registrano variazioni rispetto ai dati già comunicati al Collegio Sindacale. La copertura risultante dall'allegato B1 definitivo è pertanto così articolata:

- **Area Generale**, n. 4 posizioni su 10, pari al 40,00%
- **Area Immobilizzazioni**, n. 5 su 8, pari al 62,50%
- **Area Rimanenze**, n. 5 su 11, pari al 45,45%
- **Area Crediti e Ricavi**, nessuna posizione sulle n. 15 previste, pari allo 0,00%
- **Area Disponibilità liquide**, n. 2 su 4, pari al 50,00%
- **Area Patrimonio Netto**, n. 4 su 4, pari al 100,00%
- **Area Debiti e Costi**, n. 14 su 40, pari al 35,00%

Il parametro regionale applicabile alle Aziende territoriali prevede lo svolgimento delle verifiche di audit su almeno il 70% delle strutture per ciascuna singola Area PAC, secondo quanto stabilito dalla nota n. 20021 del 28 aprile 2020 e successive modifiche e integrazioni. **Alla data del 30/06/2026 l'Area Patrimonio Netto ha già raggiunto una copertura del 100,00%, superiore alla soglia minima regionale, mentre l'Area Immobilizzazioni, con una copertura del 62,50%, risulta prossima al conseguimento della medesima soglia.**

Con specifico riferimento all'Area Rimanenze, la copertura formale risultante dall'allegato B1 è pari al 45,45%, corrispondente a n. 5 posizioni verificate sulle n. 11 previste. La riduzione rispetto al dato precedentemente rappresentato deriva dall'applicazione **del criterio di non duplicazione tra il livello dipartimentale e le articolazioni operative interessate.** Il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico costituisce il livello di coordinamento dell'intervento e non determina un'ulteriore posizione autonoma rispetto alle Strutture cui sono ricondotte le evidenze e i processi esaminati.

Resta confermata nell'Area E la valorizzazione della UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia", fondata sulle verifiche fisiche documentate presso gli armadietti e i magazzini di reparto del P.O. Ingrassia e del P.O. Villa delle Ginestre. Quest'ultimo è ricompreso nel medesimo perimetro operativo in quanto servito dalla Farmacia del P.O. Ingrassia. Le verifiche hanno consentito di esaminare in concreto il raccordo tra approvvigionamento, distribuzione ai reparti, custodia e movimentazione

delle scorte nei punti di utilizzo. La Struttura è conteggiata una sola volta, senza attribuire autonoma rilevanza numerica ai singoli accessi, alle verifiche originate da ciascun accesso o alle articolazioni interne esaminate. Nella medesima Area sono ricondotte alla posizione aggregata dei Distretti sanitari le verifiche svolte presso il Distretto n. 41 di Partinico e il Distretto n. 36 di Misilmeri. Per Misilmeri, l'imputazione è coerente con l'oggetto sostanziale dell'intervento straordinario, riferito alla gestione delle scorte, alla corrispondenza tra giacenze fisiche e risultanze di sistema e all'applicazione dei presidi previsti dalla Procedura PAC Area E. **La presenza di due interventi su Distretti differenti non determina duplicazioni, poiché il modello B1 prevede un'unica posizione aggregata per i Distretti sanitari.**

Il dato percentuale dell'Area E non esaurisce, comunque, il perimetro delle attività di controllo effettivamente svolte. Esso non comprende come autonome posizioni B1 i singoli accessi presso gli armadietti e i magazzini di reparto, le verifiche periodiche sugli inventari trimestrali, le analisi delle estrazioni delle rimanenze e le verifiche sui funzionigrammi aziendali. **Tali attività sono rappresentate separatamente secondo i criteri indicati nella successiva nota metodologica.**

Per le restanti Aree, le verifiche già effettuate nel primo semestre e quelle previste dal Piano di Audit 2026 per il secondo semestre sono finalizzate al completamento della copertura residua risultante dall'allegato B1. Tenuto conto dello stato di avanzamento rilevato e degli interventi ancora programmati, risulta ragionevolmente prevedibile il raggiungimento, entro il 31/12/2026, della soglia minima del 70% delle strutture con riferimento a ciascuna Area PAC.

Nel secondo semestre sarà pertanto necessario proseguire nel potenziamento delle verifiche, in coerenza con la nota assessoriale prot. n. 31890 del 30/06/2026 (cfr. All. A5), che ha richiamato l'esigenza di intensificare le attività di audit nel corso del 2026 anche ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti di certificabilità dei dati e dei bilanci.

3.1. Nota metodologica e criterio integrativo di lettura della copertura delle verifiche

Il dato percentuale risultante dall'allegato B1 esprime la copertura formale delle posizioni censite nella base regionale e assicura la continuità e la comparabilità del monitoraggio rispetto al parametro previsto per ciascuna Area PAC.

L'allegato B1 predisposto alla data del 30 giugno 2026 resta fedele alla struttura, alle unità di conteggio e ai criteri di rappresentazione stabiliti dalle disposizioni regionali. Le strutture previste non sono state modificate e le valorizzazioni effettuate trovano riscontro nei Rapporti di audit, nei verbali, nelle note di avvio e nelle ulteriori evidenze documentali acquisite nel semestre.

Il dato formale non esaurisce, tuttavia, l'estensione delle attività di controllo svolte, poiché alcune voci del medesimo allegato individuano categorie organizzative aggregate senza distinguere le singole articolazioni concretamente interessate.

Il Piano Annuale di Audit ha previsto, in termini generali, lo svolgimento di verifiche sugli armadietti di reparto per ogni trimestre, senza individuare separatamente le singole UU.OO. e i punti fisici interessati, successivamente definiti con nota prot. n. 159776 del 24/03/2026. Nel corso del semestre, nell'ambito di tale attività, sono stati effettuati n. 9 accessi fisici documentati, dai quali sono scaturite n. **16 verifiche riferite a UU.OO., magazzini o punti operativi univocamente individuati.** Sono stati inoltre **svolti il monitoraggio degli inventari trimestrali e delle estrazioni delle rimanenze e le verifiche presso i Presidi ospedalieri.**

Tali attività hanno consentito di verificare la corrispondenza tra giacenze fisiche e risultanze di sistema, le condizioni di custodia delle scorte, la tracciabilità delle movimentazioni, il presidio di lotti e scadenze e il raccordo operativo tra Farmacia e reparti. Le medesime evidenze hanno concorso alla qualificazione del perimetro effettivamente esaminato nell'Area E e, in particolare, alla valorizzazione della UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia".

Le verifiche riguardanti i funzionigrammi hanno invece interessato l'aggiornamento dell'assetto organizzativo, l'individuazione delle responsabilità, la coerenza tra funzioni formalmente assegnate e attività effettivamente svolte e i profili di segregazione delle funzioni rilevanti ai fini delle Procedure PAC.

Gli accessi fisici, gli inventari trimestrali e le verifiche sui funzionigrammi **non sono stati automaticamente trasformati in ulteriori posizioni B1.** Tale criterio **non esclude** la valorizzazione di una specifica Struttura già prevista nella base regionale quando **le verifiche dirette documentano in modo congruo un segmento del processo di sua competenza.** In tal caso, gli accessi e le verifiche che ne derivano **costituiscono il fondamento istruttorio della singola posizione e non autonome**

posizioni aggiuntive. Le restanti attività conservano natura di evidenza integrativa e sono valorizzate sul piano qualitativo e istruttorio. Nel presente monitoraggio, **il solo esame delle evidenze inventariali o delle estrazioni trimestrali non ha determinato la valorizzazione autonoma di ulteriori posizioni B1.**

Al dato formale del B1 è pertanto affiancata una rilevazione descrittiva e quantitativa delle ulteriori verifiche documentate, articolata per Area PAC, tipologia di verifica e livello organizzativo interessato, con indicazione delle strutture coinvolte, delle evidenze esaminate e del numero degli interventi effettuati. Poiché comprende attività riferite a livelli organizzativi differenti e potenzialmente sovrapposte, **tale rilevazione non modifica la percentuale calcolata sulla base B1 né viene tradotta in un'unica percentuale aggiuntiva.**

Ai fini del dato aziendale complessivo, **ciascun intervento è conteggiato una sola volta**, anche quando presenta collegamenti con più Aree PAC. La stessa struttura può essere interessata da più verifiche quando differiscono l'oggetto, il periodo o le evidenze esaminate, mentre **il numero delle strutture univocamente coinvolte è determinato eliminando ogni duplicazione.** Non costituiscono verifiche le sole comunicazioni, richieste o attività di sollecito **prive del successivo esame delle evidenze trasmesse.**

Il dettaglio delle altre attività non integralmente rappresentate nell'allegato B1 è riportato nel successivo **paragrafo 4.** Le relative consistenze sono esposte autonomamente quale elemento integrativo per la valutazione dell'effettiva estensione e intensità del sistema dei controlli aziendali.

In vista del nuovo Piano audit 2027, l'allegato B1 sarà oggetto di un ulteriore aggiornamento tecnico, coerente con lo stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità. L'aggiornamento terrà conto, da un lato, della necessità di consolidare le posizioni già verificate e di accertare l'attuazione delle azioni correttive e, dall'altro, dell'incremento delle verifiche previsto per il secondo semestre. L'eventuale ulteriore specificazione delle posizioni aggregate sarà effettuata soltanto in presenza di evidenze documentali idonee e nel rispetto del modello e dei criteri regionali.

Nell'ultimo paragrafo della presente Relazione è inoltre riportata una specifica tabella di verifica e riepilogo rispetto alle criticità evidenziate dalla nota assessoriale prot. n. 31890 del 30/06/2026 (cfr. All. A5). Per ciascuna criticità saranno indicati l'Area e l'Azione PAC interessate, le verifiche svolte nel 2026, le evidenze acquisite, lo stato rilevato al 30 giugno, le eventuali azioni correttive ancora aperte e l'incidenza sul mantenimento dei requisiti di certificabilità.

4. Attività integrative di verifica e monitoraggio ai fini PAC

In applicazione del criterio sopra descritto, la Funzione Internal Audit ha ricostruito separatamente le attività di controllo svolte nel semestre che, pur risultando documentate e riconducibili alle procedure PAC, non trovano autonoma o completa valorizzazione nel numeratore dell'allegato B1.

4.1. Area A - Generale

Verifica dei funzionigrammi e dei carichi di lavoro. Con nota prot. n. 187502/2026 del 09/04/2026, avente a oggetto *"Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci - PAC Area A Generale. Funzionigramma e carichi di lavoro"*, è stata richiesta alle Strutture interessate la trasmissione, entro il 20/04/2026, dell'ultima versione del funzionigramma aggiornato e dello schema dei carichi di lavoro assegnati al personale. L'attività è stata svolta in attuazione di quanto previsto dall'allegato 1 alla Procedura PAC dell'Area Generale e con riferimento all'**Azione A4.1**, relativa alla *chiara e formalizzata definizione delle funzioni, dei ruoli e delle responsabilità attribuiti alle unità organizzative aziendali.*

La verifica è stata finalizzata a ricostruire le aree procedurali attribuite a ciascuna Struttura e a esaminare la **coerenza tra le funzioni esercitate, le responsabilità operative, il personale assegnato e i relativi carichi di lavoro.** L'analisi ha tenuto conto anche delle modifiche organizzative connesse ai processi di digitalizzazione e alla delega delle funzioni introdotta con deliberazione n. 419/2026, suscettibili di incidere sulla distribuzione delle competenze e sull'assetto operativo delle Strutture aziendali.

La richiesta documentale ha riguardato complessivamente **n. 12 Strutture.** Nell'ambito del **Dipartimento Risorse Tecnologiche, Finanziarie e Strutturali** sono state interessate *l'UOC Approvvigionamenti, la UOC Gestione del Patrimonio, la UOC Gestione Informatica Aziendale, la UOC Bilancio e Programmazione e la UOC Progettazione e Manutenzione.* Il perimetro ha inoltre compreso le **UU.OO.CC. Coordinamento Amministrativo dei Presidi Ospedalieri e Territoriali delle Aree 1, 2 e 3.** Con riferimento al **Dipartimento Risorse Umane**, sono state interessate *la UOC Stato Giuridico, Programmazione e Acquisizione Risorse Umane, la UOC Trattamento Economico e Previdenziale delle*

Risorse Umane Aziendali, la UOC Risorse Umane in Regime di Convenzione, Libero-Professionale e ALPI e la UOC Affari Generali e Convenzioni.

Alla data del 30/06/2026 risultano acquisiti ed esaminati n. 12 funzionigrammi e schemi dei carichi di lavoro, riferite alle n. 12 Strutture comprese nel perimetro della richiesta. Le Strutture che non avevano provveduto entro il termine inizialmente assegnato sono state successivamente sollecitate, con fissazione del nuovo termine al 26/05/2026.

L'esame della documentazione acquisita ha consentito di ricostruire le principali aree procedimentali e la distribuzione delle attività tra il personale delle Strutture riscontranti. I funzionigrammi sono risultati generalmente aggiornati anche rispetto alle modifiche introdotte dalla deliberazione n. 419/2026 e, in più casi, i prospetti hanno fornito una rappresentazione puntuale dei profili professionali, delle sedi di assegnazione e delle attività concretamente svolte.

Sono emersi, tuttavia, livelli di dettaglio non omogenei. L'esame ha evidenziato livelli di dettaglio non omogenei nella rappresentazione dei carichi di lavoro. In alcuni casi, gli schemi acquisiti descrivono le attività assegnate senza consentire una valutazione uniforme del rapporto tra funzioni svolte, volumi gestiti e risorse disponibili. La documentazione ha inoltre restituito, per alcune Strutture, situazioni organizzative caratterizzate da limitata disponibilità di personale, concentrazione di più funzioni su un numero ristretto di dipendenti e ricorso al supporto di personale assegnato ad altre articolazioni aziendali.

Nel complesso, la verifica assume esito "parzialmente positivo". L'Azione A4.1 risulta attuata nel perimetro adeguatamente documentato, mentre resta da completare la ricognizione e da rendere più uniforme la rappresentazione delle funzioni, delle risorse impiegate e dei relativi carichi di lavoro.

L'attività costituisce una verifica documentale trasversale rilevante ai fini dell'Area PAC A, poiché consente di valutare la tracciabilità delle responsabilità e la coerenza dell'assetto organizzativo con i procedimenti amministrativo-contabili. Le relative risultanze sono rappresentate separatamente dal numeratore formale dell'allegato B1 e saranno utilizzate per orientare i successivi approfondimenti sulle eventuali sovrapposizioni, carenze o non chiare attribuzioni delle funzioni. Il monitoraggio proseguirà nel secondo semestre 2026, con particolare attenzione alla sostenibilità dei carichi assegnati e alla corretta segregazione delle funzioni rilevanti ai fini amministrativo-contabili.

4.2. Area E – Rimanenze

- **Accessi fisici presso armadietti e magazzini di reparto.** Il Piano Annuale di Audit 2026 ha previsto, in termini generali, lo svolgimento di verifiche sugli armadietti di reparto. La relativa programmazione operativa è stata successivamente formalizzata, con riferimento all'Azione PAC E2.6, mediante la **nota prot. n. 159776/2026 del 24/03/2026**. Le verifiche, svolte dalla Funzione Internal Audit in raccordo con il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, hanno riguardato la gestione delle scadenze, la tracciabilità delle movimentazioni, le procedure di riordino e l'allineamento tra le giacenze fisiche e le registrazioni presenti nel sistema informativo aziendale. L'attività è stata progressivamente **estesa anche ai magazzini di reparto territoriali, in relazione all'avvio e alla definizione del relativo processo di informatizzazione.**

Complessivamente sono stati effettuati n. 9 accessi fisici, dai quali sono scaturite n. 16 verifiche riferite a UU.OO¹, magazzini o punti operativi univocamente individuati. Per ciascun accesso sono state considerate esclusivamente le verifiche documentate mediante verbali, schede o specifiche note di riscontro. Nel dato complessivo rientrano le verifiche svolte presso il P.O. Ingrassia e il P.O. Villa delle Ginestre, analiticamente richiamate nella successiva sezione dedicata all'Azione

¹ Il dato indicato nella nota prot. n. 331975 del 26 giugno 2026, trasmessa al Collegio Sindacale, rifletteva lo stato della rilevazione disponibile alla data di trasmissione, nel quale non era stata ancora operata la distinzione tra accesso fisico e singole verifiche effettuate nel corso del medesimo accesso. In sede di consolidamento finale sono state distinte le due unità di rilevazione ed è stato completato il quadro delle attività svolte entro il 30 giugno 2026. Il dato definitivo è pertanto pari a n. 9 accessi fisici, dai quali sono scaturite n. 16 verifiche riferite a UU.OO., magazzini o punti operativi univocamente individuati.

Ai fini della verifica riportata nel B2 con riferimento alla UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia", sono state considerate le attività svolte presso la Sala Operatoria di Ostetricia e Ginecologia, la UOSD Gastroenterologia, la UOSD Screening Colon Retto, la UOC Chirurgia Generale e la UOC Ortopedia e Traumatologia del P.O. "G.F. Ingrassia", nonché presso la UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale e la UOS Terapia del Dolore del P.O. Villa delle Ginestre, servito dalla medesima Farmacia.

E2.6. Le relative evidenze hanno concorso alla valorizzazione della UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia" secondo il criterio metodologico sopra indicato.

Monitoraggio trimestrale delle evidenze inventariali. Un secondo livello di controllo ha riguardato l'esecuzione degli inventari trimestrali presso le strutture detentrici di beni sanitari. Con nota prot. n. 155178/2026 del 23/03/2026 è stata richiesta l'effettuazione delle operazioni inventariali al 31/03/2026, finalizzate all'allineamento delle giacenze contabili alle consistenze fisiche rilevate presso gli armadi di reparto. La medesima nota ha previsto la trasmissione, entro il 07/04/2026, del report sintetico per conto economico recante il saldo finale delle giacenze di ciascun armadio, validato in coerenza con le risultanze inventariali.

La Funzione Internal Audit ha proceduto all'esame della totalità delle evidenze trasmesse dalle UU.OO. riscontranti, corrispondenti a circa il 95% del relativo numero delle UU.OO. interne ai Presidi ospedalieri. Il dato esprime pertanto la copertura delle singole U.O. per le quali è stata acquisita ed esaminata una specifica evidenza inventariale.

Il monitoraggio è stato organizzato secondo due livelli complementari di analisi. In primo luogo, le evidenze delle singole UU.OO. sono state aggregate per Presidio ospedaliero, al fine di verificare la copertura del relativo perimetro assistenziale, la rappresentatività delle principali aree a rischio inventariale e l'eventuale presenza di articolazioni non riscontranti. Le risultanze preliminari sono state formalizzate e trasmesse alle Direzioni Sanitarie dei Presidi e ai Direttori dei Dipartimenti interessati con le seguenti note:

- prot. n. 321046/2026 del 22/06/2026, relativa al P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese;
- prot. n. 323499/2026 del 23/06/2026, relativa al P.O. "Ospedale dei Bianchi" di Corleone;
- prot. n. 333528/2026 del 29/06/2026, relativa al P.O. "Madonna SS. dell'Alto" di Petralia Sottana;
- prot. n. 333767/2026 del 29/06/2026, relativa al P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo;
- prot. n. 333811/2026 del 29/06/2026, relativa al P.O. "Villa delle Ginestre" di Palermo;
- prot. n. 370620/2026 del 20/07/2026, relativa al P.O. "Civico" di Partinico.

In secondo luogo, le medesime evidenze sono state rilette su base dipartimentale, aggregando le risultanze delle UU.OO. appartenenti allo stesso Dipartimento anche quando operanti presso Presidi differenti. Tale lettura ha consentito di valutare il grado di omogeneità nell'applicazione della Procedura PAC E e di individuare eventuali criticità comuni o ricorrenti.

L'analisi è stata estesa autonomamente anche alle articolazioni del Dipartimento Interaziendale di Diagnostica di Laboratorio e del Dipartimento di Prevenzione. Le relative risultanze sono state formalizzate, successivamente alla chiusura del semestre, con le note prot. n. 347063/2026 del 06/07/2026 e prot. n. 347304/2026 del 06/07/2026. Tali note si riferiscono alle evidenze inventariali al 31/03/2026 e documentano il completamento delle analisi avviate nel corso del semestre. Il livello dipartimentale viene valorizzato autonomamente soltanto in questi casi.

L'analisi ha evidenziato una copertura documentale complessivamente ampia. I prospetti acquisiti hanno generalmente consentito di ricostruire le giacenze contabili registrate in AREAS e, nei casi maggiormente strutturati, anche le quantità fisicamente inventariate, i lotti, le scadenze e l'esito della riconciliazione tra consistenza fisica e dato contabile.

È emerso, tuttavia, un profilo di attenzione trasversale relativo alla necessità di rendere maggiormente uniforme la formalizzazione dell'intero processo inventariale. In diversi casi, le estrazioni prodotte da AREAS, pur utili alla ricostruzione delle giacenze presenti a sistema, non risultavano accompagnate da evidenze sufficienti dell'avvenuta conta fisica e dell'analisi degli scostamenti e delle eventuali rettifiche operate. Anche la rappresentazione dei lotti, delle scadenze e dei beni obsoleti o a lento rigiro è risultata non omogenea tra le diverse UU.OO.

Le Strutture non riscontranti o per le quali la documentazione risultava incompleta sono state invitate a trasmettere le evidenze mancanti o a comunicarne gli estremi di protocollo. Nei casi espressamente indicati nelle note, è stato assegnato un termine di quindici giorni dal ricevimento della comunicazione per completare la documentazione richiesta.

Le risultanze del primo monitoraggio hanno determinato il rafforzamento delle indicazioni operative impartite per il trimestre successivo. Con nota prot. n. 327848/2026 del 25/06/2026 è stato richiesto che le rilevazioni al 30/06/2026 comprendessero, oltre all'estrazione contabile da AREAS, una specifica evidenza della conta fisica, del confronto tra dato fisico e dato contabile e dell'eventuale gestione delle differenze, dei beni scaduti, dei materiali obsoleti e delle giacenze a lento

ri giro. Il termine per la trasmissione delle evidenze è stato fissato al 10/07/2026 e l'analisi è ancora in corso.

- **Verifica delle estrazioni trimestrali delle rimanenze.** Il terzo livello di controllo ha riguardato le **estrazioni prodotte nell'ambito del flusso beni, relative sia ai magazzini centrali sia ai magazzini di reparto.** Con nota prot. n. 193296/2026 del 13/04/2026 sono state trasmesse le estrazioni delle rimanenze al 31/03/2026 al **Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio, al Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, al Dipartimento di Prevenzione e alla UOC Approvvigionamenti.** Alle predette Strutture è stato richiesto di verificarne e certificarne, entro il 20/04/2026, la coerenza con le risultanze inventariali, ai fini della compilazione e della trasmissione all'Assessorato regionale dei modelli relativi al flusso beni.

L'attività è proseguita, successivamente alla chiusura del semestre, con la nota prot. n. 360568/2026 del 13/07/2026, mediante la quale sono state trasmesse alle medesime Strutture le estrazioni al 30/06/2026, fissando al 24/07/2026 il termine per la relativa verifica e certificazione. Tale seconda attività assicura continuità al controllo trimestrale avviato sulle estrazioni al 31/03/2026. Le relative risultanze, maturate dopo la chiusura del semestre, non concorrono al dato integrativo riferito al 30/06/2026 e saranno valorizzate nella rendicontazione al 31/12/2026.

Considerate nel loro complesso, le attività integrative riferite alle Aree A ed E documentano un'estensione dell'attività di controllo ulteriore rispetto alle posizioni formalmente valorizzate nell'allegato B1. Le relative consistenze sono riportate distintamente nei paragrafi precedenti, in relazione alla specifica unità di conteggio applicabile, distinguendo le Strutture interessate dalla ricognizione dei funzionigrammi, gli accessi fisici effettuati, le UU.OO., i magazzini e i punti operativi esaminati, le evidenze inventariali acquisite e i riscontri relativi alle estrazioni trimestrali delle rimanenze.

In considerazione della diversa natura delle attività e della possibile sovrapposizione tra i livelli organizzativi interessati, non viene determinato un unico dato aggregato, che non risulterebbe direttamente confrontabile con il perimetro dell'allegato B1. Le attività sono pertanto valorizzate autonomamente sul piano quantitativo, documentale e istruttorio, senza modificare la percentuale formale di copertura e senza assimilare il numero degli interventi al numero delle strutture previste dalla base regionale.

5. ESITI DELLE VERIFICHE DI AUDIT

5.1. VERIFICHE DI FOLLOW-UP

Coerentemente con quanto previsto dal **Piano di Audit 2026**, nel corso del I semestre 2026 sono state effettuate le seguenti verifiche di follow-up.

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

Nella presente sottosezione sono riportate **esclusivamente le risultanze cui i Rapporti di follow-up hanno attribuito espressamente esito positivo.** Nei casi in cui il medesimo intervento abbia restituito esiti differenti con riguardo agli obiettivi PAC e alle singole Azioni PAC, alle Strutture coinvolte o ai segmenti organizzativi esaminati, ciascuna risultanza è rappresentata nel sottoparagrafo corrispondente al relativo esito. Pertanto, l'eventuale richiamo del medesimo Rapporto in più sottoparagrafi non costituisce duplicazione dell'intervento, ma consegue alla classificazione analitica delle singole componenti sottoposte a verifica.

Il valore dei rilievi e il livello di adeguatezza dei sistemi di controllo sono riportati conformemente alle valutazioni espresse nei singoli Rapporti. Nei verbali con esiti differenziati, l'eventuale qualificazione complessiva del rilievo come "moderato" deve essere riferita alle specifiche componenti giudicate "con riserva/parzialmente positive" e non si estende alle Azioni PAC cui il medesimo Rapporto attribuisce espressamente esito positivo.

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e criterio di rappresentazione. Per ciascuna Azione PAC sottoposta a verifica il raccordo con il Risk Assessment 2026 e con i presidi previsti dalla pertinente procedura e dalla relativa matrice dei controlli è rappresentato una sola volta, prima delle singole verifiche riferite alla medesima Azione. Qualora l'Azione di verifica non sia autonomamente valorizzata nel Risk Assessment, la correlazione è effettuata con l'Azione-base o con la procedura della quale è stata verificata la corretta esecuzione, senza attribuire alla prima un livello di rischio non espressamente previsto. Gli esiti restano circoscritti alla Struttura, al segmento organizzativo, al periodo e al campione effettivamente esaminati e non comportano l'automatica rideterminazione del

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

rischio pianificato né l'estensione del giudizio all'intera Area PAC. Per le Azioni riconducibili alle criticità indicate nella scheda di monitoraggio regionale è distinto l'esito del campione dall'eventuale permanenza della criticità a livello complessivo di Area o di processo.

Per le Azioni riconducibili alle criticità indicate nella scheda di monitoraggio trasmessa dall'Assessorato con nota prot. n. 31890 del 30/06/2026, è infine evidenziato lo stato rilevabile alla medesima data, distinguendo l'esito positivo del campione dall'eventuale permanenza della criticità a livello complessivo di Area o di processo.

AREA GENERALE

Obiettivo A2 - Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione A2.5 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026. Il raccordo è pertanto effettuato con le Azioni A2.1 e A2.4, entrambe caratterizzate da probabilità 2, impatto 4, valore 8 e livello di rischio "medio". La matrice dei controlli considera il sistema di programmazione e controllo, l'assegnazione degli obiettivi e dei budget, il monitoraggio degli scostamenti, il ciclo della performance e la predisposizione della reportistica direzionale necessaria alla verifica dei risultati conseguiti.

- **Verifica di follow-up del 12 febbraio 2026 - UOC Programmazione e Controllo di Gestione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 98959/2026 del 23/02/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con i precedenti interventi riferiti ai processi di programmazione, budget, performance organizzativa e reporting direzionale, al fine di accertare la permanenza e l'evoluzione dei presidi già esaminati.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione A2.5 è diretta a verificare la corretta esecuzione delle Azioni A2.1 e A2.4, concernenti, rispettivamente, il sistema di programmazione e controllo della gestione e l'adozione di un modello di reporting idoneo a consentire ai responsabili la verifica dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La verifica ha riguardato tre distinti ambiti, esaminati separatamente ai fini della valutazione.

Ciclo della performance organizzativa. Sono stati esaminati il PIAO vigente, il Sistema di misurazione e valutazione della performance, gli atti di assegnazione e negoziazione degli obiettivi, le rendicontazioni intermedie, la Relazione sulla Performance con la relativa documentazione di validazione e gli atti riguardanti il Gruppo di lavoro dedicato. Le evidenze hanno documentato un processo formalizzato, nel quale gli obiettivi sono assegnati alle Strutture mediante atti dedicati, sottoposti a monitoraggio intermedio e successivamente rendicontati. Il Gruppo di lavoro presidia le fasi di negoziazione, verifica periodica e valutazione finale, assicurando continuità al raccordo tra programmazione strategica e attività operative. Il sistema è risultato sostanzialmente consolidato. L'azione di miglioramento riguarda la necessità di rendere uniformi i format utilizzati dalle diverse Strutture per il monitoraggio e potenziare la rendicontazione degli obiettivi **la quale deve prevedere il rafforzamento del monitoraggio trimestrale e semestrale.**

Processo di assegnazione e monitoraggio del budget. Sono stati esaminati gli atti di assegnazione dei budget 2025 e 2026, l'elenco complessivo delle assegnazioni economiche, i report relativi ai quattro trimestri del 2025 e, a campione, i percorsi riferiti al Dipartimento Veterinario e alla Progettazione e Manutenzione. La documentazione **ha consentito di ricostruire la sequenza tra proposta, valutazione tecnica, verifica della compatibilità economica, definizione dei tetti di spesa e comunicazione delle risorse assegnate.** Nei campioni esaminati il processo è risultato strutturato, formalizzato e tracciabile mediante note, allegati tecnici e prospetti riepilogativi.

Per il 2026 la Struttura ha rappresentato che il budget è stato determinato, come da disposizione aziendale, nella misura del 92% di quanto indicato nella valorizzazione di bilancio stima a finire del 2025, predisposta dalla UOC Bilancio e programmazione, allo scopo di verificare l'effettivo fabbisogno connesso ai contratti in essere e di consentire alla Direzione Strategica le conseguenti valutazioni. Il monitoraggio delle assegnazioni di budget a livello aziendale è effettuato con cadenza trimestrale e trasmesso alla UOC Bilancio per le valutazioni di competenza. Le sub-autorizzazioni relative agli acquisti, create a sistema dalle strutture beneficiarie del budget, vengono considerate impegnate in presenza dell'ordine e le eventuali integrazioni di budget sono subordinate alla verifica della coerenza

con la programmazione e alla produzione di una specifica motivazione ed approvate dalla Direzione Strategica. Tali elementi documentano un presidio anticipato e periodico della spesa. Il solo intervento evolutivo indicato riguarda lo sviluppo di una reportistica più analitica direttamente estraibile dal sistema informativo aziendale, e che consenta di rappresentare distintamente, per singolo conto economico, autorizzazioni, sub-autorizzazioni e relative variazioni, in luogo della sola esposizione dei saldi complessivi. Tale intervento, tuttavia, non è attribuibile esclusivamente alla UOC oggetto di verifica poiché necessita del supporto evolutivo della software house già sollecitato dalla UOC Controllo di Gestione. **Raccordo tra Contabilità generale e Contabilità analitica.** Per tale ambito non sono stati acquisiti documenti autonomi specificamente predisposti per la verifica. Le risultanze derivano dalle dichiarazioni rese in sede di inquiry e dalla documentazione già prodotta nell'ambito delle attività di programmazione e controllo. La UOC ha rappresentato che le movimentazioni registrate in AREAS alimentano la Contabilità analitica mediante la correlazione tra costi, ricavi e fattori produttivi e consentono analisi per centro di responsabilità e fattore produttivo. Il raccordo è risultato presidiato e coerente per le movimentazioni presenti nell'applicativo e per i flussi già integrati. Le limitazioni residue riguardano l'integrazione con ulteriori applicativi aziendali, in particolare quelli relativi alle risorse umane, per i quali risulta rilevabile la natura economica del costo, ma non sempre la completa destinazione analitica. Il Rapporto ha ricondotto tale profilo a limiti tecnologici e d'integrazione applicativa, e non a carenze organizzative.

Esito e interventi evolutivi. Il Rapporto non ha formulato rilievi e ha attribuito alla verifica esito "positivo", valutando "soddisfacente" il livello di adeguatezza dei sistemi di controllo interni. In particolare, il ciclo della performance è risultato formalizzato e periodicamente monitorato, mentre il processo di assegnazione e controllo del budget è risultato strutturato, tracciabile e supportato da controlli periodici e preventivi sulla spesa.

Gli interventi indicati **assumono natura correttiva in senso stretto** e sono finalizzati al consolidamento dei presidi già operativi. Essi riguardano la progressiva uniformazione dei format di monitoraggio della performance, lo sviluppo della rappresentazione analitica delle autorizzazioni e sub-autorizzazioni di budget e **il completamento delle integrazioni tra i sistemi informativi**. Per quest'ultimo ambito è stato richiesto il coinvolgimento della UOC Gestione Informatica Aziendale e dei RUP e DEC dei contratti applicativi, con avvio delle interlocuzioni entro il 15/03/2026, definizione di un piano di sviluppo condiviso entro il 30/04/2026 e aggiornamento sullo stato di avanzamento entro il 01/06/2026. **Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio.** Alla data del 30/06/2026 l'Azione può considerarsi presidiata nel perimetro sottoposto a verifica. Il successivo monitoraggio dovrà riguardare, tra gli altri, gli interventi evolutivi sopra indicati, verificando il mantenimento dell'esito positivo attribuito ai processi di performance e di assegnazione e monitoraggio del budget, né sul presidio del raccordo Co.Ge.-Co.An. **già riscontrato solo per i flussi presenti in AREAS e pienamente integrati.**

Rischio residuo. Il rischio residuo è riconducibile alla non completa integrazione dei sistemi che alimentano la Contabilità analitica, alla conseguente necessità di ricorrere a elaborazioni non integralmente automatizzate e alla non uniforme rappresentazione dei risultati di monitoraggio. **Tali profili sono stati ritenuti, allo stato, non ostativi all'esito positivo complessivamente attribuito alla Struttura, valutazione che conserva carattere prudenziale e che dovrà essere riesaminata alla luce dell'effettivo avanzamento delle integrazioni applicative e delle ulteriori evidenze acquisite.**

La loro risoluzione richiede un'attività coordinata a livello aziendale, con il coinvolgimento della UOC Gestione Informatica Aziendale, dei RUP e dei DEC dei contratti applicativi e delle ulteriori Strutture che alimentano i flussi interessati. **Tale percorso risulta avviato**, anche con riferimento all'evoluzione di AREAS per cui la sua completa attuazione dovrà essere accertata mediante il successivo monitoraggio degli sviluppi realizzati. **Il giudizio positivo, per questo specifico aspetto, è riferito ai flussi già integrati e non attesta il completamento del raccordo Co.Ge.-Co.An.**

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Obiettivo D1 - Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni

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"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D1.4 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è ricondotta alla D1.1, caratterizzata da probabilità 5, impatto 4, valore 20 e livello di rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la separazione delle responsabilità nelle fasi di autorizzazione, acquisizione, ricevimento, configurazione inventariale, gestione, contabilizzazione, ammortamento e dismissione dei beni, nonché la ricostruibilità del percorso tra ordine, entrata merci, cespiti e rilevazione contabile.

- **Verifica documentale di follow-up dell'8 maggio 2026 - UOC Bilancio e Programmazione**
- **Rapporto trasmesso con nota prot. n. 265935/2026 del 21/05/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con i precedenti interventi del 21 marzo e del 2 dicembre 2025 ed è stata **circoscritta ai profili contabili di diretta competenza della UOC Bilancio e Programmazione**. L'attività ha riguardato l'operatività dei presidi relativi alla rilevazione in Contabilità generale delle operazioni afferenti alle immobilizzazioni e alla separazione tra gestione tecnica e patrimoniale del cespiti, da un lato, e contabilizzazione dei relativi effetti, dall'altro.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione D1.4 verifica l'effettiva applicazione della D1.1, che richiede la separazione delle responsabilità nelle fasi di autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento, alienazione o dismissione delle immobilizzazioni. Nel perimetro esaminato, il controllo ha riguardato la corretta e tempestiva registrazione in Co.Ge. delle operazioni comunicate dalle Strutture titolari delle fasi tecniche, inventariali e patrimoniali.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati la relazione di aggiornamento trasmessa dalla UOC con nota prot. n. 253686/2026 e i mastri AMC relativi alle principali classi di immobilizzazioni movimentate nel 2026, aggiornati al 13/05/2026. Le estrazioni riportano conto, saldo iniziale, data e numero di registrazione, causale, descrizione del movimento, controparte e importi in Dare e in Avere, consentendo di distinguere nuove imputazioni patrimoniali, rettifiche, dismissioni e utilizzi dei fondi ammortamento.

Con specifico riferimento al conto "Immobilizzazioni materiali in corso e acconti", la documentazione espone un saldo iniziale di euro 44.175.067,90, movimentazioni in Dare per euro 13.176.490,27, movimentazioni in Avere per euro 313.493,50 e un saldo al 13/05/2026 pari a euro 57.038.064,67. La composizione del mastro, alimentato prevalentemente da fatture relative a lavori e interventi, anche finanziati dal PNRR, e da note di credito, **ha fornito evidenza della continuità e della tracciabilità contabile delle operazioni ancora in corso di completamento o di definitiva imputazione patrimoniale**. Le ulteriori estrazioni hanno dato evidenza delle scritture di dismissione e delle corrispondenti contropartite sui fondi ammortamento.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto non ha rilevato anomalie contabili tali da incidere sul presidio della Struttura e ha formalizzato un esito "positivo", con livello di adeguatezza dei sistemi di controllo interni "soddisfacente". Rispetto alle precedenti verifiche, nelle quali i profili D1 erano stati associati a un rilievo moderato per la necessità di consolidare il raccordo contabile e interfunkzionale, le evidenze aggiornate documentano un avanzamento nella rappresentazione del ruolo della UOC e nella tracciabilità delle registrazioni in Co.Ge.

Rimane oggetto di attenzione tecnica l'interlocuzione con la software house relativa alla riconciliazione degli ammortamenti, avviata in quanto i valori elaborati dal sistema non risultavano coerenti con quelli esposti nel libro cespiti. Il Rapporto riconduce tale profilo alla natura interfunkzionale del processo e alla dipendenza dal sistema informativo, senza qualificarlo come rilievo a carico esclusivo della UOC Bilancio e Programmazione.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione D1.4 può considerarsi superata nel perimetro contabile sottoposto a verifica. Il Rapporto non ha prescritto azioni correttive o di miglioramento e ha indicato "N/A" nella relativa sezione; non è stato quindi fissato alcun termine specifico. Il raccordo tra mastri contabili, libro cespiti e scritture di ammortamento e sterilizzazione dovrà essere nuovamente riscontrato nell'ambito delle successive verifiche previste dal Piano di Audit.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la completezza e la tempestività dei flussi provenienti dalle Strutture titolari delle fasi tecniche, patrimoniali e inventariali e la corretta riconciliazione degli ammortamenti elaborati dal sistema. Tali profili non hanno inciso sull'esito positivo del segmento contabile esaminato ma richiedono il mantenimento del raccordo interfunkzionale e il completamento dell'interlocuzione tecnica già avviata.

- **Verifica di follow-up del 21 maggio 2026 – Progettazione e Manutenzione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 315196/2026 del 17/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con gli audit del 21 marzo e del 2 dicembre 2025 e ha interessato, tra le altre, l'**Azione D1.4**. La presente analisi è circoscritta esclusivamente al segmento relativo alla separazione delle responsabilità nel ciclo delle immobilizzazioni di competenza della Progettazione e Manutenzione. Le risultanze riguardanti l'Area I sono rappresentate separatamente nella relativa sezione, mentre la D4.7, cui il Rapporto ha attribuito esito parzialmente positivo, sarà trattata nel sottoparagrafo dedicato agli esiti con riserva.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione D1.4 è diretta a verificare la corretta esecuzione della procedura prevista dalla D1.1, secondo la quale le diverse fasi di autorizzazione, acquisizione, gestione e contabilizzazione delle immobilizzazioni devono essere affidate a soggetti aziendali distinti. Nel perimetro della UOC verificata, il controllo ha riguardato la separazione tra valutazione tecnica del fabbisogno, affidamento, verifica dell'esecuzione, predisposizione dell'ordine e degli atti liquidatori e successive attività patrimoniali e contabili demandate alle altre Strutture competenti.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati la relazione di aggiornamento della UOC, gli elenchi relativi a fatture, ordini, determine e deliberazioni degli esercizi 2025 e 2026, l'intero complesso delle deliberazioni trasmesse e un campione ragionato delle determinazioni. L'analisi è stata completata attraverso l'esame delle pratiche relative ai lavori di adeguamento dei locali destinati all'installazione di una TAC presso il PTA Palermo Centro, affidati a SLY Solution S.r.l., e alla realizzazione della farmacia di presidio e territoriale del P.O. di Partinico da parte della società Promedil.

In sede di inquiry, la Struttura ha rappresentato che, nella fase di affidamento, vengono individuati il RUP e, ove previsto, il DEC o il Direttore dei lavori. Il DEC o il Direttore dei lavori presidia l'esecuzione della prestazione, mentre il RUP esercita il controllo conclusivo sull'andamento e sulla regolare definizione dell'intervento. Acquisito il certificato di regolare esecuzione, il collaudo o l'attestazione equivalente, il procedimento prosegue mediante l'adozione della determina o della deliberazione prevista in relazione alla natura dell'atto.

Le pratiche campionate hanno confermato la **concreta riconoscibilità di tale articolazione. I fascicoli consentono infatti di ricostruire la sequenza tra affidamento, individuazione delle figure responsabili, controllo tecnico dell'esecuzione, formazione degli atti conclusivi e successivo trasferimento delle informazioni alle Strutture competenti per gli adempimenti patrimoniali e contabili.** In particolare, la pratica relativa a SLY Solution rende verificabile la separazione tra responsabilità procedimentale, direzione tecnica dell'esecuzione e successive fasi amministrativo-contabili; la pratica Promedil documenta la distinzione tra fase tecnica, attività liquidatoria e fase finanziaria lungo lo sviluppo dell'intervento.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D1 esito "positivo", **rilevando un'evoluzione favorevole rispetto alle verifiche precedenti.** La documentazione aggiornata e le risultanze dell'inquiry consentono di ricostruire un assetto nel quale responsabilità procedimentale, verifica tecnica dell'esecuzione, supporto ordinativo e pre-liquidatorio e successiva competenza patrimoniale e contabile risultano funzionalmente distinte e riconoscibili nei passaggi essenziali.

Non sono state formulate specifiche azioni correttive né è stato assegnato un termine di attuazione.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione D1.4 risulta superata nel perimetro della Progettazione e Manutenzione e dei procedimenti campionati. Rispetto alle verifiche del 2025, **l'avanzamento è rappresentato dalla maggiore evidenza documentale della distribuzione delle responsabilità e dalla possibilità di ricostruire il contributo dei diversi soggetti nelle fasi tecniche, autorizzative e amministrativo-contabili.**

Con riferimento alle criticità dell'Area Immobilizzazioni richiamate dall'Assessorato con nota prot. n. 31890 del 30/06/2026, **le risultanze costituiscono evidenza favorevole sul presidio D1 esercitato dalla UOC verificata.** La valutazione complessiva della criticità dovrà tuttavia tenere conto anche degli esiti delle verifiche sulle altre Strutture coinvolte nel ciclo e della componente D4, separatamente classificata con riserva.

Rischio residuo. Il rischio pianificato associato alla D1.1 resta qualificato come "elevato" nel Risk Assessment 2026. Nel perimetro verificato, il relativo presidio è risultato operativo e documentabile. La sua tenuta dipende dal mantenimento della chiara distinzione tra attestazione tecnica, istruttoria

amministrativa e successive competenze patrimoniali e contabili, nonché dalla costante riconoscibilità dei soggetti intervenuti nei fascicoli relativi ai lavori e alle manutenzioni.

Obiettivo D4 - Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti

Azione D4.7 "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto D4.1 e D4.3"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D4.7 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alle Azioni D4.1 e D4.3, entrambe caratterizzate da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera la predisposizione del Piano degli Investimenti, l'individuazione delle fonti e del budget, l'autorizzazione dell'intervento, l'avvio, l'avanzamento, l'utilizzo delle risorse, il monitoraggio degli scostamenti e la rappresentazione conclusiva dello stato di attuazione.

- **Verifica documentale di follow-up dell'8 maggio 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 265935/2026 del 21/05/2026**

Inquadramento della verifica. Nell'ambito del medesimo intervento documentale, la Funzione Internal Audit ha verificato il ruolo della UOC Bilancio e Programmazione nel processo di monitoraggio del Piano degli Investimenti, limitatamente ai profili contabili e finanziari di competenza della Struttura.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione D4.7 è diretta a verificare la corretta esecuzione delle Azioni D4.1 e D4.3, concernenti la definizione del processo di predisposizione del Piano degli Investimenti, l'identificazione del budget per ciascun intervento e il controllo del budget stabilito nel Piano. La verifica ha tenuto conto del ruolo di supporto attribuito alla UOC Bilancio e Programmazione, mentre la titolarità sostanziale della programmazione e del monitoraggio degli investimenti resta assegnata alle Strutture responsabili del relativo processo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La UOC ha rappresentato di intervenire nel processo quale supporto contabile, fornendo indicazioni sulla disponibilità delle fonti di finanziamento o sull'eventuale imputazione in conto esercizio. Per il 2025 la Struttura ha dichiarato di non avere ricevuto specifiche richieste di supporto o convocazioni, confermando che il monitoraggio sostanziale del Piano è incardinato presso le Strutture titolari della programmazione.

La documentazione ha tuttavia evidenziato che la matrice dei controlli individua la UOC Bilancio e Programmazione quale responsabile di un controllo "ad evento" sulle variazioni al programma dei beni e servizi e al programma dei lavori, attività che la Struttura ha dichiarato di non svolgere. Il Rapporto ha precisato che tale circostanza non configura automaticamente un'inadempienza della UOC, ma evidenzia la necessità di chiarire l'allineamento tra attribuzione procedurale formale e assetto operativo effettivo.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha formalizzato un esito "positivo", con livello di adeguatezza "soddisfacente" e senza rilievi a carico della UOC. È stata tuttavia rappresentata l'opportunità che il Referente PAC valuti se il controllo previsto dalla matrice debba essere effettivamente svolto dalla UOC Bilancio e Programmazione oppure dalla Struttura titolare del monitoraggio degli investimenti, mantenendo al Bilancio una funzione di supporto sui dati contabili e finanziari.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione D4.7 può considerarsi superata nel limitato perimetro di supporto contabile sottoposto a verifica. Il Rapporto non ha formulato azioni correttive prescrittive e ha riportato "N/A", senza assegnare termini alla UOC Bilancio e Programmazione. Rimane da chiarire, a livello procedurale, l'attribuzione del controllo "ad evento" risultante dalla matrice.

Rischio residuo. Il rischio residuo non deriva da anomalie contabili riscontrate, ma dal possibile disallineamento tra responsabilità formalmente rappresentate nella procedura e attività effettivamente svolte. Il suo contenimento richiede una valutazione del Referente PAC e l'eventuale riallineamento della matrice dei controlli. **L'esame della modifica relativa alla Procedura PAC D è in corso come da nota prot. 319755 del 19/06/2026.**

- **Verifica di follow-up dell'11 maggio 2026 – UOC Approvvigionamenti – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 297006/2026 dell'08/06/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto reca esiti differenziati con riferimento alle Azioni D1.4, D4.7, I1.3, I3.6 e I6.3. La D4.7 è stata espressamente qualificata come positiva, mentre le

restanti Azioni sono state giudicate parzialmente positive e saranno pertanto rappresentate nel sottoparagrafo dedicato alle verifiche con riserva.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La D4.7 ha riguardato la verifica della corretta esecuzione del processo di programmazione degli investimenti e del controllo del relativo budget. Nel perimetro della UOC Approvvigionamenti sono stati esaminati la raccolta e l'aggregazione dei fabbisogni, la loro riconduzione al Programma triennale e l'impiego del CUI quale elemento di collegamento tra richiesta, programmazione e successiva procedura di acquisizione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il Programma triennale, i dataset relativi ai fabbisogni e agli interventi programmati, il monitoraggio svolto nel 2025 e la documentazione concernente l'introduzione della piattaforma aziendale AR.LO per il ciclo di programmazione 2026-2028.

Le evidenze hanno mostrato l'esistenza di un processo documentato di acquisizione e aggregazione delle richieste provenienti dalle Strutture aziendali. L'utilizzo del CUI consente di ricondurre il fabbisogno all'intervento inserito nella programmazione e di seguirne la successiva evoluzione. Rispetto al 2025, quando erano state rilevate richieste eterogenee, incomplete o tardive, l'introduzione di AR.LO costituisce un avanzamento orientato alla standardizzazione del flusso e alla disponibilità di dati maggiormente strutturati.

Il Rapporto ha, tuttavia, evidenziato che il processo è ancora in fase di consolidamento, soprattutto nel passaggio dalla richiesta validata all'intervento aggregato e nel raccordo tra CUI, budget, procedura, ordine e liquidazione. La presenza del CUI rappresenta, quindi, un presidio informativo rilevante ma la sua piena efficacia dipende dalla continuità e completezza dell'alimentazione dei dataset e dall'utilizzo degli identificativi lungo le successive fasi gestionali.

Esito e profili di miglioramento. Per la D4.7 il Rapporto ha formalizzato "nessun rilievo" ed esito "positivo", motivato dalla presenza di un processo documentato di programmazione dei fabbisogni, dal monitoraggio del Piano e dall'introduzione del CUI quale chiave di raccordo. Il rilievo moderato riportato nel medesimo Rapporto riguarda esclusivamente le Azioni D1.4, I1.3, I3.6 e I6.3, giudicate parzialmente positive, e non viene esteso alla D4.7.

Pur in presenza dell'esito positivo, sono stati individuati margini di miglioramento nella qualità dei dataset e nella classificazione delle eccezioni. In particolare, è stato richiesto di rendere immediatamente leggibili CUI, CIG, fonte di finanziamento, Struttura richiedente o utilizzatrice, stato della procedura, scadenza e natura dell'intervento, distinguendo le posizioni legittimamente prive di CUI o CIG dalle pendenze istruttorie e dai casi da regolarizzare.

È stata inoltre prevista la predisposizione di un report sull'utilizzo di AR.LO, idoneo a ricostruire il passaggio dalla richiesta validata all'intervento aggregato e dalla generazione del CUI al raccordo con budget, procedura, ordine e liquidazione. Il report dovrà evidenziare anche i CUI non ancora utilizzati, gli interventi con valore in aumento, le richieste non programmate e gli scostamenti rispetto ai fabbisogni originariamente rappresentati.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la D4.7 può considerarsi superata nel perimetro sottoposto a verifica, mentre il consolidamento dei dataset e del nuovo flusso AR.LO-CUI risulta ancora in corso. **Il Rapporto ha fissato al 31/12/2026 il termine per il miglioramento della qualità dei dataset e la classificazione delle eccezioni e al 31/03/2027 il termine per la produzione del report sul funzionamento di AR.LO e sul consolidamento del CUI.**

In relazione alla criticità indicata nella scheda assessoriale con riferimento alla D4.7 e alla gestione delle immobilizzazioni, **lo stato deve considerarsi parzialmente superato/in corso.** Il Rapporto documenta un miglioramento verificabile della programmazione e del monitoraggio, ma la completa stabilizzazione del presidio richiede che il nuovo flusso sia utilizzato con continuità e che il collegamento tra fabbisogno, programmazione, budget e procedura risulti dimostrabile sull'intero perimetro.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che informazioni incomplete, non uniformemente classificate o non aggiornate riducano la capacità di ricostruire il passaggio dal fabbisogno alla procedura di acquisizione e di monitorare gli scostamenti rispetto alla programmazione. Tale rischio non ha inciso sull'esito positivo del processo verificato ma dovrà essere rivalutato dopo la piena applicazione di AR.LO e la produzione dei report previsti.

Obiettivo D5 – "Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti e le donazioni"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D5.4 è raccordata alle D5.1 e D5.3, entrambe caratterizzate da probabilità 5, impatto 4, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la continuità del collegamento tra fonte di finanziamento, eventuale autorizzazione extrabudget, CUP, CIG, chiave contabile, ordine, entrata merci, fattura, configurazione del cespite, conti patrimoniali, ammortamenti e sterilizzazioni.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 – UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato la riconducibilità dei beni acquisiti alla pertinente fonte di finanziamento e la permanenza dei riferimenti identificativi e contabili lungo le diverse fasi del procedimento.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Nel procedimento relativo ai due stimolatori magnetici transcranici sono risultati stabilmente riportati la fonte PSN, il CUP, il CIG, l'autorizzazione extrabudget e la chiave contabile. Il collegamento è stato mantenuto nella documentazione autorizzativa, negli ordini, nelle fatture e nella liquidazione. Le risultanze sono coerenti con l'utilizzo delle autorizzazioni dedicate UA_PSN, UA_PNRR e UA_ADDIRUS descritto dalla Struttura.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D5 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". È stato tuttavia richiesto di integrare stabilmente l'elenco degli ordini con CUP, CIG, autorizzazione extrabudget e chiave contabile, oppure di predisporre un equivalente prospetto di raccordo. La misura, da realizzare entro il 30/09/2026, ha natura di consolidamento documentale e non modifica l'esito positivo.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. La D5.4 può considerarsi superata nel perimetro verificato. Il rischio residuo riguarda la necessità di assicurare la medesima immediatezza del raccordo per l'intera popolazione degli ordini e non soltanto per i fascicoli ricostruiti analiticamente.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 28 maggio 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 352806/2026 dell'08/07/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento ha esaminato le Azioni D5.4, D6.4 e H1.3, restituendo esito positivo per D5 e, limitatamente al presidio contabile della UOC Bilancio e Programmazione, per D6; l'esito relativo a H1 è stato invece qualificato come parzialmente positivo e sarà trattato esclusivamente nel sottoparagrafo dedicato alle verifiche con riserva. **La presente analisi riguarda pertanto la sola componente D5.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i prospetti relativi alle fonti di finanziamento collegate ai cespiti e agli investimenti per gli esercizi 2025 e 2026, nonché l'estratto del Bilancio di verifica al 31/12/2025 riferito alle fonti PNRR. Il prospetto 2025 comprende n. 6.818 posizioni e presenta la fonte di finanziamento valorizzata sull'intera popolazione esaminata. Quello relativo al 2026 comprende n. 337 posizioni e documenta la prosecuzione del tracciamento nel primo periodo dell'esercizio.

Le evidenze hanno consentito di verificare il collegamento tra fonte, cespiti, conto di immobilizzazione, valore di carico, base ammortizzabile e trattamento della sterilizzazione. Per le principali linee PNRR è stata inoltre riscontrata, a livello di Contabilità generale, la **corrispondenza tra i conti patrimoniali nei quali sono iscritte le fonti di finanziamento e i correlati conti di utilizzo.**

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D5 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". È stata riscontrata la presenza di un **presidio contabile idoneo** a mantenere la fonte di finanziamento collegata alla posizione patrimoniale e al relativo trattamento contabile. Le integrazioni indicate dal Rapporto sono finalizzate a rendere più immediatamente ricostruibile, tra le Strutture coinvolte, il collegamento tra Struttura ordinante, fonte di finanziamento, cespiti e relativo trattamento contabile e non modificano l'esito favorevole della verifica.

Azione di miglioramento e termine. Alla UOC Bilancio e Programmazione è stato raccomandato di integrare il tracciato con l'indicazione della Struttura ordinante e, per il 2026, con l'esposizione autonoma dei conti di sterilizzazione e di utilizzo, ove tecnicamente estraibili dal sistema. Il termine è

fissato entro 60 giorni dalla trasmissione del Rapporto definitivo, con applicazione alla prima estrazione utile successiva.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. L'Azione D5.4 può considerarsi superata nel perimetro contabile verificato. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che informazioni non complete o non uniformemente valorizzate dalle Strutture che alimentano il processo rendano meno immediata la riconduzione del cespite alla Struttura ordinante e alla relativa fonte di finanziamento. Il presidio contabile riscontrato presso la UOC Bilancio e Programmazione consente comunque di mantenere il collegamento tra cespite, conto patrimoniale e trattamento contabile. L'integrazione del tracciato prevista dal Rapporto renderà tale raccordo più immediato e uniforme sull'intera popolazione esaminata.

Obiettivo D6 – "Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie"

Azione D6.4 – "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche, anche su base campionaria, delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D6.4 è raccordata alle D6.1 e D6.3, entrambe caratterizzate da probabilità 3, impatto 3, valore 9 e rischio "medio". La matrice dei controlli considera la corretta qualificazione degli interventi, la distinzione tra costo d'esercizio, manutenzione straordinaria e immobilizzazione in corso, la presenza dei requisiti tecnici per la capitalizzazione e il collegamento con cespite, localizzazione, fonte di finanziamento e successive rilevazioni patrimoniali e contabili.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 28 maggio 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con n. 352806/2026 dell'08/07/2026**

Inquadramento della verifica. La componente D6 ha riguardato esclusivamente il presidio contabile esercitato dalla UOC Bilancio e Programmazione sulla classificazione delle manutenzioni straordinarie e delle immobilizzazioni in corso. La valutazione non è estesa alle fasi tecniche di formazione e trasmissione dei collaudi o delle attestazioni di regolare esecuzione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i mastri relativi alle immobilizzazioni materiali in corso e alle manutenzioni straordinarie per gli esercizi 2025 e 2026, nonché una pratica campionaria riferita alla fattura SAGEDIL S.r.l. n. 15 del 03/06/2026, concernente lavori di manutenzione straordinaria edile-impiantistica presso il P.O. Cimino di Termini Imerese.

Nel caso campionato la UOC Bilancio e Programmazione, dopo avere esaminato la descrizione della fattura e avere attivato il raccordo con il personale tecnico, ha ricondotto l'operazione dal conto delle manutenzioni straordinarie al conto "Immobilizzazioni materiali in corso", ritenuto coerente con la natura dell'intervento e con lo stato di avanzamento dei lavori. La pratica ha pertanto documentato l'effettivo esercizio di un controllo contabile compensativo rispetto all'originaria imputazione.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D6 esito "positivo" e adeguatezza "soddisfacente" esclusivamente con riferimento al presidio contabile della UOC Bilancio e Programmazione. La mancata disponibilità dei verbali di collaudo e delle certificazioni di regolare esecuzione non è stata imputata alla UOC verificata, trattandosi di documentazione formata dalle Strutture tecniche competenti. Essa condiziona, tuttavia, la valutazione complessiva della filiera aziendale D6.

Azioni di consolidamento e termini. L'azione correttiva è stata estesa al Dipartimento RTFS, tramite le Strutture tecniche competenti. Il Dipartimento dovrà effettuare una ricognizione degli interventi iscritti tra le immobilizzazioni in corso e trasmettere alla UOC Bilancio e Programmazione i collaudi, le certificazioni di regolare esecuzione o altra documentazione tecnica idonea alla riclassificazione sul cespite. È prevista una comunicazione di raccordo entro 30 giorni dalla trasmissione del Rapporto definitivo, una prima ricognizione tecnica entro 60 giorni e il successivo aggiornamento con cadenza trimestrale.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. La D6.4 può considerarsi superata nel perimetro del controllo contabile esercitato dalla UOC Bilancio e Programmazione. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che la mancata tempestiva disponibilità delle evidenze tecniche ritardi la riclassificazione degli interventi sul cespite e la conseguente rilevazione degli ammortamenti. Il presidio contabile già operativo e il raccordo avviato con le Strutture tecniche riducono tale

esposizione. Il completamento della ricognizione prevista consentirà di estendere la valutazione all'intera filiera aziendale D6.

AREA RIMANENZE

Obiettivo E1 - "Dimostrare l'effettiva esistenza fisica delle scorte presso magazzini, reparti/servizi e terzi"

Azione E1.4 - "Garantire l'adeguamento del dato contabile delle rimanenze alle risultanze dell'inventario, mediante il recepimento delle differenze inventariali."

Azione E1.7 - "Richiesta di conferma dei dati ai terzi depositari di merci dell'Azienda e relativa riconciliazione con i propri dati."

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Le Azioni E1.4, E1.7 ed E1.8 sono caratterizzate da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera il recepimento delle differenze inventariali, le conferme dei terzi depositari e la relativa riconciliazione, l'individuazione delle unità responsabili e la tracciabilità dei controlli sul processo.

- **Verifica di follow-up del 29 aprile 2026 - UOC Approvvigionamenti -Rapporto trasmesso con nota prot. n. 258313/2026 dell'18/05/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha restituito esiti differenziati: positivo per E1.4, E1.7, E1.8, E4.1, E4.2 ed E4.3 e parzialmente positivo per E1.1, E1.3 ed E1.5. **La presente analisi riguarda esclusivamente le Azioni E1.4, E1.7 ed E1.8.**

Azioni PAC interessate e presidi sottoposti a controllo. La E1.4 riguarda l'adeguamento del dato contabile alle risultanze dell'inventario mediante il recepimento delle eventuali differenze. Le E1.7 ed E1.8 attengono, rispettivamente, all'acquisizione e riconciliazione dei dati relativi alle giacenze esterne e all'individuazione delle unità responsabili e dei controlli sul processo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i fascicoli inventariali dei magazzini Casermaggio, Igiene e Pulizia e Cancelleria. Per i primi due magazzini il corredo documentale ha reso direttamente leggibile il raccordo tra conta fisica, schede analitiche e risultanze di sistema. Per il magazzino Cancelleria la conta è risultata documentata, sebbene la stampa finale di sistema non fosse rappresentata con la medesima immediatezza riscontrata negli altri fascicoli.

Con nota prot. n. 7565/2026 dell'08/01/2026 la UOC Approvvigionamenti ha trasmesso alla UOC Bilancio e Programmazione i verbali e la documentazione inventariale dei tre magazzini. La Struttura ha dichiarato che non erano emerse differenze tali da richiedere rettifiche inventariali. È stato inoltre esaminato il fascicolo prot. n. 82510/2026 del 12/02/2026 del Distretto Sanitario n. 34 di Carini, contenente il conto giudiziale e la stampa analitica delle giacenze al 31/12/2025, per un valore complessivo di euro 4.423,28.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alle Azioni E1.4, E1.7 ed E1.8 esito "positivo", livello di adeguatezza "adeguato" e assenza di rilievi. È stata riscontrata l'esistenza di un flusso inventariale tra magazzini, UOC Approvvigionamenti e UOC Bilancio e Programmazione e, nel campione territoriale, l'effettiva acquisizione di una risultanza inventariale analitica.

Il fascicolo a campione relativo al distretto di Carini, tuttavia, documenta il riscontro proveniente dalla struttura territoriale ma non anche l'originaria richiesta della UOC Approvvigionamenti né l'estensione sistematica del medesimo controllo a tutto il perimetro dei magazzini periferici. Tale elemento è stato trattato come profilo di consolidamento del monitoraggio centrale.

Azioni di consolidamento e termini. Per le componenti positive assumono diretta rilevanza:

- l'integrazione del fascicolo inventariale annuale con un prospetto conclusivo che riporti giacenza di sistema, giacenza fisica, eventuali differenze, relative cause, rettifiche effettuate o attestazione dell'assenza di differenze, da realizzare entro il prossimo inventario annuale;
- la formalizzazione delle richieste e degli eventuali solleciti rivolti ai magazzini periferici, distrettuali e territoriali, accompagnata da un prospetto riepilogativo dei riscontri e delle criticità, da attuare entro il prossimo ciclo inventariale utile.

Le misure relative alla verbalizzazione infrannuale e alla specifica evidenza dei beni obsoleti, scaduti o deteriorati saranno trattate con le Azioni E1.1, E1.3 ed E1.5 valutate parzialmente positive.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 le Azioni E1.4, E1.7 ed E1.8 possono considerarsi superate nel perimetro dei magazzini centrali e del campione territoriale

esaminato. **Restano in corso il consolidamento del prospetto finale di riconciliazione e la strutturazione del monitoraggio dei riscontri territoriali.**

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che, in mancanza di una rappresentazione conclusiva uniforme e centralizzata, non risulti immediatamente ricostruibile, per tutti i riscontri territoriali, il percorso compreso tra la richiesta iniziale, gli eventuali solleciti, l'acquisizione delle evidenze e l'esito del controllo. Il flusso di acquisizione riscontrato e la documentazione già disponibile attenuano tale esposizione. La predisposizione del prospetto riepilogativo programmato consentirà di rendere il processo più omogeneo e direttamente verificabile.

Azione E1.8 - "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 21 aprile 2026 - Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 262607/2026 del 19/05/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha esaminato congiuntamente le Azioni E1.1, E1.3, E1.4, E1.5, E1.7, E1.8, E4.1, E4.2 ed E4.3. L'esito è risultato positivo per E1.7, E1.8, E4.1, E4.2 ed E4.3 e parzialmente positivo per E1.1, E1.3, E1.4 ed E1.5. **La presente analisi è pertanto limitata alle componenti E1.7 ed E1.8; le restanti Azioni E1 sono trattate esclusivamente nel sottoparagrafo dedicato agli esiti con riserva.**

Azioni PAC interessate e presidi sottoposti a controllo. La E1.7 richiede l'acquisizione delle conferme relative alle merci dell'Azienda detenute presso terzi e la riconciliazione con i dati aziendali. L'azione E1.8 riguarda l'individuazione delle unità responsabili e dei controlli necessari a garantire la completezza e tempestività del processo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati gli inventari al 31/12/2025 relativi ai depositi DPC e alle strutture esterne presso le quali risultavano detenuti beni dell'Azienda. Per i principali depositari sono state acquisite conferme nominative e sottoscritte, accompagnate da elenchi analitici delle giacenze.

Le posizioni di maggiore rilevanza economica hanno riguardato la Casa di Cura La Maddalena, per euro 717.650,37, la Fondazione Giglio, per euro 323.313,22, e la Casa di Cura Torina, per euro 230.408,90.

La documentazione ha consentito di identificare referenze, quantità, lotti, scadenze e valori delle merci detenute. Il Rapporto ha inoltre dato **evidenza dell'acquisizione dei riscontri** da ulteriori strutture e, in alcuni casi, di attestazioni formali circa l'assenza di beni dell'Azienda alla data di chiusura.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alle Azioni E1.7 ed E1.8 esito "positivo", livello di adeguatezza "adeguato" e assenza di rilievi. Rispetto alle precedenti verifiche è stata **confermata la permanenza del presidio già valutato favorevolmente, con una base documentale più ampia e idonea a rappresentare anche la rilevanza economica delle giacenze detenute presso terzi.**

Il principale profilo di miglioramento riguarda la non completa uniformità formale dei riscontri: non tutti i depositari utilizzano il medesimo modello e non sempre risultano rappresentati con uguale immediatezza la controparte aziendale della riconciliazione e il relativo esito conclusivo.

Azioni di consolidamento e termini. Il Rapporto ha richiesto la **standardizzazione della documentazione inventariale relativa anche ai depositi DPC e alle strutture esterne, mediante un set minimo uniforme** di informazioni comprendente data della conta, data di riferimento, struttura interessata, soggetti intervenuti, quantità contabile e fisica, eventuali differenze, lotto, scadenza, esito e azione conseguente. **Il termine è fissato al 31/12/2026.**

Le ulteriori misure previste dal Rapporto in materia di differenze inventariali, qualità delle anagrafiche, armadietti di reparto, conti deposito e integrazioni informatiche riguardano prevalentemente le Azioni E1 valutate parzialmente positive e non sono riprodotte nella presente sottosezione.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 le Azioni E1.7 ed E1.8 possono considerarsi superate nel perimetro delle strutture e dei depositari esaminati. La misura di standardizzazione documentale è ancora in corso e dovrà essere verificata entro il termine assegnato.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la non uniforme rappresentazione delle conferme ricevute e la possibilità che la riconciliazione con i dati aziendali non risulti immediatamente leggibile per tutti i

depositari. Tale profilo non ha inciso sull'esito positivo delle conferme esaminate, ma richiede il completamento della standardizzazione entro il 31/12/2026.

Obiettivo E4 – "Definire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte al 31 dicembre di ogni anno"

Azione E4.1 – "Predisposizione di un programma di lavoro, da aggiornare annualmente, per la rilevazione inventariale al 31 dicembre, che preveda la descrizione dell'area inventariale prescelta, dei beni, dei coordinatori del processo, dei partecipanti alla conta e dei metodi di conta."

Azione E4.2 – "Archiviazione e conservazione della documentazione da cui si possa ripercorrere tutto il processo di rilevazione inventariale di fine anno."

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 sono caratterizzate da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera la programmazione annuale delle attività inventariali, l'individuazione dei coordinatori e dei partecipanti alla conta, la formalizzazione delle risultanze, la disponibilità dei verbali e delle stampe di sistema, l'approvazione degli esiti, la trasmissione alla funzione contabile e la conservazione del fascicolo inventariale.

- **Verifica di follow-up del 21 aprile 2026 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico – Rapporto trasmesso con prot. n. 262607/2026 del 19/05/2026**

Inquadramento della verifica. Nell'ambito del medesimo Rapporto, le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 hanno ricevuto esito positivo. La loro analisi è mantenuta distinta dalle Azioni E1 poiché riguarda specificamente programmazione, responsabilità e conservazione delle evidenze del processo inventariale di fine esercizio.

Azioni PAC interessate e presidi sottoposti a controllo. La E4.1 richiede un programma annuale delle attività inventariali e l'azione E4.2 impone l'archiviazione della documentazione necessaria a ripercorrere il processo. L'azione E4.3 riguarda, invece, l'individuazione delle unità responsabili e dei relativi controlli.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i verbali e le note relativi agli inventari mensili 2025 delle Farmacie aziendali e dei poli farmaceutici, gli inventari annuali al 31/12/2025 dei depositi DPC, delle strutture esterne e delle Farmacie aziendali, nonché la documentazione relativa ai controlli svolti presso reparti e armadietti.

Il Rapporto ha riscontrato un sistema di inventari periodici distribuito nell'anno e la disponibilità di un programma delle attività. I responsabili risultano individuati nei responsabili delle singole Farmacie e la documentazione di fine esercizio è conservata mediante fascicoli comprendenti verbali, prospetti di gligenza e attestazioni.

Esito e profili di miglioramento. Le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 hanno ricevuto esito "positivo", con livello di adeguatezza "adeguato" e assenza di rilievi. **Il presidio, già valutato positivamente nella precedente verifica, è risultato confermato e sostenuto da una documentazione più ampia.**

La standardizzazione prevista dal Rapporto per l'intera documentazione inventariale produce effetti anche sull'archiviazione richiesta dalla E4.2. **La misura è già stata descritta nell'ambito della E1 e non viene ripetuta; il relativo termine resta fissato al 31/12/2026.**

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 possono considerarsi superate nel perimetro organizzativo e documentale verificato. Il successivo monitoraggio dovrà accertare che il set documentale standardizzato sia stabilmente incorporato nei fascicoli inventariali.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che la diversa impostazione dei documenti prodotti dalle articolazioni coinvolte renda meno immediata la ricostruzione unitaria delle attività inventariali, dei soggetti intervenuti, delle risultanze emerse e delle eventuali azioni conseguenti. **La presenza di un programma delle attività, l'individuazione delle responsabilità e la disponibilità dei fascicoli inventariali attenuano tale esposizione.** Il completamento della standardizzazione documentale prevista dal Rapporto consentirà di rendere il presidio più uniforme e direttamente verificabile.

- **Verifica di follow-up del 29 aprile 2026 – UOC Approvvigionamenti – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 258313/2026 dell'18/05/2026**

Inquadramento della verifica. Le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 sono state esaminate con riferimento ai magazzini economici Casermaggio, Igiene e Pulizia e Cancelleria e sono state valutate positivamente.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La nota prot. n. 564116/2025 del 10/11/2025 ha programmato la conta fisica dei tre magazzini, individuando referenti, squadre di conta e supervisore. I verbali risultano datati 30/12/2025 per Casermaggio e Igiene e Pulizia e 24/12/2025 per Cancelleria e sono accompagnati, con livelli di dettaglio differenti, da schede analitiche e stampe delle giacenze.

La nota prot. n. 7565/2026 dell'08/01/2026 documenta la trasmissione delle risultanze alla UOC Bilancio e Programmazione. Il fascicolo consente quindi di ricostruire programmazione, conta, formalizzazione degli esiti, approvazione e successivo raccordo con la funzione contabile.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alle Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 esito "positivo", livello di adeguatezza "adeguato" e assenza di rilievi. Rispetto alla precedente verifica è stata confermata la permanenza del processo annuale già ritenuto adeguato.

Il prospetto conclusivo di riconciliazione richiesto dal Rapporto, già richiamato nella precedente analisi E1, **rafforzerà anche la completezza del fascicolo previsto dalla E4.2.** Per evitare duplicazioni, la misura non viene nuovamente descritta e il termine resta quello del prossimo inventario annuale.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Le Azioni E4.1, E4.2 ed E4.3 possono considerarsi superate per i tre magazzini esaminati. Il successivo controllo dovrà verificare l'inserimento stabile del prospetto conclusivo nel fascicolo inventariale.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che la diversa completezza dei fascicoli renda meno immediato il raccordo tra conta fisica e risultanze di sistema. Il prospetto conclusivo previsto consentirà di uniformarne la rappresentazione.

AREA PATRIMONIO NETTO

Obiettivo H1 – "Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione H1.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla H1.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera l'autorizzazione preliminare delle operazioni, il collegamento tra fonte di finanziamento, intervento o bene acquisito, ordine, fattura, iscrizione del cespite, base ammortizzabile, ammortamento, sterilizzazione e conseguente rappresentazione nel Patrimonio Netto.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 – UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato il segmento di competenza della UOC relativo ai beni e agli investimenti finanziati da terzi, con particolare riferimento ai flussi necessari all'aggiornamento del libro cespiti e alla rilevazione delle correlate sterilizzazioni.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La UOC ha rappresentato la trasmissione trimestrale alla UOC Gestione del Patrimonio del monitoraggio dei beni cespiti, ai fini dell'aggiornamento del libro cespiti, e alla UOC Bilancio e Programmazione dei costi relativi agli investimenti realizzati mediante finanziamenti di terzi, ai fini delle conseguenti sterilizzazioni. **Il fascicolo campionato ha confermato la riconducibilità dell'acquisizione alla relativa fonte di finanziamento e al conto patrimoniale.**

Esito, stato e rischio residuo. Il Rapporto ha attribuito alla H1 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Alla data del 30/06/2026 **la H1.3 può considerarsi superata nel perimetro verificato.** Il rischio residuo è limitato alla tempestività e completezza dei flussi trasmessi alle Strutture patrimoniali e contabili; la standardizzazione dei prospetti richiesta entro il **30/09/2026** è finalizzata a consolidarne la tracciabilità.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 22 maggio 2026 - Progettazione e Manutenzione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 318023/2026 del 18/06/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha esaminato le Azioni D6.4 e H1.3, restituendo un esito parzialmente positivo per D6.4 e positivo per H1.3. **La presente analisi riguarda esclusivamente quest'ultima componente;** la D6.4 è trattata nel sottoparagrafo dedicato agli esiti con riserva.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione H1.3 verifica la corretta esecuzione della H1.1, relativa all'autorizzazione formale e preliminare delle operazioni che producono effetti sul Patrimonio Netto. Nel segmento di competenza della Progettazione e Manutenzione, il controllo ha riguardato la disponibilità delle informazioni tecniche e documentali necessarie alle successive attività patrimoniali e contabili.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. È stato esaminato il fascicolo relativo agli interventi sugli impianti dei gas medicali eseguiti dalla società Air Liquide presso il P.O. Madonna SS. dell'Alto di Petralia Sottana. La documentazione ha consentito di collegare contratto, CIG, conto patrimoniale, centro di costo, ubicazione del bene, ordine, fattura, movimento di carico e liquidazione. Il fascicolo è risultato idoneo ad alimentare il successivo segmento patrimoniale e contabile, rendendo ricostruibili la natura dell'intervento, il costo storico e la localizzazione fisica.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla H1.3 esito "positivo", con livello di adeguatezza "soddisfacente" e assenza di rilievi nel segmento tecnico-documentale di competenza della UOC. La misura di rafforzamento richiesta non deriva da una carenza del fascicolo campionato, ma è finalizzata a mantenere stabile il raccordo informativo verso la UOC Gestione del Patrimonio e la UOC Bilancio e Programmazione.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione H1.3 può considerarsi superata nel perimetro tecnico-documentale esaminato. Il Rapporto ha richiesto che, per i nuovi fascicoli e per gli interventi conclusi successivamente alla sua trasmissione, sia mantenuta evidenza del raccordo informativo verso Patrimonio e Bilancio, mediante annotazione nel fascicolo, comunicazione riepilogativa o prospetto sintetico contenente intervento, cespiti o immobile interessato, valore, localizzazione e Strutture destinatarie dell'informazione. Il termine indicato coincide con l'**applicazione sui nuovi fascicoli e sugli interventi conclusi successivamente alla trasmissione del Rapporto.**

Rischio residuo. La criticità attuale riguarda la tempestività e la completezza del trasferimento delle informazioni alle Strutture competenti per la presa in carico del cespite, l'individuazione della fonte di finanziamento e la sterilizzazione, ove applicabile. Tali attività non rientrano nella disponibilità esclusiva della UOC verificata e richiedono il mantenimento del raccordo interfunzionale previsto dal Rapporto.

Obiettivo H2 - "Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, e i cespiti finanziati, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione H2.4 è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 con probabilità 5, impatto 4, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la presenza della fonte di finanziamento, il valore capitalizzato, le quote di ammortamento e sterilizzazione, il valore residuo del cespite, le Strutture responsabili e le evidenze utilizzate per la riconciliazione.

- **Verifica documentale di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Bilancio e Programmazione e UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 266054/2026 del 21/05/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento ha riguardato le Azioni H2.4, H3.4 e H4.3 e ha restituito un esito complessivamente positivo. **La presente analisi è limitata alla H2.4; le altre componenti sono trattate separatamente nei rispettivi Obiettivi PAC.**

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La verifica ha riguardato il raccordo tra fonte di finanziamento, cespiti capitalizzato, ammortamento, sterilizzazione e valore residuo, nonché l'individuazione delle Strutture responsabili e delle evidenze utilizzate per il controllo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il campione principale ha riguardato l'acquisizione, relativo a Siemens Healthcare, di apparecchiature finanziate dal PNRR. La documentazione ha consentito di collegare ordine, fattura, registrazione contabile, schede cespiti e report AREAS/AMC. La quota capitalizzata è risultata pari a euro 516.075,00, con quota di ammortamento e sterilizzazione pari a euro 51.607,50 e valore finale pari a euro 464.467,50. La corrispondenza tra tali valori ha fornito evidenza sostanziale del raccordo tra fonte PNRR, cespiti, ammortamento e sterilizzazione.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha formalizzato esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Rispetto alle precedenti verifiche, nelle quali i profili H2.2 e H2.4 erano stati qualificati "da migliorare", la disponibilità del report AREAS/AMC e delle estrazioni analitiche ha consentito di riscontrare un avanzamento concreto e di rendere verificabile la quadratura nel campione esaminato.

È stato richiesto, tuttavia, di consolidare l'utilizzo del report AREAS/AMC quale evidenza periodica del controllo H2, conservandolo con indicazione della data di estrazione, del perimetro verificato, dell'esito della quadratura e dell'eventuale trattamento delle differenze.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione H2.4 può considerarsi superata nel perimetro campionato. Il Rapporto non ha assegnato un termine calendarizzato alla misura di consolidamento e la sua attuazione dovrà essere verificata in occasione della successiva estrazione periodica e dei futuri follow-up.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che, in assenza di una documentazione periodica e tracciabile della quadratura, eventuali disallineamenti tra fonti di finanziamento, cespiti, ammortamenti e sterilizzazioni non siano individuati con immediatezza sull'intero perimetro. Il controllo riscontrato sul campione Siemens e la disponibilità della reportistica AREAS/AMC attenuano tale esposizione.

Obiettivo H3 - "Riconciliare i contributi in conto capitale da Regione e da altri soggetti in modo tale da consentire un'immediata individuazione, l'accoppiamento con la delibera formale di assegnazione e la tracciabilità del titolo alla riscossione da parte dell'Azienda"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione H3.4 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla H3.2, caratterizzata da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera la tracciabilità tra titolo originario, ordine, fattura, DDT, registrazione in Contabilità generale, prima nota e scheda del cespiti.

- **Verifica documentale di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Bilancio e Programmazione e UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 266054/2026 del 21/05/2026**

Inquadramento e presidio verificato. La verifica ha riguardato la tracciabilità tra documento contabile originario, registrazione in Co.Ge. e iscrizione del cespiti, mediante l'esame di fascicoli completi relativi ad acquisizioni di apparecchiature.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il campione specificamente valorizzato ai fini della H3.4 ha riguardato l'acquisto da Soramed di una colonna laparoscopica 3D/4K ICG destinata alla Sala operatoria della UOC Ginecologia del P.O. Ingrassia. L'ordine e la fattura espongono un importo di euro 302.567,66, coincidente con il valore di carico del cespiti n. 1279449. Il registro cespiti indica un valore finale pari a euro 272.310,89. **Il fascicolo ha consentito di ricostruire la sequenza tra ordine, fattura, DDT, prima nota e iscrizione del bene nel registro cespiti, rendendo verificabile la correlazione tra documento contabile originario, scrittura in Co.Ge. e cespiti.**

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha confermato l'esito "positivo" già attribuito al presidio H3, riscontrando la coerenza tra documenti originali, scritture contabili e cespiti nei campioni Siemens e Soramed. Non sono state formulate azioni correttive autonome per la H3.4.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione H3.4 può considerarsi superata nel perimetro campionato. Il Rapporto non ha assegnato termini specifici, ferma restando la necessità di conservare ordinatamente le evidenze che rendono ripercorribile la correlazione tra documento originario, registrazione contabile e cespiti.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che una valorizzazione non uniforme delle chiavi identificative renda meno immediata la riconciliazione tra documento originario, registrazione contabile e cespiti. Nei campioni esaminati, la correlazione è risultata comunque ricostruibile e verificabile.

Obiettivo H4 - "Identificare puntualmente i conferimenti, le donazioni e i lasciti vincolati a investimenti e la riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti e i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono"

Azione H4.3 - "Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti e i correlati cespiti capitalizzati"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione H4.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026. Il raccordo è effettuato a livello di Obiettivo con la H4.1, caratterizzata da probabilità 5, impatto 4, valore 20 e rischio "elevato", senza estendere automaticamente tale valutazione alla specifica H4.3. La matrice dei controlli considera donante, atto di donazione, accettazione, presa in carico, valore attribuito, scheda del cespiti, iscrizione contabile e raccordo con il fondo donazioni.

- **Verifica documentale di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Bilancio e Programmazione e UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 266054/2026 del 21/05/2026**

Inquadramento e presidio verificato. La verifica ha riguardato l'identificazione, la presa in carico e la contabilizzazione delle donazioni, nonché il raccordo tra documentazione autorizzativa, registro cespiti e fondo donazioni.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il campione ha riguardato la donazione da parte dell'A.I.I.S.F. di due poltrone multifunzionali destinate alla UOC Ostetricia e Ginecologia del P.O. Ingrassia, del valore unitario di euro 600,00 e complessivo di euro 1.200,00. Il mastro del "Fondo donazioni" espone un saldo iniziale di euro 1.111.113,10, la registrazione della donazione per euro 1.200,00 e un saldo finale di euro 1.112.313,10. La prima nota n. 902673/2025 ha consentito di collegare il conto "Mobili e arredi" al "Fondo donazioni" per il medesimo importo.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito esito "positivo" al presidio, rilevando che la singola registrazione A.I.I.S.F. risulta coerente e documentata. È stata tuttavia riscontrata la **necessità di uniformare i criteri di estrazione e rappresentazione utilizzati dalla UOC Gestione del Patrimonio e dalla UOC Bilancio e Programmazione**, poiché l'estrazione patrimoniale generale non restituiva immediatamente il medesimo perimetro informativo della registrazione contabile.

Sono state pertanto **indicate due misure di consolidamento:**

- l'allineamento dei criteri di estrazione delle donazioni tra Patrimonio e Bilancio
- l'ordinata conservazione del fascicolo digitale, comprendente proposta o atto di donazione, provvedimento di accettazione, presa in carico, scheda cespiti, valore attribuito e registrazione contabile, ove prevista.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione H4.3 può considerarsi superata con riferimento alla fattispecie campionata. Le **misure** relative all'allineamento delle estrazioni e alla conservazione del fascicolo digitale **costituiscono interventi di consolidamento ancora da verificare**. Il Rapporto non ha assegnato termini calendarizzati per la loro attuazione, tuttavia resta inteso che l'attuazione delle stesse sarà riscontrata entro il termine dell'anno di verifica.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che criteri di estrazione non pienamente allineati rendano meno immediata la riconciliazione tra donazione, cespiti e relativa registrazione nel fondo contabile. Nei casi esaminati, la corretta acquisizione e contabilizzazione delle donazioni è risultata comunque verificabile.

AREA DEBITI E COSTI

Obiettivo I1 - "Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari, documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione"

Azione I1.1 - "Predisposizione di una procedura che, relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi, disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio. La procedura deve, tra l'altro, prevedere che:

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

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione 11.1 è caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la determinazione e validazione dei fabbisogni, l'autorizzazione e la capienza, la formalizzazione della richiesta, l'emissione e l'archiviazione dell'ordine e la separazione tra soggetto richiedente e soggetto autorizzatore.

- **Verifica di follow-up del 19 febbraio 2026 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 125125/2026 del 06/03/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha restituito un esito positivo per la 11.1 e parzialmente positivo per 11.3, 13.6 e 16.3. **La presente analisi, in relazione al presente verbale, riguarda esclusivamente la 11.1.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono state esaminate le richieste relative ai fabbisogni di antisettici e disinfettanti, il prospetto dei fabbisogni 2026 per le medicazioni, la proroga della gara CUC, il monitoraggio degli ordini inevasi, la documentazione tecnica relativa alle maglie tubulari sottogesso, la richiesta e l'affidamento delle sacche nutrizionali *Fresenius* e la rilevazione dei fabbisogni di farmaci esclusivi.

Le evidenze hanno documentato il ruolo del Dipartimento nella raccolta e validazione tecnica dei fabbisogni, nell'impiego dei dati storici di consumo e nel monitoraggio delle disponibilità contrattuali, anche al fine di intercettare situazioni di possibile esaurimento delle forniture.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla 11.1 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Le criticità e il rilievo moderato formalizzati nel Rapporto riguardano le verifiche periodiche, la tracciabilità del ciclo ordine-entrata-fattura e la segregazione delle funzioni, ossia le Azioni 11.3, 13.6 e 16.3, e **non vengono estesi alla 11.1.**

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La 11.1 può considerarsi superata nel perimetro della determinazione e validazione dei fabbisogni esaminato. Il Rapporto non ha assegnato una specifica azione correttiva o un termine autonomo alla 11.1. Le misure prive di termine riportate nel Rapporto sono prevalentemente rivolte alle componenti parzialmente positive e saranno trattate nei relativi sottoparagrafi.

Rischio residuo. La criticità rilevata, non concerne un rischio intrinseco, riguarda la dipendenza del processo tecnico di programmazione dalla tempestiva attivazione delle procedure amministrative di acquisto e dalla disponibilità di contratti capienti. Tale profilo non ha inciso sull'esito positivo della fase di competenza del Dipartimento.

Azione 11.3 – "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volto a riscontrare il rispetto della procedura e, in particolare, la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti, quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget e certificazioni, con predisposizione dei relativi report sulle risultanze delle verifiche."

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione 11.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla 11.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera il presupposto sanitario, tecnico o amministrativo, il fabbisogno, la fonte di finanziamento, l'autorizzazione e la capienza, il titolo contrattuale o il procedimento di affidamento, CUP, CIG, ordine, rendicontazione, controllo dell'importo e trasmissione alla Struttura competente per le successive fasi.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 – UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato la formalizzazione e la tracciabilità del processo seguito dalla UOC per gli acquisti e gli affidamenti finanziati, dalla valutazione della richiesta e della relativa copertura fino all'emissione dell'ordine.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il prospetto delle procedure 2025 ha censito 51 affidamenti, dei quali 49 recanti il richiamo all'art. 50, comma 1, lettera b), del d.lgs. n. 36/2023 e 48 sviluppati mediante MEPA. Il campione relativo ai due stimolatori magnetici transcranici ha consentito di ricostruire il percorso dalla fonte di finanziamento e dall'autorizzazione extrabudget fino all'affidamento e all'ordine, con permanenza dei principali riferimenti identificativi.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito all'azione I1 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Tuttavia la Funzione internal audit ha previsto come azione migliorativa che, entro il **30/09/2026**, la UOC dovrà adottare un tracciato standard degli ordini e dei prospetti di popolazione, comprensivo dei principali riferimenti contabili oppure corredato da un apposito prospetto di raccordo.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. La I1.3 può considerarsi superata nel perimetro verificato. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che l'assenza di un tracciato unitario renda meno immediata la ricostruzione del collegamento tra ordine, autorizzazione, fonte di finanziamento e registrazioni contabili. Nei procedimenti esaminati tale raccordo è risultato comunque verificabile. L'adozione del tracciato standard ne renderà più uniforme e immediata la rappresentazione.

- **Verifica di follow-up del 21 maggio 2026 – Progettazione e Manutenzione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 315196/2026 del 17/06/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alle componenti D1, I1, I3 e I6 e parzialmente positivo alla D4. **La presente analisi riguarda esclusivamente la I1.3.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il campione specificamente valorizzato ai fini della I1.3 ha riguardato l'acquisizione della TAC destinata al PTA Palermo Centro, con documentazione riferita a SLY Solution. Il fascicolo ha consentito di ricostruire il presupposto tecnico dell'acquisizione, il provvedimento autorizzativo, il titolo di affidamento, l'ordine e lo sviluppo esecutivo della fornitura.

Le evidenze hanno confermato la capacità della Struttura di collegare la necessità tecnica al procedimento amministrativo e al titolo contrattuale, rendendo controllabile la derivazione degli atti gestionali dall'affidamento. Permangono profili di attenzione sulla completa tracciabilità tra CIG originario, CIG derivati e progressivo utilizzo delle risorse negli strumenti quadro, che saranno oggetto di successivi approfondimenti.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente I1 esito "positivo". Il raccordo aggregato tra CIG originario, CIG derivati e importi progressivamente impegnati o liquidati è stato indicato come profilo di consolidamento gestionale, senza incidere sull'esito favorevole dell'Azione. **Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio.** Alla data del 30/06/2026 la I1.3 può considerarsi superata nel perimetro degli approvvigionamenti tecnici esaminati. Il Rapporto non ha previsto una specifica azione correttiva o un termine autonomo per la I1.3. Le misure riguardanti il monitoraggio degli Accordi Quadro e il raccordo tra prospetti di chiusura e AREAS sono attribuite rispettivamente alla D4 e alle componenti I3/I6. **Rischio residuo.** La non completa leggibilità del rapporto tra CIG originario, CIG derivati e utilizzo delle risorse negli strumenti quadro richiede un più elevato livello di attenzione. **Pertanto, saranno svolti successivi approfondimenti.**

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I1.7 è raccordata alla I1.5, caratterizzata da probabilità 5, impatto 5, valore 25 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera le prestazioni acquistate da soggetti privati o professionisti esterni, la programmazione e il budget, i flussi informativi, i requisiti contributivi, la validazione delle prestazioni, la formazione degli importi, l'emissione dell'ordine e la successiva fatturazione.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 – UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica esterna – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375 del 04/05/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha restituito, per la Specialistica esterna, esito positivo per I1.7 e I6.3 e parzialmente positivo per I3.6. **La presente analisi riguarda esclusivamente la I1.7.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il processo di ricezione e validazione del flusso M, le note contenenti i dati per la fatturazione, il monitoraggio del budget, le verifiche DURC e tre pratiche campionarie riferite a KABAT S.r.l., al Laboratorio Analisi Cliniche Balistreri e al Centro Emodialitico Meridionale.

Nel campioni è risultata ricostruibile la sequenza tra determinazione dell'importo da parte della UOC, emissione dell'ordine NSO e successiva fattura elettronica. La pratica relativa al laboratorio Balistreri ha documentato anche il trattamento della componente previdenziale ENPAB, mentre quella del Centro Emodialitico Meridionale ha consentito di raccordare l'importo complessivo alla composizione quantitativa e tariffaria delle prestazioni dialitiche.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I1.7 esito "positivo". Rispetto al 2024 è stata considerata sostanzialmente superata, nei campioni esibiti, la criticità relativa alla non piena corrispondenza tra dati rendicontati, documentazione predisposta dalla Struttura e successiva fatturazione.

Resta da consolidare la raccolta delle evidenze relative ai controlli svolti a monte sul flusso M e ai riscontri dei Distretti Sanitari.

Azione di miglioramento e termine. È stata richiesta la predisposizione di un fascicolo istruttorio standard contenente i riscontri distrettuali o, in loro assenza, i solleciti e lo stato di acquisizione, accompagnato da report o checklist mensile o trimestrale. Il termine è fissato **entro 60 giorni**. La Funzione Audit provvederà a verificare l'attuazione della misura correttiva.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I1.7 può considerarsi superata nel perimetro della Specialistica esterna e delle pratiche esaminate. La misura relativa ai controlli a monte del flusso M è ancora in corso.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la completezza delle evidenze provenienti dai Distretti e la possibilità che il processo centrale risulti correttamente applicato senza che siano integralmente documentati tutti i controlli svolti a monte.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Cure Primarie - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375 del 04/05/2026**

Inquadramento della verifica. Per la UOC Cure Primarie il Rapporto ha attribuito esito positivo alle Azioni I1.7 e I3.6 e parzialmente positivo alla I6.3. **La presente analisi è limitata alla I1.7.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati gli avvisi per la raccolta delle disponibilità dei pediatri, i prospetti mensili relativi a turni, ore, compensi e trattenute, le estrazioni AREAS, i monitoraggi degli accessi e le direttive prot. nn. 285476/2024 e 285451/2024.

La documentazione ha evidenziato un processo organizzato per il reperimento delle professionalità e un sistema di monitoraggio periodico del P.P.I.P. La relazione relativa a Lampedusa ha dato conto della continuità assistenziale H24, del coinvolgimento di n. 17 pediatri e di circa 2.500 accessi, fornendo un raccordo tra dimensione assistenziale, impiego delle risorse e onere economico.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I1.7 esito "positivo", riconoscendo la presenza di direttive organizzative, flussi periodici e prospetti idonei a rappresentare attività e costi. È stata tuttavia rilevata la necessità di rendere più sistematico il raccordo tra monitoraggio organizzativo e documentazione amministrativo-contabile, soprattutto per i professionisti esterni.

Azione di miglioramento e termine. La UOC deve integrare i prospetti dei P.P.I.P. con un report periodico standardizzato, almeno trimestrale, che raccordi volumi di attività, turni o ore, oneri economici e stato della documentazione di supporto. Il termine è fissato **entro 90 giorni**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I1.7 può considerarsi superata nel perimetro dei P.P.I.P. esaminati, con misura di consolidamento ancora in corso. La medesima misura concorre anche alla tracciabilità prevista dalla I3.6 e, per evitare duplicazioni, non sarà nuovamente descritta nel relativo blocco.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che i dati organizzativi, quantitativi ed economici siano disponibili in prospetti distinti senza un raccordo periodico unitario per presidio e posizione professionale.

Obiettivo I3 - "Dare evidenza dei controlli effettuati lungo il ciclo ordine-ricezione-fattura-liquidazione-pagamento"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I3.6 non è autonomamente valorizzata ed è raccordata alle I3.2 e I3.4. La I3.2 presenta probabilità 4, impatto 4, valore 16 e rischio "alto", mentre la I3.4 presenta valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la ripercorribilità dell'intero ciclo tra ordine, ricezione o attestazione della prestazione, eventuale collaudo, fattura, controllo, liquidazione e pagamento, con evidenza dei soggetti intervenuti,

degli esiti e delle eventuali anomalie riferite alla medesima posizione. Non è attribuito alla I3.6 un autonomo livello sintetico di rischio.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 - UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato la ricostruibilità dei controlli eseguiti tra emissione dell'ordine, ricezione e accettazione del bene, fatturazione e liquidazione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il procedimento campionato ha consentito di collegare l'autorizzazione e gli ordini alle fatture e al provvedimento di liquidazione, mantenendo i riferimenti essenziali della procedura. È stato inoltre acquisito il fascicolo relativo all'accettazione e al collaudo dei beni. Il presidio di verifica esecutiva è risultato presente, ma la documentazione conclusiva non rendeva individuabili con la stessa immediatezza riscontrata negli altri passaggi i soggetti aziendali intervenuti e l'esito finale del collaudo.

Esito e azione di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I3 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Entro il **30/09/2026** dovrà essere standardizzata la documentazione di collaudo mediante un documento riepilogativo univoco recante soggetti intervenuti, data, esito finale e collegamento con ordine, cespiti e liquidazione.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. La I3.6 può considerarsi superata nel perimetro verificato. Permane unicamente un profilo di natura documentale, connesso alla non completa standardizzazione dell'evidenza conclusiva del collaudo. Tale elemento non incide sulla ricostruibilità complessiva del ciclo ordine-fattura-liquidazione, risultata verificabile nel procedimento esaminato.

- **Verifica di follow-up del 21 maggio 2026 - Progettazione e Manutenzione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 315196/2026 del 17/06/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento all'azione I3.6, il follow-up ha riguardato la tracciabilità dei controlli svolti tra esecuzione tecnica dell'intervento, attestazione della prestazione, fatturazione e liquidazione, limitatamente al segmento direttamente presidiato dalla Progettazione e Manutenzione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il campione specificamente valorizzato ai fini della I3.6 ha riguardato l'intervento eseguito da Pro-medil presso la farmacia del P.O. di Partinico. Il fascicolo ha consentito di collegare titolo dell'intervento, documentazione tecnica, esecuzione, attestazione di regolare esecuzione, fattura e liquidazione.

Le evidenze documentali sono state integrate dal tabulato AREAS fatture-ordini relativo al secondo semestre 2025, che ha consentito di verificare, per le partite già presenti nel sistema, il collegamento tra ordine, movimento di carico, fattura, struttura liquidatrice e ordinativo.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente I3 esito "positivo", rilevando un **avanzamento significativo nella riconciliazione tra documentazione tecnica e documentazione amministrativo-contabile**. È stata tuttavia richiesta la trasformazione di tale raccordo in un controllo ordinario e stabilmente documentato.

Azione di miglioramento e termine. In sede di chiusura trimestrale e annuale, la UOC dovrà raccordare, per le partite principali e maggiormente significative, i costi maturati o da contabilizzare comunicati alla UOC Bilancio e Programmazione con i dati AREAS relativi a ordini, carichi, fatture, liquidazioni e pagamenti. La misura dovrà essere attivata **dalla prima chiusura trimestrale utile successiva alla trasmissione del Rapporto** e applicata in modo strutturato **in sede di chiusura dell'esercizio 2026**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I3.6 può considerarsi superata nei procedimenti campionati. La misura di consolidamento del raccordo tra prospetti di chiusura e reportistica AREAS è ancora in corso.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che la riconciliazione risulti ricostruibile sulle singole pratiche ma non ancora applicata con modalità uniformi alle principali partite di chiusura.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Cure Primarie - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375 del 04/05/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento all'azione I3.6, il follow-up ha esaminato la periodicità e la tracciabilità dei controlli sul P.P.I.P. di Lampedusa e Petralia, verificando il raccordo tra

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

attività assistenziale, turni effettuati, valorizzazione economica e documentazione amministrativa prodotta.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono state esaminate le direttive impartite ai referenti dei P.P.I.P., i preventivi dei turni, i consuntivi mensili, i prospetti degli accessi di Lampedusa e Petralia e le rendicontazioni economiche nominative relative ai pediatri impiegati. Le evidenze hanno reso verificabili periodicità dei flussi, soggetti coinvolti, volumi di attività e corrispondente valorizzazione economica.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I3.6 esito "positivo", riconoscendo che il monitoraggio non è episodico, ma deriva da direttive formalizzate e si traduce in flussi periodici. La misura diretta a raccordare attività, ore, oneri economici e documentazione amministrativo-contabile è già stata descritta nel blocco I1.7 e non viene ripetuta. Il relativo termine resta fissato **entro 90 giorni**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I3.6 può considerarsi superata nel perimetro dei P.P.I.P. verificati, **con consolidamento in corso del report periodico unitario**.

Rischio residuo. Il rischio residuo è individuato nella non completa integrazione, in un'unica evidenza periodica, dei dati assistenziali, organizzativi ed economici.

- **Verifica di follow-up del 25 maggio 2026 - UOC Integrazione Socio-Sanitaria e articolazioni afferenti - Rapporto trasmesso con prot. n. 357900/2026 del 10/07/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alla componente I3 e parzialmente positivo alle componenti I1 e I6. **La presente analisi riguarda esclusivamente la I3.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La verifica ha interessato i processi relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata, alle Cure Palliative, alle RSA e alle strutture residenziali e semiresidenziali. L'esame è stato condotto secondo la filiera *prestazione resa-rendicontazione-controllo-validazione-ordine-fattura-liquidazione*, tenendo conto delle differenti modalità di autorizzazione, controllo e remunerazione proprie di ciascun *setting* assistenziale. Sono stati acquisiti prospetti di rendicontazione, proforme, ordini, fatture, provvedimenti di liquidazione, dati sugli accessi e sulle giornate di presenza, riscontri distrettuali, nulla osta, visti di concordanza, checklist e flussi SIAD, FAR/ARS e RSA.

Nel segmento ADI sono state esaminate, tra le altre, le pratiche OSA e Vivisol. È stato verificato il raccordo tra proforme, accessi registrati, dati SIAD e importi ammessi a liquidazione, tenendo conto del sistema di pagamento in acconto e della successiva validazione necessaria per la determinazione del saldo. In particolare, il caso Vivisol ha documentato **l'effettiva capacità del controllo di intercettare disallineamenti tra proforma e flusso SIAD, imponendone l'approfondimento prima della definitiva stabilizzazione dell'importo**.

Per le Cure Palliative, attraverso i fascicoli SAMO, SAMOT e Hospice Casa di Cura La Maddalena, è stato verificato il raccordo tra acconti, proforme, giornate di cura, visti di concordanza e liquidazione finale. La documentazione ha evidenziato che **la fattura o l'acconto non esauriscono il controllo, poiché la definizione del saldo richiede la verifica delle prestazioni rese, la determinazione dell'importo riconosciuto e l'acquisizione del visto di concordanza**.

Per le RSA sono state esaminate pratiche relative a Villa delle Palme, Karol RSA, Regina Mundi e Villa dei Glicini. Le verifiche hanno riguardato le giornate di degenza rendicontate, la permanenza autorizzata, i PAI, le cartelle cliniche, i controlli distrettuali e, nei casi pertinenti, le presenze e la turnistica del personale. È stato così possibile collegare la giornata fatturata alla permanenza effettiva, al percorso assistenziale e alla conseguente valorizzazione economica.

Nel complesso, è stato riscontrato che **i dati prodotti dagli applicativi o rappresentati dagli erogatori non vengono assunti automaticamente come liquidabili ma sono sottoposti a verifiche, correzioni e quadrature prima della validazione e della liquidazione**.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente I3 esito "positivo" e un livello di adeguatezza dei sistemi di controllo interni "soddisfacente". Nei *setting* campionati, il percorso dalla prestazione rendicontata alla validazione dell'importo è risultato ripercorribile attraverso passaggi intermedi di controllo, differenziati in funzione della natura del servizio ma riconducibili a una matrice comune.

La verifica ha tuttavia evidenziato la necessità di rappresentare, secondo modalità uniformi, gli esiti non fisiologici dei controlli, quali scarti applicativi, rettifiche, contestazioni, sospensioni e rideterminazioni economiche. Tali eventi risultano intercettati attraverso checklist, riscontri

distrettuali e quadrature extracontabili ma non sono ancora raccolti in un'unica evidenza che ne consenta l'immediata riconciliazione con l'importo definitivamente validato o liquidato.

Azione di miglioramento e termine. Entro il 31/12/2026 la Struttura dovrà istituire un registro unico delle anomalie, degli scarti e delle rettifiche, anche in formato extracontabile controllato, riferito ad ADI, Cure Palliative, RSA e flussi informativi. Il registro dovrà riportare la natura e la causa dell'anomalia, la misura adottata, l'esito del riesame, l'eventuale effetto economico e la chiusura della posizione. Nel medesimo registro dovranno confluire anche gli esiti delle checklist SIAD, FAR/ARS e RSA, così da rendere verificabile il raccordo tra controllo informativo, rendicontazione, validazione e liquidazione.

Le ulteriori misure riguardanti il fascicolo unico per erogatore, il monitoraggio della scelta dell'erogatore e la formalizzazione della segregazione delle funzioni sono riferite alle componenti I1 e I6, valutate parzialmente positive, e non sono pertanto attribuite alla componente I3.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la componente I3 può considerarsi superata nel perimetro delle prestazioni, degli erogatori e dei setting campionati. L'istituzione del registro unico costituisce una misura di consolidamento programmata entro il 31/12/2026, la cui effettiva realizzazione e alimentazione dovranno essere accertate nel successivo follow-up.

Rischio residuo. Permane un profilo di esposizione connesso alla distribuzione delle evidenze tra checklist, registri applicativi e quadrature extracontabili, che può rendere meno immediata la ricostruzione dell'anomalia, del relativo effetto economico e della successiva chiusura. I controlli riscontrati nel setting esaminati attenuano tale rischio. Il registro unico previsto consentirà di consolidare la tracciabilità dell'intero percorso.

Obiettivo I5 - "Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale"

Azione 15.7 "Gestione del contenzioso derivante da cause di lavoro. Applicazione di una procedura di gestione del contenzioso da personale dipendente e assimilato volta alla valutazione del rischio potenziale ai fini di una corretta appostazione di bilancio"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione 15.7 è direttamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 con probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera la posizione contenziosa, la richiesta istruttoria, gli elementi giuridici ed economici acquisiti, la classificazione e la percentuale di rischio, la quantificazione, il prospetto analitico del Fondo e la corrispondente rappresentazione contabile.

- **Verifica documentale di follow-up avviata l'8 maggio 2026 - UOC Legale, Dipartimento Risorse Umane e UOC Bilancio e Programmazione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 304052/2026 dell'11/06/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento è stato espressamente circoscritto alla componente del Fondo rischi riferita al contenzioso derivante da cause di lavoro del personale dipendente e assimilato. La verifica non ha riguardato le ulteriori componenti del Fondo rischi aziendale, che dovranno essere oggetto di distinti approfondimenti.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La 15.7 riguarda la gestione del contenzioso da lavoro, la valutazione del rischio potenziale e la corretta appostazione di bilancio. La verifica ha interessato la ricognizione analitica delle posizioni, la classificazione del rischio, la formazione della stima, il flusso istruttorio tra UOC Legale e Dipartimento Risorse Umane e il raccordo con le rilevazioni della UOC Bilancio e Programmazione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il prospetto del Fondo rischi personale dipendente al 31/12/2025, l'aggiornamento relativo al primo trimestre 2026, i mastri dei conti dedicati e un campione di controversie riferite a differenti tipologie di pretesa.

Il prospetto espone un Fondo iniziale 2025 pari a euro 3.681.523,09 e un valore finale al 31/12/2025 di euro 2.850.993,46. Tale saldo risulta riconciliato con il mastro del conto dedicato. Le pratiche chiuse con esborso monetario ammontano a euro 481.026,01 e trovano corrispondenza nella relativa movimentazione contabile.

Il saldo iniziale del 2026 coincide con il valore finale del 2025. Il prospetto del primo trimestre 2026 espone un Fondo aggiornato pari a euro 2.829.709,71, con una riduzione netta di euro 21.283,75. Le pratiche campionate hanno consentito di ricostruire il collegamento tra fascicolo legale, dati giuridici ed economici prodotti dalle Strutture e valorizzazione della posizione nel prospetto del Fondo.

La verifica ha inoltre confermato la distinzione contabile tra il Fondo rischi per contenzioso del personale dipendente e il Fondo rischi per cause civili e oneri. Tale separazione consente di evitare la commistione tra passività potenziali di natura diversa e costituisce un elemento favorevole ai fini della rappresentazione contabile.

Esito e profili di miglioramento. Nel perimetro esaminato e sulla base delle evidenze acquisite, il Rapporto non ha rilevato elementi tali da incidere sulla tenuta del presidio 15.7 e ha formalizzato esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Rispetto ai precedenti audit, nei quali erano stati rilevati profili di miglioramento di valore moderato ed esito parzialmente positivo, è stato riscontrato un avanzamento nella ricognizione analitica delle posizioni, nell'alimentazione istruttoria dei fascicoli, nel raccordo con il Fondo iscritto in bilancio, nella continuità tra il saldo finale 2025 e il saldo iniziale 2026 e nella distinta rappresentazione dei perimetri contabili.

Il Rapporto ha comunque individuato tre ambiti da consolidare. Il primo riguarda la **formalizzazione del criterio estimativo**, poiché non sempre risulta immediatamente ripercorribile il passaggio tra gli elementi tecnico-legali e istruttori acquisiti e la percentuale di rischio attribuita alla singola controversia. **Il secondo concerne la tracciabilità del controllo interno sui dati giuridici ed economici prodotti dal Dipartimento Risorse Umane.** Il terzo riguarda la **non immediata riconciliabilità analitica delle movimentazioni infrannuali tra il prospetto del Fondo e il relativo mastro.**

È stata inoltre rilevata la presenza di alcune posizioni classificate come "possibili" alle quali sono state associate specifiche percentuali. Le interlocuzioni formali successivamente intervenute alla predetta verifica hanno evidenziato differenti profili di lettura del relativo trattamento tecnico-contabile. Resta necessario che, per ciascuna posizione, siano resi verificabili il quadro istruttorio, la valutazione tecnico-legale, la classificazione del rischio, la percentuale applicata e la conseguente rappresentazione contabile.

Sono state pertanto previste la formalizzazione sintetica degli elementi considerati nella determinazione della percentuale di rischio, con particolare riferimento alle posizioni maggiormente significative o caratterizzate da maggiore complessità estimativa, il consolidamento del flusso tra UOC Legale, Dipartimento Risorse Umane e UOC Bilancio e Programmazione e la valutazione dell'aggiornamento della procedura 15.7, riconoscendo il sistema Akropolis quale sede ordinaria di rubricazione, assegnazione e presa in carico dei fascicoli.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la 15.7 può considerarsi superata nel solo segmento del contenzioso da lavoro sottoposto a verifica. Le misure relative al criterio estimativo, al flusso informativo e all'aggiornamento procedurale risultano ancora aperte o in corso. L'esito positivo e il livello di adeguatezza "soddisfacente" formalizzati nel Rapporto devono pertanto intendersi confermati con esclusivo riferimento al segmento sottoposto a verifica, restando demandata a successivi approfondimenti la valutazione dei criteri di accantonamento e delle ulteriori componenti del Fondo rischi aziendale. Le interlocuzioni successive alla trasmissione del verbale hanno fornito elementi per ulteriori approfondimenti utili a consolidare il trattamento delle posizioni oggetto di accantonamento e a programmare la verifica delle restanti componenti del Fondo rischi aziendale.

1. La formalizzazione del criterio estimativo deve essere avviata dal primo aggiornamento trimestrale utile e completata entro la chiusura dell'esercizio 2026.
2. Il flusso informativo deve essere rafforzato entro il successivo aggiornamento del Fondo e comunque nel secondo semestre 2026.
3. L'impiego di Akropolis dovrà essere valutato in occasione del prossimo aggiornamento utile della procedura 15.7.

Con riferimento alla criticità assessoriale relativa all'accantonamento e all'utilizzo del Fondo rischi, lo stato deve considerarsi parzialmente superato e ancora in corso. Il Rapporto documenta il miglioramento e la riconciliazione del segmento relativo al contenzioso del lavoro, ma non consente di attestare il superamento della criticità **con riferimento al complessivo Fondo rischi aziendale**, né di estendere le conclusioni alle componenti non ricomprese nel campione e nel perimetro della verifica.

Rischio residuo. Il rischio residuo è riferibile alla non completa tracciabilità del percorso estimativo, alla validazione dei dati istruttori, alla riconciliazione analitica delle movimentazioni infrannuali e all'eventuale disallineamento tra qualificazione tecnico-legale della singola posizione e relativo trattamento contabile. Tali profili non incidono sull'esito formalizzato per il segmento verificato, ma richiedono un monitoraggio specifico fino alla completa documentazione delle scelte effettuate.

Le interlocuzioni formali successivamente intervenute all'emissione del verbale, tra le diverse strutture aziendali e la Direzione Strategica, rendono necessario ricondurre ciascuna posizione a un percorso unitario e verificabile, nel quale risultino coerentemente rappresentati gli elementi istruttori, la classificazione del rischio, la percentuale applicata, l'importo stimato e la distinzione tra accantonamento, informativa in nota integrativa e ulteriori modalità di rappresentazione delle passività potenziali. **Tale approfondimento ha carattere integrativo e prospettico e non determina, fino all'acquisizione di nuove evidenze riferite al perimetro già esaminato, la revisione dell'esito formalizzato nel Rapporto I5.7.**

Il giudizio complessivo sulla gestione del Fondo rischi sarà formulato all'esito delle verifiche sulle restanti componenti e del monitoraggio delle azioni correttive. La delimitazione del perimetro del Rapporto I5.7 mantiene l'esito ancorato alle sole evidenze esaminate e consente di trattare separatamente gli approfondimenti tecnico-contabili emersi successivamente. La valutazione estesa prevista nel secondo semestre, riferita all'intera consistenza del Fondo e ai criteri di determinazione delle relative componenti, potrà confermare l'attuale giudizio oppure incidere in senso negativo sulla valutazione complessiva, qualora emergano ulteriori criticità o non risulti adeguatamente documentata l'attuazione delle misure correttive.

Obiettivo I6 - "Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione del debito e dei correlati costi"

Azione I6.3 - "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volto a riscontrare la corretta applicazione della procedura di cui all'Azione PAC I6.1."

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I6.3 è raccordata alla I6.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera l'effettiva separazione tra richiesta o autorizzazione, affidamento, ordine, verifica dell'esecuzione, liquidazione, registrazione contabile, gestione del pagamento ed emissione dell'ordinativo, nonché la coerenza tra assetto organizzativo, matrici di responsabilità, assegnazione del personale e profili applicativi.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 - UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento all'azione PAC I6.3, il follow-up è stato diretto ad accertare che le principali fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti e dei correlati costi fossero attribuite a soggetti distinti. L'analisi ha riguardato specificamente la distribuzione delle responsabilità tra avvio e autorizzazione del procedimento, affidamento, emissione dell'ordine, verifica dell'esecuzione, liquidazione, registrazione contabile e successivo pagamento.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La relazione organizzativa della UOC e il procedimento selezionato a campione hanno consentito di ricostruire la distribuzione delle attività tra Direzione della Struttura, RUP, responsabili delle procedure di affidamento e delle singole fasi, personale tecnico incaricato delle verifiche esecutive, personale addetto al ciclo passivo e Strutture competenti per la registrazione contabile e il pagamento.

Nel campione esaminato, l'avvio e l'autorizzazione del procedimento, la scelta del contraente, l'emissione dell'ordine, il controllo dell'esecuzione e la liquidazione sono risultati collocati in momenti distinti e riconducibili a responsabilità differenziate. La registrazione contabile della fattura è risultata demandata alla UOC Bilancio e Programmazione, mentre il pagamento interviene nella successiva fase di competenza. **Il procedimento non ha quindi evidenziato una concentrazione delle funzioni di autorizzazione, esecuzione, controllo e definizione contabile del debito presso un unico soggetto.**

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I6 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". La separazione delle responsabilità è risultata concretamente applicata nel procedimento campionato e coerente con l'assetto organizzativo descritto dalla Struttura.

Rischio residuo. Permane un profilo di esposizione connesso alla possibilità che ritardi o incompletezze nel trasferimento delle informazioni sui costi maturati rendano meno tempestiva la relativa rilevazione contabile e finanziaria. Il raccordo già attivato tra la Progettazione e Manutenzione e le Strutture competenti attenua tale rischio, la cui gestione richiede il mantenimento del coordinamento interfunzionale.

- **Verifica di follow-up del 9 giugno 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 331076/2026 del 26/06/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alla I6.3 e parzialmente positivo alle I1.3 e I3.6. **La presente analisi riguarda esclusivamente la I6.3.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati l'assetto organizzativo della UOC, le matrici di responsabilità, l'assegnazione del personale alle aree interne e le profilazioni relative alle attività di contabilizzazione e pagamento. È stata riscontrata una distribuzione documentata delle funzioni di registrazione delle fatture passive, verifica formale dei provvedimenti aventi effetti economici, predisposizione dei pagamenti ed emissione degli ordinativi.

Le pratiche campionate e le evidenze AREAS hanno, inoltre, consentito di **ricostruire il collegamento tra fatto gestionale, registrazione contabile del debito e successiva fase di pagamento, nei limiti del segmento presidiato dalla UOC.**

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I6.3 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Il rilievo moderato e le azioni correttive relative all'utilizzo semestrale del tabulato fatture-ordini e alla gestione delle posizioni aperte sono riferiti alle I1.3 e I3.6 valutate parzialmente positive e non sono estesi alla I6.3.

Per quest'ultima il Rapporto precisa espressamente che non vengono formulate ulteriori azioni correttive. È stata indicata esclusivamente la necessità di mantenere allineati assetto organizzativo, matrici di responsabilità, assegnazione del personale e profili applicativi in caso di successive variazioni organizzative.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I6.3 può considerarsi superata nel perimetro contabile sottoposto a verifica. Non è stato fissato un termine specifico, poiché il mantenimento dell'allineamento organizzativo opera al verificarsi di eventuali modifiche dell'assetto o delle profilazioni.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che future variazioni organizzative o applicative producano sovrapposizioni non tempestivamente recepite nelle matrici e nei profili di accesso. Il presidio richiede pertanto un aggiornamento contestuale delle responsabilità in caso di modifiche.

5.1.2. Verifiche di follow-up con esito "con riserva/parzialmente positivo"

Nella presente sottosezione sono riportate esclusivamente le risultanze alle quali i rapporti di follow-up hanno attribuito espressamente un esito "*con riserva/parzialmente positivo*". Nei casi in cui il medesimo intervento abbia restituito esiti differenti con riguardo alle singole Azioni PAC, alle Strutture coinvolte o ai segmenti organizzativi esaminati, ciascuna risultanza è rappresentata nel sottoparagrafo corrispondente al relativo esito. Pertanto, l'eventuale richiamo del medesimo Rapporto in più sottoparagrafi **non costituisce duplicazione dell'intervento** ma consegue alla classificazione analitica delle singole componenti sottoposte a verifica.

La qualificazione "con riserva/parzialmente positivo" indica che il presidio risulta esistente e, almeno in parte, concretamente applicato, ma che la sua piena conformità alla procedura PAC non è ancora dimostrata in modo stabile, uniforme o integralmente ripercorribile. Tale valutazione presuppone il completamento delle azioni correttive o di consolidamento indicate nel Rapporto e la successiva acquisizione delle relative evidenze.

Il valore dei rilievi e il livello di adeguatezza dei sistemi di controllo sono riportati conformemente alle valutazioni espresse nei singoli rapporti. Nei verbali con esiti differenziati, l'eventuale qualificazione complessiva del rilievo come "moderato" è riferita alle specifiche componenti giudicate parzialmente positive e non si estende alle Azioni PAC cui il medesimo Rapporto attribuisce espressamente esito positivo. Analogamente, l'esito riferito a una singola Azione, Struttura o campione non determina l'estensione automatica del giudizio all'intera Area PAC, la cui valutazione complessiva sarà effettuata al termine delle verifiche programmate per il II semestre 2026.

La standardizzazione dei prospetti di popolazione, richiesta dal Rapporto entro il **30/09/2026**, assume per la I6.3 una funzione di consolidamento in quanto dovrà consentire di documentare periodicamente la permanenza della separazione dei ruoli anche sull'insieme dei procedimenti gestiti, senza costituire una correzione di irregolarità riscontrate nel campione.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data del 30/06/2026 la I6.3 può considerarsi superata nel perimetro verificato. Il rischio residuo riguarda il mantenimento nel tempo dell'assetto rilevato e la necessità di documentarne periodicamente l'applicazione sull'intera popolazione dei procedimenti.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 – UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica esterna – Rapporto trasmesso con nota prot. n.232375 del 04/05/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento all'Azione I6.3, è stata verificata la separazione delle responsabilità tra validazione dei flussi, predisposizione dei dati per la fatturazione, emissione degli ordini NSO, controllo delle fatture, verifica contributiva, liquidazione e successive attività contabili. I segmenti della Specialistica esterna e interna sono stati valutati separatamente in ragione delle differenti evidenze acquisite.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. L'inquiry e i campioni hanno evidenziato che l'emissione degli ordini NSO, il controllo delle fatture e la predisposizione dei provvedimenti di liquidazione sono affidati a soggetti distinti. La fattura viene verificata dalla UOC Specialistica e successivamente registrata dalla UOC Bilancio e Programmazione, alla quale competono gli ulteriori controlli di pagamento. Il DURC è acquisito prima della definizione della liquidazione e, in caso di irregolarità, può determinare trattenute o accantonamenti.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I6.3 esito "positivo". La distribuzione delle responsabilità è risultata maggiormente consolidata rispetto al 2024 e coerente, nei campioni esaminati, con il principio di segregazione delle funzioni.

Azione di miglioramento e termine. È stata richiesta l'adozione di uno schema fascicolare standard che consenta di ricostruire, per il medesimo soggetto, la sequenza flusso o rendicontazione, nota dati fattura, ordine NSO, fattura, DURC, eventuale trattenuta e provvedimento di liquidazione. Il termine è fissato **entro 120 giorni**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I6.3 può considerarsi superata nel perimetro della Specialistica esterna esaminato. La standardizzazione del fascicolo costituisce una misura di consolidamento ancora in corso.

Rischio residuo. Il rischio residuo alla corretta separazione delle singole fasi, documentate mediante evidenze riferite a soggetti o fattispecie differenti. Il fascicolo unico dovrà rendere dimostrabile la segregazione sull'intero percorso della medesima posizione.

- **Verifica di follow-up del 21 maggio 2026 – Progettazione e Manutenzione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 315196/2026 del 17/06/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento all'Azione I6.3, la verifica ha accertato la separazione delle responsabilità tra RUP, responsabile della fase di affidamento, DEC o Direttore dei lavori, personale addetto all'ordine e alla fase pre-liquidatoria, livello direttivo competente e Strutture responsabili della contabilizzazione e del pagamento.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Gli atti e le pratiche campionate hanno evidenziato la distinzione tra le attività tecniche svolte dalla UOC, la verifica dell'esecuzione, la predisposizione degli atti di liquidazione e le successive competenze della UOC Bilancio e Programmazione e della UOC Gestione del Patrimonio. La ricognizione dei costi da contabilizzare relativa al quarto trimestre 2025 ha inoltre documentato il trasferimento alla funzione contabile delle informazioni sulle prestazioni maturate.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente I6 esito "positivo", riconoscendo la distinzione delle responsabilità nel segmento esaminato. Il raccordo tra prospetti di chiusura e dati AREAS costituisce una misura comune alle I3.6 e I6.3, pertanto è stato descritto integralmente nel blocco I3.6 e non viene ripetuto. Restano applicabili l'avvio dalla **prima chiusura trimestrale utile** e l'applicazione strutturata alla **chiusura dell'esercizio 2026**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La I6.3 può considerarsi superata nel perimetro della UOC verificata, con misura di consolidamento interfunzionale ancora in corso.

AREA GENERALE

Obiettivo A3 – "Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio"

Azione A3.4 – "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3, mediante analisi del livello di attuazione delle Azioni A3.1, A3.2 e A3.3 della Procedura PAC Area A"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione A3.4 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è ricondotta alla A3.3, caratterizzata da probabilità 2, impatto 3, valore 6 e rischio "medio". La matrice dei controlli considera la mappatura degli applicativi, la gestione delle credenziali e delle abilitazioni, le integrazioni tra sistemi, la tracciabilità delle operazioni, la gestione delle anomalie e dei blocchi applicativi, i backup, la continuità operativa e il disaster recovery.

- **Verifica documentale di follow-up – UOC Gestione Informatica Aziendale – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 260910/2026 del 19/05/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento costituisce il follow-up delle verifiche svolte il 28/05/2025 e il 02/12/2025 ed è stato finalizzato ad accertare lo stato di attuazione delle Azioni A3.1, A3.2 e A3.3, riguardanti la mappatura degli applicativi, lo sviluppo dei sistemi informativi e il livello di integrazione, tracciabilità, sicurezza e continuità operativa dei sistemi a supporto dei processi amministrativo-contabili. La verifica è stata avviata con nota prot. n. 70355/2026 del 06/02/2026. Al primo riscontro della Struttura, acquisito con prot. n. 194365/2026 del 13/04/2026, è seguito un ulteriore soccorso istruttorio, formalizzato con nota prot. n. 205903/2026, poiché una parte significativa delle evidenze richieste non risultava ancora prodotta. La documentazione integrativa è stata trasmessa il 24/04/2026.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il questionario compilato dalla Struttura, la procedura "Gestione delle credenziali degli applicativi aziendali", trasmessa con nota prot. n. 15712/2026 del 12/01/2026, la relativa modulistica, le interlocuzioni con RTI, fornitori e software house, i cronoprogrammi e le richieste di intervento riguardanti sviluppi, anomalie e integrazioni applicative. L'analisi ha interessato, in particolare, HCM, AREAS206, SAAP, Akropolis e gli ulteriori moduli rilevanti per i processi amministrativo-contabili, nonché la documentazione relativa ai presidi di backup, continuità operativa e *disaster recovery*.

Le evidenze acquisite hanno consentito di rilevare la presenza di una funzione tecnica attiva, in grado di presidiare i rapporti con i fornitori, seguire l'evoluzione degli applicativi, intercettare le anomalie di esercizio e documentare gli interventi richiesti. Il Rapporto ha tuttavia riscontrato un livello di presidio ancora non pienamente uniforme tra i diversi moduli, caratterizzati da persistenti necessità di profilazione, correzione, integrazione e riallineamento. Il sistema è stato pertanto qualificato come effettivamente governato ma non ancora uniformemente stabilizzato nei risultati.

Esito e azioni correttive. Il Rapporto ha attribuito alla verifica esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello di adeguatezza dei controlli interni "da migliorare". **Sono state assegnate le seguenti misure:**

- entro il 30/09/2026, assicurare l'applicazione uniforme della procedura di gestione delle credenziali, con utilizzo della modulistica e tracciabilità delle richieste di attivazione, modifica e revoca delle abilitazioni;
- entro il 31/10/2026, predisporre una nota tecnica aggiornata sullo stato delle principali integrazioni tra HCM, AREAS, HeroCUP, Akropolis e gli altri moduli rilevanti, indicando criticità aperte, misure compensative e tempi stimati di completamento;
- entro il 30/06/2026, svolgere, con il Dipartimento Risorse Umane e il fornitore, una verifica mirata sulle anomalie del modulo HCM relative ai profili orari, all'area self e agli ulteriori malfunzionamenti ricorrenti, formalizzandone esiti, cause, priorità e cronoprogramma;
- entro il 31/12/2026, produrre evidenze periodiche dei backup effettuati e dello stato dei presidi di continuità operativa e disaster recovery dei sistemi critici amministrativo-contabili.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione A3.4 deve considerarsi ancora in corso di consolidamento. La procedura sulle credenziali e l'assetto infrastrutturale risultano formalmente documentati, mentre restano aperti gli interventi relativi all'applicazione uniforme della procedura, alla rappresentazione delle integrazioni e alla produzione periodica delle evidenze di continuità operativa. Quanto alla verifica congiunta sul modulo HCM, il termine coincide con la data di

chiusura del semestre e il relativo adempimento dovrà essere accertato mediante l'acquisizione degli esiti formalizzati e del cronoprogramma richiesto.

Rischio residuo. Permane un rischio connesso al non completo consolidamento dei moduli applicativi, all'integrazione ancora parziale tra i sistemi e alla presenza di alcune anomalie in corso di risoluzione, anche con il supporto dei fornitori esterni. I presidi tecnici già operativi **riducono l'esposizione**, mentre il completamento degli interventi programmati **consentirà di stabilizzare** ulteriormente l'Azione A3.4.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 14 aprile 2026 – UOC Risorse Umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 361212/2026 del 13/07/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento è stato svolto in continuità con i precedenti audit del 27 gennaio e del 28 maggio 2025 e ha riguardato l'aggiornamento dei presidi informatici e amministrativo-contabili applicati al ciclo del personale. La presente analisi è circoscritta alla documentazione prodotta dalla UOC Risorse Umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI, alla quale il Rapporto ha attribuito esito parzialmente positivo. Gli esiti negativi riferiti alle ulteriori Strutture del Dipartimento sono rappresentati separatamente.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La documentazione ha consentito di ricostruire l'utilizzo degli applicativi APMMG e HCM per le differenti categorie del personale convenzionato. Sono state acquisite evidenze delle interlocuzioni con la software house, delle segnalazioni relative ai flussi regionali e delle verifiche avviate sulle anomalie riscontrate nelle Certificazioni Uniche 2026 riferite ai redditi 2025.

Le evidenze documentano l'esistenza di un presidio operativo idoneo a intercettare le anomalie e ad attivare le conseguenti richieste di verifica e correzione. Non sono state tuttavia prodotte evidenze complete sulle profilazioni degli utenti, sui livelli di accesso, sui blocchi applicativi e sui log dei controlli. Ferma restando l'effettuazione dei controlli già riscontrati presso la UOC Cure Primarie relativi alla fase iniziale del processo, risulta opportuno che l'Ufficio competente alla conclusione della fase amministrativo-contabile assicuri la raccolta e la conservazione unitaria delle evidenze riferite all'intero percorso.

Il raccordo tra i sistemi stipendiali e AREAS risulta attualmente assicurato anche mediante verifiche documentali ed extracontabili, in attesa del completamento dell'integrazione applicativa. Tale assetto coinvolge più strutture e componenti tecnologiche e non è pertanto integralmente governato dalla struttura verificata, presso la quale resta opportuno consolidare la tracciabilità dei controlli di competenza e la conservazione unitaria delle evidenze di riconciliazione.

Esito e azioni correttive. Il Rapporto ha attribuito al segmento esaminato esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello di adeguatezza dei sistemi di controllo "da migliorare". La valutazione è riferita alle evidenze disponibili alla data di conclusione della verifica e tiene conto della presenza di controlli operativi, pur non ancora supportati da una documentazione completa e uniformemente formalizzata.

Entro il 31/12/2026 dovrà essere acquisita un'evidenza conclusiva della risoluzione delle anomalie riguardanti le Certificazioni Uniche. Il controllo trimestrale di riconciliazione tra HCM, APMMG, Tracciato 5 e Contabilità generale dovrà essere formalizzato entro il 31/10/2026, con indicazione dei dati confrontati, delle differenze rilevate, delle verifiche svolte e delle relative modalità di chiusura, misura questa che non attiene alla UOC oggetto di verifica.

Stato al 30 giugno 2026. L'Azione risulta parzialmente superata e in corso di consolidamento. I sistemi utilizzati e le attività di gestione delle anomalie sono stati identificati, mentre restano da completare la dimostrazione dei controlli applicativi, la formalizzazione delle riconciliazioni e la chiusura documentata delle anomalie. **Si rappresenta che con nota prot. n. 0374526 del 22/07/2026, successivamente alla chiusura del semestre, la UOC Risorse Umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI ha fornito riscontro al verbale di audit, trasmettendo documentazione integrativa ed elementi di chiarimento riferiti ad alcune criticità e ai punti rimasti aperti.** Ferma restando la valutazione espressa al 30 giugno 2026, nel corso del secondo semestre sarà effettuato uno specifico aggiornamento della verifica, volto ad accertare l'effettivo superamento delle criticità interessate e, ove ne ricorrano i presupposti documentali, a rideterminare il relativo esito.

Rischio residuo. Permangono limitati profili di attenzione connessi al ricorso a raccordi extracontabili e alla non ancora completa disponibilità delle evidenze relative alle abilitazioni e ai controlli informatici. I controlli già operativi attenuano l'esposizione, mentre il coinvolgimento di più strutture e fornitori rende necessario consolidare ulteriormente responsabilità e tracciabilità documentale. Il completamento delle evidenze consentirà di rendere più immediatamente verificabile la valutazione già espressa nel Rapporto, senza modificarne il perimetro e le risultanze.

Obiettivo A4 – "Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità"

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

- **Verifica documentale avviata con nota prot. n. 107391/2026 – UOC Bilancio e Programmazione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 373521 del 21/07/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento è stato avviato in continuità con le precedenti verifiche sul raccordo tra Contabilità generale e Contabilità analitica e con il follow-up svolto presso la UOC Programmazione e Controllo di Gestione. Alla UOC Bilancio e Programmazione sono stati richiesti elementi di aggiornamento sullo stato del raccordo e sulle attività di propria competenza.

Evidenze acquisite ed esito. Con nota prot. n. 112072/2026 del 27/02/2026, la UOC Bilancio e Programmazione ha fornito un riscontro che non ha consentito di delimitare compiutamente il perimetro applicativo e operativo cui la rappresentazione resa si riferisce. Tale elemento è stato valutato congiuntamente alle risultanze del follow-up svolto presso la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, il cui Rapporto prot. n. 98959/2026 ha riscontrato che le movimentazioni presenti in AREAS alimentano la Contabilità analitica, mediante la correlazione con costi, ricavi e fattori produttivi, limitatamente ai flussi già integrati.

Alla luce delle evidenze complessivamente disponibili, l'Azione A4.8 assume esito parzialmente positivo con riferimento al raccordo tra la UOC Bilancio e Programmazione e la UOC Programmazione e Controllo di Gestione. Il raccordo risulta operativo per i flussi già integrati, mentre la documentazione acquisita non consente ancora una rappresentazione conclusiva dell'intero perimetro aziendale e delle rispettive competenze.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. L'Azione resta aperta. Nel mese di settembre 2026 sarà svolto un approfondimento straordinario congiunto tra la UOC Bilancio e Programmazione e la UOC Programmazione e Controllo di Gestione, finalizzato a completare il raccordo documentale e operativo e ad aggiornare la valutazione sulla base delle ulteriori evidenze acquisite.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla possibilità che, fino al completamento dell'approfondimento congiunto, l'estensione dei flussi già raccordati e delle componenti ancora da integrare non risulti rappresentata in un quadro unitario. **Il presidio operativo riscontrato sui flussi alimentati da AREAS costituisce, allo stato, l'unico elemento oggettivamente verificato che consente di escludere l'assenza del raccordo e di circoscrivere il profilo residuo alla mancata rappresentazione unitaria del processo.**

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Obiettivo D1 – "Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni"

Azione D1.4 – "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura, con predisposizione del relativo report delle risultanze delle verifiche"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D1.4 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è ricondotta alla D1.1, caratterizzata da probabilità 5, impatto 4, valore 20 e livello di rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la separazione delle responsabilità nelle fasi di autorizzazione, acquisizione, ricevimento, configurazione inventariale, gestione, contabilizzazione, ammortamento e dismissione dei beni, nonché la ricostruibilità del percorso tra ordine, entrata merci, cespiti e rilevazione contabile.

- **Verifica di follow-up del 26 febbraio 2026 – UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 146992/2026 del 17/03/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con i precedenti interventi riferiti al ciclo delle immobilizzazioni e ha avuto lo scopo di accertare l'evoluzione dei presidi adottati

dalla UOC Gestione del Patrimonio per la corretta qualificazione, configurazione e inventariazione dei beni durevoli. L'intervento ha approfondito, in particolare, il monitoraggio delle entrate merci ancora da configurare come cespiti, il raccordo tra ordini, ricevimento dei beni e inventariazione, la gestione delle anomalie di classificazione e delle operazioni manuali e il successivo trasferimento delle informazioni alla UOC Bilancio e Programmazione.

La verifica ha riguardato anche la D4.7, risultata tuttavia non applicabile alla UOC Gestione del Patrimonio, poiché la Struttura interviene nella fase di configurazione e gestione inventariale dei cespiti ma non è titolare della programmazione degli investimenti e del controllo del relativo budget. **La presente analisi è pertanto circoscritta alla D1.4.**

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La D1.4 verifica la concreta applicazione della procedura prevista dalla D1.1, secondo la quale le fasi di autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento, alienazione e dismissione delle immobilizzazioni devono essere controllate da soggetti distinti. Nel perimetro della UOC Gestione del Patrimonio, il controllo ha riguardato la corretta presa in carico dei beni, la configurazione inventariale, la verifica della natura patrimoniale della spesa, il trattamento delle eccezioni e il raccordo con le Strutture ordinanti e con la funzione contabile.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono state esaminate le estrazioni delle entrate merci ancora da configurare, i report relativi agli ordini definitivi o parzialmente evasi, le note di sollecito rivolte alle Strutture aziendali, i riscontri dei referenti inventariali, le evidenze delle rettifiche effettuate e la documentazione relativa alle dismissioni. È stato inoltre considerato il Regolamento aziendale per la gestione dei beni mobili pluriennali, adottato con deliberazione n. 1742 del 28/11/2025, e la successiva nota prot. n. 103475/2026 del 24/02/2026, relativa alle modalità operative dei controlli periodici.

La documentazione ha dato evidenza di un'attività di monitoraggio effettivamente esercitata. La UOC ha effettuato estrazioni periodiche delle entrate merci non ancora configurate, ha trasmesso solleciti alle Strutture competenti e ha seguito le successive attività di regolarizzazione. Sono stati inoltre documentati interventi di rettifica delle anagrafiche, riallineamento dei codici inventariali, correzione delle classificazioni merceologiche e configurazione di cespiti inizialmente non correttamente trattati.

Una delle estrazioni esaminate comprendeva n. 79 movimenti di carico su conti patrimoniali, per un importo complessivo di circa euro 3.405.474,81, per i quali non risultava ancora completata la configurazione del cespite. L'analisi ha evidenziato una rilevante concentrazione delle posizioni presso le Strutture che gestiscono gli investimenti e le tecnologie aziendali. Il dato non è stato interpretato come automatica irregolarità, poiché le partite comprendevano situazioni differenti: beni non ancora consegnati, ordini in somministrazione, cespiti in corso di configurazione, beni in comodato, prestazioni non capitalizzabili e posizioni che richiedevano una preliminare revisione della classificazione contabile.

Ulteriori estrazioni hanno evidenziato la presenza di operazioni a valore zero, prevalentemente riferibili a beni in comodato o a forniture non onerose, e alcune posizioni concernenti servizi o costi accessori imputati a conti patrimoniali. Tali fattispecie, pur risultando numericamente circoscritte, hanno confermato la necessità di distinguere, prima della configurazione inventariale, i beni di proprietà dell'Azienda effettivamente capitalizzabili dai beni di terzi, dai servizi e dalle altre componenti che non devono generare un cespite.

Il monitoraggio degli ordini ha inoltre consentito di individuare posizioni definitive o parzialmente evase e di verificare lo stato delle consegne e delle relative entrate merci. Le note e i riscontri successivi hanno documentato che una parte delle anomalie segnalate è stata corretta mediante la configurazione dei cespiti, la trasmissione dei verbali di presa in carico, la modifica delle anagrafiche o il riallineamento dei conti. In alcuni casi la configurazione contabile è risultata completata, mentre permanevano difficoltà tecniche relative alla stampa delle etichette inventariali: tale circostanza non impediva la registrazione del cespite, ma ritardava il completamento della sua identificazione fisica. È stata altresì approfondita l'indicazione operativa relativa alle bolle ricevute entro il 31 dicembre e configurate successivamente con data riferita alla chiusura dell'esercizio. Il Rapporto ha rilevato che tale modalità, funzionale al rispetto del principio di competenza, deve essere accompagnata dalla tracciabilità del presupposto documentale, dell'operatore, dell'autorizzazione e della successiva riconciliazione, al fine di garantire che l'eccezione sia applicata soltanto alle fattispecie effettivamente riferibili all'esercizio.

Le evidenze acquisite descrivono quindi un sistema di controllo attivo, nel quale le anomalie vengono intercettate mediante estrazioni, solleciti e interlocuzioni formalizzate. Il principale margine di miglioramento deriva dal fatto che il presidio risulta ancora in misura significativa orientato alla rilevazione e alla correzione successiva delle anomalie, soprattutto in prossimità delle chiusure contabili, anziché alla loro sistematica prevenzione nelle fasi di qualificazione della spesa e formazione dell'ordine.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente D1 esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello di adeguatezza dei controlli "da migliorare". Il giudizio non deriva dall'assenza di attività di controllo. Infatti, **le estrazioni, i solleciti, i riscontri e le rettifiche documentano un presidio concretamente esercitato e un progressivo rafforzamento rispetto alle verifiche precedenti.**

La riserva riguarda la necessità di rendere maggiormente preventivi, standardizzati e periodicamente dimostrabili i controlli sulla natura del bene, sulle partite pendenti e sulle operazioni manuali con effetti patrimoniali.

Azioni correttive o di miglioramento. Il Rapporto ha richiesto:

- la formalizzazione, mediante una sintetica istruzione interna, del controllo preventivo sulla natura dell'entrata merce, distinguendo beni durevoli, beni di consumo, servizi e beni in comodato e individuando modalità, responsabilità ed evidenza dell'avvenuta verifica;
- la predisposizione, con cadenza almeno trimestrale, di un report standardizzato delle entrate merci ancora da configurare e degli ordini parzialmente evasi, da trasmettere formalmente alle Macrostrutture interessate e da aggiornare sulla base dei riscontri ricevuti;
- la tracciabilità formale delle operazioni manuali di inserimento o modifica delle anagrafiche aventi effetti patrimoniali, accompagnata da una riconciliazione periodica con la UOC Bilancio e Programmazione;
- la valutazione, in sede interstrutturale, di controlli preventivi sulla corretta associazione tra natura del bene, classe merceologica, codice prodotto e conto economico o patrimoniale, anche mediante eventuali adeguamenti applicativi.

Il Rapporto non ha assegnato termini calendarizzati distinti alle singole misure. La relativa attuazione dovrà pertanto essere verificata in occasione del successivo follow-up, mediante acquisizione dell'istruzione interna, dei report trimestrali e delle evidenze di riconciliazione.

Attuazione delle azioni di miglioramento. Successivamente alla formalizzazione del Rapporto, la **UOC Gestione del Patrimonio ha avviato l'attuazione delle misure indicate.** Con nota prot. n. 192833/2026 del 13/04/2026, espressamente adottata in prosecuzione della verifica, è stato richiesto alle Strutture coinvolte nel ciclo delle immobilizzazioni di predisporre un report relativo al primo trimestre 2026, secondo uno schema diretto a collegare fonte di finanziamento, centro di costo, localizzazione, ordine, documento di trasporto, entrata merci, fornitore e fattura. Per le manutenzioni straordinarie è stata inoltre richiesta l'evidenza del collaudo o dell'attestazione di regolare esecuzione e del collegamento con il cespite padre o con le immobilizzazioni in corso.

Le estrazioni acquisite il 27/04/2026, relative alle entrate merci ancora da cespitare e al dettaglio degli ordini di beni inventariabili, documentano l'effettivo avvio del primo ciclo trimestrale di monitoraggio. La UOC ha successivamente verificato la ricezione dei riscontri e, con nota prot. n. 270867/2026 del 25/05/2026, ha sollecitato le Strutture che non avevano ancora provveduto.

La UOC Approvvigionamenti ha riscontrato la richiesta con nota prot. n. 290756/2026 del 04/06/2026, trasmettendo il prospetto compilato relativo alle procedure esaminate. Il documento consente di raccordare, per le posizioni rappresentate, codice del cespite, ordine, entrata merci, conto patrimoniale, destinazione, fornitore, fattura e fonte di finanziamento. La presenza di alcune posizioni ancora indicate come aperte conferma che il documento costituisce uno strumento operativo di monitoraggio e non l'attestazione della definitiva chiusura dell'intera popolazione esaminata.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la D1.4 risulta parzialmente superata e ancora in corso di consolidamento. Le evidenze dimostrano che la UOC ha individuato e gestito le partite pendenti e ha attivato interventi concreti di rettifica e regolarizzazione. Non risulta ancora comprovata, invece, la completa trasformazione di tali attività in un sistema preventivo e periodico uniformemente formalizzato.

Rispetto alle criticità dell'Area Immobilizzazioni richiamate nello schema assessoriale, le risultanze documentano un avanzamento effettivo nella gestione delle entrate merci, nella configurazione dei cespiti e nel trattamento delle anomalie. **L'avvio del primo ciclo standardizzato risulta**

documentato dalle evidenze sopra richiamate ma ancora da stabilizzare il passaggio a un sistema preventivo uniformemente applicato sull'intero perimetro aziendale.

Sviluppi successivi alla data di riferimento. Successivamente alla chiusura del semestre, con nota prot. n. 349328/2026 del 07/07/2026, la UOC Gestione del Patrimonio ha dato continuità al monitoraggio trasmettendo le estrazioni AREAS riferite alla situazione al 30/06/2026. Le estrazioni hanno distinto le entrate merci ancora da cespitare, gli ordini privi sia dell'entrata merci sia della configurazione inventariale e gli ordini per i quali, pur risultando registrato il ricevimento, non era ancora completata la cespitazione. Alle Strutture interessate è stato richiesto di regolarizzare le posizioni e di comunicare gli adempimenti effettuati.

Con successiva nota prot. n. 366323/2026 del 16/07/2026 la UOC ha ulteriormente formalizzato il controllo, diffondendo una checklist standardizzata contenente gli elementi necessari alla ricostruzione del ciclo di cespitazione, incremento e capitalizzazione. La checklist comprende, tra gli altri, cespite e cespite padre, ordine, bolla, entrata merci, collaudo o attestazione di regolare esecuzione, conto patrimoniale, centro di costo, localizzazione, fattura e fonte di finanziamento. Tali evidenze, essendo successive al 30/06/2026, non modificano retroattivamente lo stato dell'Azione alla data di riferimento ma **documentano la prosecuzione e la progressiva formalizzazione delle misure nel secondo semestre.**

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che beni in comodato, servizi o componenti non capitalizzabili vengano inizialmente imputati a conti patrimoniali, che la configurazione del cespite avvenga con ritardo rispetto alla presa in carico e che operazioni manuali o retrodatazioni non siano accompagnate da evidenze uniformi. La presenza di estrazioni, solleciti e controlli successivi **riduce concretamente tale esposizione, ma il totale contenimento del rischio avverrà con il consolidamento dei presidi preventivi indicati dal Rapporto.**

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 - UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. Per la D1.4, il follow-up ha riguardato la separazione delle responsabilità nei procedimenti di acquisizione di beni durevoli e nella gestione degli interventi finanziati direttamente presidiati dalla UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari. L'attività è stata svolta in continuità con le verifiche effettuate nel 2024 e nel 2025 ed è stata finalizzata ad accertare se l'articolazione organizzativa descritta dalla Struttura trovasse riscontro nei documenti autorizzativi, ordinativi, esecutivi e liquidatori.

Il medesimo Rapporto ha restituito esiti differenti: positivo per le componenti D5, H1, I1, I3 e I6 e parzialmente positivo per D1 e D6. **La presente analisi è pertanto limitata alla D1.4.**

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La verifica ha riguardato la distribuzione delle responsabilità tra Direzione della UOC, personale addetto alle procedure di affidamento, RUP, responsabili delle singole fasi, figure tecniche incaricate della verifica di congruità e dell'esecuzione, personale addetto al ciclo passivo e soggetti responsabili dell'emissione degli ordini. È stato inoltre esaminato il raccordo con le successive attività patrimoniali e contabili di competenza delle altre Strutture aziendali.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati la relazione della UOC prot. n. 282414/2026 del 29/05/2026, la documentazione autorizzativa trasmessa con nota prot. n. 208934/2026 del 21/04/2026, gli elenchi degli ordini, i prospetti delle fatture e delle liquidazioni del quarto trimestre 2025, il prospetto delle procedure di affidamento svolte nel 2025 e il procedimento relativo all'acquisto di due stimolatori magnetici transcranici finanziati con fondi PSN.

La relazione della Struttura ha descritto un'articolazione organizzativa comprendente il Direttore della UOC quale punto ordinante per specifici procedimenti, personale amministrativo dedicato agli affidamenti, dirigenti ingegneri con funzioni di RUP, una figura tecnica incaricata di verificare la congruità della richiesta con la scheda progettuale, un responsabile amministrativo di fase, personale addetto al ciclo passivo e un assistente tecnico incaricato dell'emissione degli ordini. Tale configurazione risulta orientata alla distribuzione delle attività e alla riduzione delle sovrapposizioni funzionali.

Il procedimento campionato ha consentito di verificare che la valutazione e l'autorizzazione della richiesta, la scelta del contraente, l'emissione degli ordini, la verifica dell'esecuzione e la liquidazione si collocano in momenti distinti e sono riconducibili a differenti responsabilità. Il fascicolo ha quindi fornito un riscontro concreto dell'assetto rappresentato dalla Struttura.

La verifica ha tuttavia rilevato che tale distribuzione, pur risultando sostanzialmente coerente e ricostruibile nel procedimento esaminato, non è ancora rappresentata mediante un report periodico uniforme che consenta di verificare, sull'intera popolazione delle procedure, la permanenza della separazione dei ruoli e l'assenza di sovrapposizioni incompatibili.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D1 esito "parzialmente positivo" e ha valutato "da migliorare" il livello di adeguatezza dei controlli. La riserva non concerne l'assenza di una distribuzione delle responsabilità, risultata concretamente riconoscibile, ma la necessità di trasformare tale assetto in un presidio periodicamente verificato e documentalmente uniforme.

Azione correttiva e termine. È stata richiesta la predisposizione, con periodicità almeno semestrale, di un breve report interno che dia evidenza:

- della distribuzione dei ruoli nelle principali fasi dei procedimenti;
- della corretta distinzione tra beni durevoli, lavori e manutenzioni straordinarie;
- della coerenza tra titolo di finanziamento, chiave contabile e imputazione patrimoniale.

Il termine assegnato per l'attuazione della misura è il **30/09/2026**.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la D1.4 risulta parzialmente superata. La concreta separazione delle attività è stata riscontrata nel procedimento campionato, mentre la misura diretta alla formalizzazione del controllo periodico era ancora in corso e il relativo termine non risultava scaduto. Il successivo monitoraggio dovrà acquisire il primo report semestrale e verificare che esso rappresenti l'effettiva distribuzione delle responsabilità sull'intera popolazione dei procedimenti interessati.

Rischio residuo. Il profilo residuo è circoscritto alla necessità di rendere uniformemente e immediatamente dimostrabile, per tutti i procedimenti, l'assetto di separazione dei ruoli già riscontrato, assicurandone il tempestivo aggiornamento in caso di modifiche organizzative. La tracciabilità del campione costituisce un elemento favorevole, mentre il report previsto consentirà di consolidare e rendere sistematico il presidio già operativo.

• **Verifica di follow-up dell'11 maggio 2026 – UOC Approvvigionamenti – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 297006/2026 dell'08/06/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con gli interventi del 21 marzo e del 2 dicembre 2025 e ha interessato congiuntamente le Azioni D1.4, D4.7, I1.3, I3.6 e I6.3. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alla D4.7 e parzialmente positivo alle restanti Azioni. La presente analisi è circoscritta alla D1.4 e, quindi, alla dimostrabilità della separazione delle responsabilità nel segmento di acquisizione dei beni e dei servizi presidiato dalla UOC Approvvigionamenti.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione D1.4 verifica l'effettiva applicazione della procedura D1.1, secondo la quale le fasi di autorizzazione, acquisizione, gestione e contabilizzazione delle immobilizzazioni devono essere controllate da soggetti aziendali distinti. Il controllo ha riguardato la riconoscibilità dei soggetti intervenuti nella rilevazione del fabbisogno, nell'istruttoria, nell'affidamento, nell'emissione dell'ordine, nella verifica dell'esecuzione, nel supporto alla liquidazione e nelle successive attività patrimoniali e contabili.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati scadenziari, dataset, atti amministrativi, report di riconciliazione e due pratiche campione: l'acquisizione mediante MEPA di n. 1.300 sacche per il trasporto, la movimentazione e il recupero delle salme e il recepimento della gara CUC per il servizio di vigilanza armata, lotto n. 3. I fascicoli hanno consentito di ricostruire la continuità tra fabbisogno, affidamento, copertura della spesa, ordine, esecuzione, fattura e liquidazione.

Per la fornitura delle sacche, il fascicolo documenta l'aggiudicazione per euro 34.574,80, con articolazione della consegna tra gli esercizi 2025 e 2026, nonché il raccordo tra ordine, DDT, fattura e successiva liquidazione. La pratica relativa al servizio di vigilanza ha reso ripercorribile il segmento compreso tra recepimento della gara centralizzata, budget, ordine, fattura e liquidazione.

La verifica non ha tuttavia acquisito un autonomo campione relativo alla presa in carico di un bene durevole o cespite e, soprattutto, non è stato prodotto un prospetto organico e aggiornato dei soggetti, dei profili applicativi e delle funzioni esercitate nelle diverse fasi. La separazione delle responsabilità emerge quindi dalle singole pratiche, ma non risulta rappresentata in una matrice complessiva applicabile all'intero processo. Tale limite assume rilievo anche in considerazione della carenza di personale e della temporanea concentrazione di più funzioni segnalate dalla Struttura.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D1.4 esito "parzialmente positivo", con rilievo "moderato". Il processo è risultato concretamente operativo e le pratiche campionate hanno consentito di distinguere i principali passaggi procedurali; la riserva riguarda la piena dimostrabilità della segregazione delle funzioni sull'intero perimetro e la mancanza di una rappresentazione unitaria delle responsabilità e delle abilitazioni applicative.

Azione correttiva e termine. È stata richiesta la predisposizione di un funzionigramma operativo e di una matrice delle responsabilità riferiti all'intero processo di approvvigionamento, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle funzioni esercitate, delle profilazioni AREAS, delle eventuali concentrazioni temporanee di ruoli e dei controlli compensativi adottati. Il termine è stato fissato al 30/06/2026.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data di riferimento, la D1.4 risulta parzialmente superata e ancora aperta con riguardo alla formalizzazione organica della segregazione delle funzioni. Poiché il termine assegnato coincide con la chiusura del semestre, il completamento della misura dovrà essere verificato mediante l'acquisizione del funzionigramma, della matrice delle responsabilità e del quadro delle profilazioni applicative. Rispetto alle criticità dell'Area Immobilizzazioni indicate nello schema assessoriale allegato alla nota prot. n. 31890 del 30/06/2026, le evidenze documentano un avanzamento sul presidio D1, ma non consentono ancora di considerare integralmente chiusa la relativa criticità.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che, la non piena corrispondenza tra responsabilità organizzative e profili applicativi, renda meno immediata la distinzione tra chi istruisce, chi controlla e chi supporta la liquidazione, con conseguente minore tracciabilità delle responsabilità e delle verifiche svolte. La ricostruibilità delle pratiche già riscontrata attenua tale rischio, mentre la formalizzazione prevista consentirà di consolidare la separazione dei ruoli e la verificabilità dei controlli.

Obiettivo D4 – "Predisporre, con cadenza almeno annuale, un Piano degli Investimenti"

Azione D4.7 – "Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 e D4.3"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D4.7 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alle Azioni D4.1 e D4.3, entrambe caratterizzate da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera la predisposizione del Piano degli Investimenti, l'individuazione delle fonti e del budget, l'autorizzazione dell'intervento, l'avvio, l'avanzamento, l'utilizzo delle risorse, il monitoraggio degli scostamenti e la rappresentazione conclusiva dello stato di attuazione.

• Verifica di follow-up del 21 maggio 2026 – Progettazione e Manutenzione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 315196/2026 del 17/06/2026

Inquadramento della verifica. L'intervento ha interessato le Azioni D1.4, D4.7, I1.3, I3.6 e I6.3, restituendo esito positivo per D1, I1, I3 e I6 e parzialmente positivo per D4. La presente analisi riguarda esclusivamente la componente relativa alla programmazione e al monitoraggio degli investimenti.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. La D4.7 verifica la corretta applicazione della D4.1 e della D4.3, concernenti la predisposizione del Piano degli Investimenti, l'identificazione delle risorse per ciascun intervento e il controllo degli scostamenti rispetto alla programmazione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il Programma Triennale dei lavori pubblici 2025-2027, gli atti gestionali, la documentazione relativa agli interventi e le informazioni disponibili nei sistemi e negli strumenti interni della Struttura. È risultata presente una sede programmatica formalizzata, nella quale gli interventi di maggiore rilievo vengono ricondotti a un quadro previsionale recante natura, stima economica e orizzonte temporale.

La Struttura ha inoltre rappresentato la gestione degli interventi ulteriori rispetto alla programmazione originaria e il relativo raccordo con gli atti di variazione o presa d'atto. L'utilizzo dei dati ARLO e delle ulteriori evidenze gestionali ha documentato un avanzamento rispetto alle verifiche del 2025.

Il presidio risulta avviato e operante e può essere ulteriormente consolidato nella fase attuativa mediante una rappresentazione periodica unitaria degli interventi programmati, avviati, realizzati, variati o gestiti in extra-programmazione, con evidenza dei relativi importi e degli eventuali scostamenti. Per gli Accordi Quadro, la tracciabilità può essere resa più immediata attraverso un

quadro riepilogativo del rapporto tra CIG padre, CIG derivati, contratti attuativi, importi utilizzati e residui disponibili.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D4.7 esito "parzialmente positivo" e rilievo "moderato". L'esistenza della programmazione e la tracciabilità delle singole pratiche risultano documentate; la riserva riguarda la capacità di rappresentare periodicamente e in modo unitario lo stato di attuazione del complessivo programma degli investimenti.

Azione correttiva e termine. La UOC deve rendere disponibile, con cadenza semestrale, un'evidenza di monitoraggio degli interventi programmati, avviati, realizzati, variati o gestiti in extra-programmazione, riportando importi programmati, affidati e liquidati, scostamenti e, per gli Accordi Quadro, CIG padre, CIG derivati, contratti attuativi, importi utilizzati e residui. La prima evidenza deve essere prodotta entro 120 giorni dalla trasmissione del Rapporto, con successivo aggiornamento semestrale.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. L'Azione risulta parzialmente superata e in corso di consolidamento. Alla data del 30/06/2026 il termine di 120 giorni non era ancora decorso. Rispetto alla criticità D4.7 richiamata nello schema assessoriale, le evidenze documentano l'esistenza del processo programmatico, ma la chiusura della criticità resta subordinata alla produzione e alla verifica del primo monitoraggio semestrale.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che interventi aggiuntivi, variazioni, Accordi Quadro e utilizzo progressivo delle risorse siano ricostruibili soltanto mediante l'esame congiunto di più fonti. Il monitoraggio richiesto è diretto a trasformare tali informazioni in un presidio periodico immediatamente verificabile.

Obiettivo D5 - "Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti e le donazioni"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D5.4 è raccordata alle D5.1 e D5.3, entrambe caratterizzate da probabilità 5, impatto 4, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la continuità del collegamento tra fonte di finanziamento, eventuale autorizzazione extrabudget, CUP, CIG, chiave contabile, ordine, entrata merci, fattura, configurazione del cespito, conti patrimoniali, ammortamenti e sterilizzazioni.

• Verifica di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. 187025 del 09/04/2026

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con il precedente intervento riferito alle Azioni D5.4 e H1.3, al fine di accertare l'effettiva operatività dei presidi diretti alla corretta individuazione dei cespiti in relazione alla relativa modalità di acquisizione e fonte di finanziamento. L'intervento ha interessato la completezza delle informazioni patrimoniali, il collegamento tra fonte, cespiti e trattamento contabile e la tracciabilità del processo dalla fase di acquisizione fino alla configurazione inventariale.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il rapporto dei cespiti con indicazione della fonte di finanziamento, il registro generale dei cespiti registrati nell'esercizio 2025, specifici campioni selezionati secondo criteri posizionali e di rilevanza economica e la documentazione relativa alla gestione delle donazioni. Il rapporto qualificato per fonte comprende n. 1.923 posizioni, mentre l'estrazione generale relativa ai cespiti registrati nel 2025 comprende n. 6.755 posizioni.

Nel perimetro delle n. 1.923 posizioni risultano sistematicamente valorizzati la fonte di finanziamento, l'importo della sterilizzazione, il conto di sterilizzazione, il conto di utilizzo e il riferimento al movimento. L'importo della sterilizzazione coincide con il valore di carico per l'intera popolazione esaminata, per un valore complessivo pari a euro 2.179.349,83.

L'estrazione generale consente una rappresentazione complessiva dei cespiti e presenta margini di completamento e uniformazione del relativo contenuto informativo. In particolare, può essere ulteriormente valorizzata mediante l'inserimento sistematico dei dati relativi al contratto, al responsabile, alla localizzazione, al collaudo, alla fattura e al fornitore. Nel campione posizionale, la disponibilità delle chiavi relative all'ordine e all'entrata merci consentirebbe di rendere immediatamente ricostruibile il collegamento end-to-end attraverso le evidenze estratte. Tale

collegamento risulta maggiormente documentato per i cespiti di più elevato valore economico, rispetto ai quali resta da uniformare l'esposizione della fonte e dei dati relativi alla sterilizzazione.

Esito e profili di miglioramento. Il presidio relativo alla qualificazione dei cespiti per fonte e al collegamento con i conti di sterilizzazione risulta concretamente verificabile nel perimetro del rapporto dedicato. Non risulterebbe, invece, uniformemente dimostrata sull'intera popolazione e sui campioni selezionati, la tracciabilità del processo dall'ordine e dall'entrata merci fino alla registrazione del cespite. L'esito deve pertanto considerarsi parzialmente positivo, in coerenza con la valutazione complessiva del Rapporto.

Azioni correttive e termini. È stata richiesta la formalizzazione, entro novanta giorni, dei requisiti minimi di completezza documentale e informativa delle pratiche di cespitazione, comprendenti almeno fonte di finanziamento, localizzazione, centro di costo, ordine o NSO, entrata merci, documento di trasporto, fornitore e fattura. È stato inoltre previsto l'avvio, entro centoventi giorni e successivamente con cadenza trimestrale, di un monitoraggio delle posizioni recanti informazioni mancanti o incomplete. Le Strutture riceventi, i magazzini e i Referenti dell'Inventario Periferico dovranno assicurare, entro centocinquanta giorni, la sistematica valorizzazione delle chiavi minime necessarie alla ricostruzione del ciclo.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data del 30/06/2026 l'Azione D5.4 presenta un **significativo livello di attuazione e risulta parzialmente superata**. Il rischio residuo, di natura prevalentemente documentale e informativa, riguarda la non immediata ricostruibilità, per alcune posizioni, del collegamento tra fonte, ordine, entrata merci, fattura, localizzazione e registrazione patrimoniale. Le misure programmate sono finalizzate a completare l'uniformazione del presidio sull'intera popolazione dei cespiti.

Obiettivo D6 - "Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie"

Azione D6.4 - "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche, anche su base campionaria, delle spese di manutenzione, al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità mediante l'analisi di fatture, contratti e ordini"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D6.4 è raccordata alle D6.1 e D6.3, entrambe caratterizzate da probabilità 3, impatto 3, valore 9 e rischio "medio". La matrice dei controlli considera la corretta qualificazione degli interventi, la distinzione tra costo d'esercizio, manutenzione straordinaria e immobilizzazione in corso, la presenza dei requisiti tecnici per la capitalizzazione e il collegamento con cespiti, localizzazione, fonte di finanziamento e successive rilevazioni patrimoniali e contabili.

• Verifica di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. 187025 del 09/04/2026

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato la corretta individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare e la disponibilità delle evidenze tecniche, inventariali e contabili necessarie a dimostrare la corretta classificazione e il collegamento dell'intervento al pertinente cespite o alle immobilizzazioni in corso.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. È stata esaminata l'estrazione delle manutenzioni straordinarie registrate nel 2025, comprendente n. 11 posizioni per un valore complessivo pari a euro 532.488,71. Sono stati selezionati tre interventi di maggiore rilevanza economica e tre interventi mediante campionamento non discrezionale.

L'estrazione risulta riferita in modo omogeneo al conto delle manutenzioni straordinarie su fabbricati strumentali, ma presenta carenze informative che limitano la ricostruzione del processo. I riferimenti contrattuali e il responsabile non risultano valorizzati nelle posizioni esaminate. Il collaudo è indicato in una sola posizione e la relativa data in quattro posizioni, mentre la localizzazione non risulta compilata per una parte del campione.

Nei casi esaminati è generalmente **ricostruibile il collegamento tra ordine, fornitore e fattura**. Non risulta ancora pienamente documentato il presupposto tecnico necessario alla capitalizzazione, costituito dal collaudo, dalla conclusione dei lavori o da un'attestazione equivalente. Sono state inoltre rilevate classificazioni non omogenee tra beni mobili e beni immobili e, per alcune posizioni, intervalli temporali significativi tra la data del collaudo e quella della registrazione patrimoniale. Tali risultanze devono essere lette tenendo conto che **il Rapporto distingue, nell'ambito delle partite monitorate,**

tra effettivi ritardi di configurazione e fattispecie che richiedono una preventiva riqualificazione della natura del bene o della relativa imputazione contabile. La UOC ha inoltre documentato attività periodiche di estrazione, monitoraggio e sollecito verso le Strutture competenti. Le cause degli intervalli temporali rilevati restano invece da approfondire nell'ambito del successivo raccordo interfunkzionale.

Esito e profili di miglioramento. La documentazione ha consentito di delimitare il perimetro contabile e di ricostruire il segmento ordine-fattura per i campioni selezionati. La parziale disponibilità dei fascicoli completi e la non uniforme presenza delle evidenze tecniche non consentono, tuttavia, di attestare pienamente la corretta capitalizzazione delle manutenzioni straordinarie. L'esito della componente D6.4 deve pertanto considerarsi parzialmente positivo.

Azioni correttive e termini. Entro novanta giorni dovranno essere definiti i requisiti minimi delle pratiche di capitalizzazione, prevedendo la presenza del contratto o dell'ordine, della fattura, della localizzazione, del centro di costo, del collaudo o dell'attestazione di regolare esecuzione e del collegamento al cespite o alle immobilizzazioni in corso. Entro centoventi giorni dovrà essere avviato un monitoraggio trimestrale delle posizioni prive delle evidenze richieste. Le Strutture tecniche competenti dovranno essere coinvolte ai fini della tempestiva produzione e trasmissione dei collaudi, delle attestazioni di regolare esecuzione e delle ulteriori evidenze necessarie alla definitiva capitalizzazione.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data del 30/06/2026 l'Azione D6.4 risulta ancora in corso di consolidamento. Il rischio residuo, di natura prevalentemente documentale, è connesso all'esigenza di rendere più immediatamente disponibili le evidenze tecniche a supporto della capitalizzazione, di uniformare ulteriormente la classificazione inventariale e di completare, per alcune posizioni, la documentazione del collegamento tra intervento, immobile o cespite e registrazione contabile.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 3 aprile 2026 – UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 301650/2026 del 10/06/2026**

Inquadramento della verifica. Con riferimento alla D6.4, l'intervento è stato diretto ad accertare l'esistenza di verifiche periodiche sulla corretta distinzione tra beni durevoli, lavori e manutenzioni straordinarie e sulla conseguente imputazione contabile e patrimoniale. Il controllo è stato circoscritto al segmento tecnico-amministrativo direttamente presidiato dalla UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La Struttura ha rappresentato che la distinzione tra beni durevoli e interventi soggetti a capitalizzazione e l'individuazione del pertinente conto patrimoniale vengono presidiate in raccordo con la UOC Bilancio e Programmazione e attraverso le registrazioni operate nel sistema amministrativo-contabile.

Il prospetto riepilogativo delle procedure 2025 ha censito n. 51 affidamenti, prevalentemente riferibili a servizi tecnici e interventi connessi agli investimenti finanziati. In particolare, risultavano n. 22 procedure relative alla direzione dei lavori, n. 11 al coordinamento della sicurezza e n. 10 ad attività di collaudo o verifica. Tale popolazione conferma che la UOC opera su un perimetro nel quale la distinzione tra costo di esercizio, lavoro capitalizzabile e componente tecnica accessoria assume rilievo sistematico.

Il procedimento ricostruito analiticamente ha riguardato l'acquisto di due beni durevoli, per i quali sono risultate adeguatamente documentate la tracciabilità dell'acquisizione e la corretta imputazione patrimoniale. In ragione dell'oggetto selezionato, il campione non ha ricompreso manutenzioni straordinarie o lavori sui quali verificare direttamente i requisiti di capitalizzazione.

La documentazione acquisita ha comunque fornito elementi utili ai fini del controllo D6.4. La relazione della Struttura descrive un metodo di raccordo con le funzioni contabili, la cui applicazione potrebbe essere ulteriormente rappresentata mediante un report periodico che distingua beni durevoli, lavori e manutenzioni straordinarie e consenta una lettura immediata dei criteri adottati per il relativo trattamento contabile.

Esito e azioni di consolidamento. Il Rapporto ha attribuito alla D6 esito "parzialmente positivo" e livello di adeguatezza "da migliorare". Il presidio risulta esistente e coerentemente descritto. Il suo ulteriore consolidamento richiede l'integrazione delle evidenze periodiche riferite all'intero perimetro rilevante.

La qualificazione dell'esito deriva pertanto da esigenze di completamento documentale. Nel campione esaminato non sono state rilevate errate capitalizzazioni. L'estensione del giudizio favorevole alle manutenzioni straordinarie richiede l'acquisizione di un campione specifico e di un report periodico dedicato.

Azione correttiva e termine. È stata richiesta la predisposizione, con periodicità almeno semestrale, di un report interno che documenti:

- la distinzione tra beni durevoli, lavori e manutenzioni straordinarie;
- il titolo e la fonte di finanziamento;
- la chiave contabile e il conto utilizzato;
- la qualificazione patrimoniale attribuita all'intervento;
- gli eventuali raccordi effettuati con la UOC Bilancio e Programmazione e con la UOC Gestione del Patrimonio.

Il termine assegnato è il 30/09/2026.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la D6.4 risulta parzialmente superata e ancora aperta. Il percorso amministrativo-contabile dei beni durevoli è risultato ricostruibile, mentre la completa applicazione del controllo alle manutenzioni straordinarie dovrà essere verificata mediante il report semestrale e l'acquisizione di un campione specificamente riferito a lavori o manutenzioni capitalizzabili.

Rispetto alla criticità D6 richiamata nello schema assessoriale, le risultanze documentano l'esistenza di un presidio e di un raccordo operativo tra le Strutture interessate, che tuttavia necessita di stabilizzare il controllo sull'intera popolazione degli interventi.

Rischio residuo. Il rischio residuo è connesso all'esigenza di rendere pienamente uniforme e documentata la distinzione tra spese di manutenzione ordinaria, manutenzioni straordinarie capitalizzabili e acquisizioni di beni durevoli. Il completamento del report periodico e la successiva verifica di un campione specifico consentiranno di confermare la piena tenuta del presidio.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 22 maggio 2026 - Progettazione e Manutenzione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 318023/2026 del 18/06/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha esaminato le Azioni D6.4 e H1.3, restituendo esito parzialmente positivo per la D6.4 e positivo per la H1.3. La presente analisi è limitata al processo di individuazione delle manutenzioni straordinarie capitalizzabili e al raccordo tra documentazione tecnica, ciclo ordinativo, presa in carico inventariale e rilevazione patrimoniale.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. È stato analizzato il prospetto "Ordini 2025 - Manutenzione straordinaria", composto da n. 345 righe. Di queste, n. 342 presentano la validazione NSO perfezionata; n. 318 ordini risultano totalmente evasi, n. 20 parzialmente evasi e n. 7 revocati. I campi relativi a fornitore, autorizzazione, prodotto, descrizione, conto, importi e utente risultano valorizzati sull'intera popolazione, mentre contratto e CIG risultano presenti nella quasi totalità delle posizioni.

Il prospetto consente di individuare le operazioni imputate a conti patrimoniali, ma non rende immediatamente leggibili, per ogni posizione, la fonte di finanziamento, la localizzazione, la documentazione tecnica conclusiva e la presa in carico del cespite. Tali elementi devono essere ricostruiti attraverso il fascicolo sottostante.

Il campione approfondito ha riguardato un intervento presso il P.O. di Petralia Sottana del valore di euro 90.073,58. La documentazione ha consentito di raccordare ordine, contratto, CIG, conto patrimoniale, fattura, entrata merci, liquidazione e presa in carico del cespite, fornendo evidenza concreta del presupposto tecnico e contabile della capitalizzazione.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla D6.4 esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". **Rispetto alle precedenti verifiche è stato riscontrato un avanzamento sostanziale: il ciclo è ricostruibile nel campione e il prospetto degli ordini consente di individuare la popolazione rilevante.** La riserva riguarda la necessità di implementare un tracciato dedicato che renda sistematicamente ripercorribile, per ciascuna manutenzione straordinaria, l'intero percorso fino alla presa in carico inventariale e alla rilevazione patrimoniale.

Azioni correttive e termini. Sono state previste due misure:

- predisposizione di un tracciato dedicato alle manutenzioni straordinarie capitalizzabili, distinto dai report ordinativi generali, con prima evidenza entro 120 giorni dalla trasmissione del Rapporto e successivo aggiornamento semestrale;
- raccordo periodico con la UOC Gestione del Patrimonio e la UOC Bilancio e Programmazione sugli interventi conclusi mediante collaudo, Certificato di Regolare Esecuzione o attestazione equivalente, a partire dalla prima chiusura trimestrale utile e con aggiornamento almeno semestrale.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. La D6.4 risulta parzialmente superata e in corso di attuazione. Rispetto alla criticità D6.4 mantenuta aperta nello schema assessoriale, il campione documenta l'effettiva applicazione del presidio, tuttavia il superamento definitivo potrà essere attestato soltanto dopo l'acquisizione del tracciato dedicato e del primo raccordo interfunzionale.

Rischio residuo. Permane il rischio che gli interventi qualificati come manutenzioni straordinarie non siano tempestivamente ricondotti ai relativi cespiti e alla corretta localizzazione, con possibili riflessi sulla completezza della capitalizzazione, sull'aggiornamento dei valori patrimoniali e sulla determinazione degli ammortamenti. Tuttavia, i fascicoli disponibili consentono già la ricostruzione del singolo procedimento, mentre il monitoraggio previsto dalla D6.4 renderà più sistematico il raccordo tra evidenze tecniche, patrimoniali e contabili.

AREA RIMANENZE

Obiettivo E1 - "Dimostrare l'effettiva esistenza fisica delle scorte presso magazzini, reparti/servizi e terzi"

Azione E1.1 - "Definizione di procedure per inventari fisici periodici, almeno annuali, con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per magazzini centrali, periferici, economici e di reparto"

Azione E1.3 - "Definizione di controlli sui riepiloghi d'inventario idonei a garantirne completezza e correttezza, valorizzazione e analisi delle differenze, riconciliazione tra giacenze fisiche e contabili, segregazione delle funzioni e preventiva autorizzazione delle rettifiche"

Azione E1.4 - "Garantire l'adeguamento del dato contabile delle rimanenze alle risultanze dell'inventario, mediante il recepimento delle differenze inventariali"

Azione E1.5 - "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito, quali protesi e materiali monouso"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Le Azioni E1.1, E1.3, E1.4 ed E1.5 sono caratterizzate da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera la programmazione e l'esecuzione delle conte, l'individuazione dei soggetti responsabili, la segregazione delle funzioni, il confronto tra giacenze fisiche e risultanze AREAS, l'analisi e l'autorizzazione delle differenze, il recepimento delle rettifiche, la gestione dei beni obsoleti o scaduti e dei conti deposito.

- **Verifica di follow-up del 29 aprile 2026 - UOC Approvvigionamenti - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 258313 del 18/05/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alle Azioni E1.4, E1.7, E1.8, E4.1, E4.2 ed E4.3 e parzialmente positivo alle E1.1, E1.3 ed E1.5. La presente analisi riguarda esclusivamente queste ultime componenti.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i fascicoli inventariali dei magazzini Casermaggio, Igiene e Pulizia e Cancelleria, nonché le estrazioni infrannuali al 30/06/2025 e la disposizione prot. n. 204701/2026 del 17/04/2026, con la quale è stata richiesta una verifica aggiornata al 31/03/2026, accompagnata da verbale sottoscritto e stampe di sistema.

I fascicoli annuali documentano l'esecuzione delle conte e, per i magazzini Casermaggio e Igiene e Pulizia, rendono direttamente leggibile il raccordo tra risultanze fisiche e dati di sistema. È stata inoltre acquisita evidenza dell'utilizzo della causale AREAS "Scarico Scarto/Scaduto/Merce deperita" e dell'attestazione, nei verbali, circa l'assenza di beni obsoleti, deteriorati o scaduti.

Permangono tuttavia dei margini di miglioramento. Le verifiche infrannuali 2025 risultavano rappresentate mediante estrazioni delle giacenze ma non mediante autonomi verbali uniformi. La segregazione delle funzioni è stata dichiarata e programmata, ma la presenza, in alcuni contesti, di una sola unità addetta rende necessario verificarne la concreta applicazione e gli eventuali controlli

compensativi. L'evidenza relativa ai beni obsoleti e scaduti è presente ma necessità ancora di una corretta formalizzazione.

Quanto alla E1.5, il Rapporto la include espressamente tra le Azioni parzialmente positive, ma il perimetro documentale descritto riguarda principalmente i magazzini economici e non contiene un autonomo campione di gestione di un conto deposito. La relativa posizione non può pertanto considerarsi superata sulla base delle sole evidenze esaminate.

Esito e azioni di consolidamento. Il Rapporto ha attribuito alle azioni E1.1, E1.3 ed E1.5 esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". Il presidio inventariale risulta operativo e supportato da evidenze. La qualificazione dell'esito riflette esigenze di ulteriore standardizzazione e completamento documentale con riferimento alla formalizzazione delle attività infrannuali, alla rappresentazione della segregazione delle funzioni, alla sintesi conclusiva delle riconciliazioni e alla progressiva estensione delle evidenze campionarie relative all'E1.5.

Azioni correttive e termini. Sono stati richiesti:

- un prospetto conclusivo degli inventari annuali recante giacenza di sistema, giacenza fisica, differenze, causali, rettifiche o attestazione dell'assenza di differenze, entro il successivo inventario annuale;
- un format uniforme per la verbalizzazione delle verifiche infrannuali, entro il 31/12/2026;
- una sezione autonoma dedicata ai beni obsoleti, scaduti o deteriorati, entro il successivo inventario annuale.

Il Rapporto non assegna un termine autonomo alla E1.5; il successivo follow-up dovrà quindi acquisire specifiche evidenze relative alla gestione dei conti deposito.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Le Azioni risultano parzialmente superate e ancora aperte. Le misure previste erano in corso o riferite al successivo ciclo inventariale. Rispetto alla criticità assessoriale relativa alle modalità di gestione delle movimentazioni e agli inventari fisici, **le evidenze attestano un avanzamento del presidio, in fase di stabilizzazione.**

Rischio residuo. Permane il rischio che differenze inventariali, beni non utilizzabili o verifiche infrannuali non risultino rappresentati mediante evidenze uniformi e immediatamente ripercorribili, con possibili riflessi sulla tempestiva ricostruzione delle giacenze e delle relative rettifiche. Tale rischio risulta già attenuato dai controlli e dalle attività inventariali in essere e potrà essere ulteriormente ridotto mediante l'attuazione delle misure correttive previste. Per l'Azione E1.5, il quadro sarà completato con una specifica verifica del processo di conto deposito.

• **Verifica di follow-up del 21 aprile 2026 – Dipartimento Interaziendale Farmaceutico – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 262607/2026 del 19/05/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito positivo alle E1.7, E1.8, E4.1, E4.2 ed E4.3 e parzialmente positivo alle E1.1, E1.3, E1.4 ed E1.5. L'analisi seguente è limitata alle componenti con riserva.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati gli inventari mensili 2025 e quelli annuali al 31/12/2025 delle Farmacie di Cefalù, Bagheria, Corleone, Petralia, Termini Imerese e Lercara, nonché le evidenze relative alle rettifiche, ai magazzini e agli armadietti di reparto e ai conti deposito.

Il presidio quantitativo è risultato pienamente allineato per Cefalù e Lercara e sostanzialmente tenuto per Termini Imerese, Corleone e Bagheria. Petralia ha presentato il profilo meno completo, con n. 28 righe divergenti. Nel medesimo prospetto risultavano n. 59 posizioni prive di lotto, n. 59 prive di scadenza, una posizione già scaduta e ulteriori posizioni in scadenza ravvicinata. Trasversalmente, il campo relativo alle coordinate fisiche non risultava adeguatamente valorizzato.

Le evidenze integrative hanno consentito di ricondurre alcune differenze a errori di movimentazione o di imputazione. Per Petralia sono stati documentati errori relativi ai bisturi lama 11 e 15; per Termini Imerese un errore di scarico al paziente relativo a Entresto; per Bagheria scambi di dosaggio. Le rettifiche sono state sottoposte ad autorizzazione del Direttore. Ciò dimostra l'operatività del controllo correttivo, ma evidenzia anche che gli errori sono stati intercettati in sede inventariale e non nella fase ordinaria della movimentazione.

Quanto alla segregazione, gli inventari sono svolti ordinariamente dal personale in servizio presso ciascuna Farmacia, senza rotazione o inversione delle squadre. I prospetti risultano idonei alla riconciliazione quantitativa, ma non documentano autonomamente modalità della conta, operatori, indipendenza dei soggetti e percorso di validazione delle eventuali rettifiche.

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

Per la E1.5, il conto deposito risulta operativo per elettrofisiologia ed emodinamica del P.O. Ingrassia, mentre permane la necessità di implementazioni e monitoraggi di natura informatico-gestionale riferite all'ortopedia del Presidi di Partinico, Ingrassia e Termini Imerese.

A fronte di un rapporto contrattuale sostanzialmente unitario, il sistema richiede configurazioni distinte per i tre magazzini, rendendo la gestione non ancora pienamente uniforme.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alle E1.1, E1.3, E1.4 ed E1.5 esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". Rispetto al precedente audit, il processo inventariale risulta più ampio e documentato, permangono tuttavia profili migliorativi relativi alla qualità anagrafica, alla segregazione, alla prevenzione degli errori di movimentazione, alla gestione degli armadietti e alla stabilizzazione del conto deposito.

Azioni correttive e termini. Il Rapporto ha previsto:

- standardizzazione della documentazione inventariale entro il 31/12/2026;
- bonifica progressiva delle posizioni prive di lotto o scadenza, con date anomale o coordinate non valorizzate, entro il 31/03/2027;
- formalizzazione uniforme del trattamento delle differenze inventariali e dei beni scaduti o prossimi alla scadenza entro il 31/12/2026;
- consolidamento del presidio sugli armadietti di reparto e sui magazzini condivisi o riorganizzati entro il 31/03/2027;
- aggiornato sollecito alla UOC Gestione Informatica Aziendale sulle criticità del conto deposito e dell'integrazione con AREAS, con evidenza delle interlocuzioni e dei relativi esiti, entro il 30/06/2026.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Le Azioni restano parzialmente superate e in corso. Alla chiusura del semestre risultavano ancora pendenti i termini del 31/12/2026 e del 31/03/2027; per la misura informatica, il termine coincideva con la data di riferimento e l'effettiva attuazione dovrà essere verificata documentalmente. **Rispetto alle criticità E1 ed E4 riportate nello schema assessoriale, il controllo inventariale risulta concretamente attivo ma la qualità e l'uniformità del presidio prevedono un ulteriore consolidamento che consentirà di dichiararne il superamento complessivo.**

Rischio residuo. Permangono limitati profili di rischio connessi alla qualità delle giacenze, alla tempestiva rilevazione delle anomalie e alla completa tracciabilità dei beni e dei conti deposito, da presidiare mediante il completamento delle azioni previste.

Obiettivo E2 - "Individuare i movimenti in entrata e in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione E2.6 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alle E2.1 ed E2.3, entrambe caratterizzate da probabilità 3, impatto 5, valore 15 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera richiesta e autorizzazione del movimento, documento di carico o scarico, DDT, ordine, registrazione nel sistema, centro di costo, soggetto responsabile, tempestività della movimentazione e successiva verifica delle giacenze.

- **Verifica di follow-up del 9 febbraio 2026 - UOC Approvvigionamenti - Rapporto trasmesso con nota prot. 92071 del 18/02/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con il precedente audit dell'8 maggio 2025 e ha riguardato la gestione dei carichi, degli scarichi, dei trasferimenti e dei prelievi presso i magazzini economici di competenza della UOC Approvvigionamenti. L'intervento è stato finalizzato ad accertare non soltanto la tempestività delle registrazioni in AREAS, già approfondita nelle precedenti verifiche, ma anche la completezza delle autorizzazioni, la numerazione e la tracciabilità della documentazione interna e la separazione delle responsabilità operative.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La verifica ha interessato il Magazzino Generale di Casermaggio, il Magazzino Cancelleria e il Magazzino Igiene e Pulizia. Sono state acquisite le estrazioni dei movimenti di carico e scarico del 2025 e sono stati approfonditi, a campione, i movimenti relativi all'ultimo trimestre dell'esercizio, con esame di DDT, ordini, registrazioni, richieste interne, autorizzazioni, buoni di consegna e trasferimenti tra magazzini.

L'analisi ha considerato specificamente i movimenti registrati oltre il termine di quindici giorni previsto dalla procedura adottata con deliberazione n. 1924 del 23/12/2025 e le posizioni caratterizzate da ritardi superiori a cento giorni. Le singole fattispecie sono state esaminate anche in contraddittorio con il responsabile dei sistemi informativi, al fine di distinguere i ritardi organizzativi dalle casistiche dipendenti dal completamento del collaudo tecnico o dalla tardiva trasmissione dei documenti da parte delle Strutture periferiche.

Le evidenze hanno documentato un processo operativo basato su richieste formalizzate, autorizzazioni preventive, buoni numerati sequenzialmente mediante protocollo informatico e registrazione in AREAS con imputazione ai centri di costo. Nei campioni esaminati sono risultati presenti richieste sottoscritte e autorizzate, movimenti coerenti con le richieste, attività di monitoraggio dei consumi e verifiche inventariali mediante confronto tra giacenze fisiche e risultanze informatiche.

È stato inoltre rilevato che la gestione fisica delle scorte è supportata da personale esterno, mentre le attività autorizzative e contabili restano attribuite alla UOC Approvvigionamenti. Tale assetto garantisce la continuità del servizio, ma richiede una più chiara formalizzazione delle responsabilità.

Il Rapporto ha individuato alcuni interventi utili a consolidare il processo. In particolare, potrà essere formalizzato in un regolamento interno unitario il raccordo operativo tra UOC Approvvigionamenti, magazzino centrale e magazzini periferici, così da rendere più omogenee responsabilità e modalità di gestione. I controlli centralizzati effettuati tramite AREAS risultano operativi e potranno essere ulteriormente valorizzati mediante report o verbali periodici. Con riferimento alle anagrafiche dei prodotti, appare opportuno definire ruoli distinti per la creazione e la validazione, assicurando maggiore uniformità del nomenclatore e tracciabilità delle relative modifiche.

Per le acquisizioni soggette a collaudo tecnico è stata rilevata l'esigenza di coordinare le previsioni della Procedura PAC E con quelle della Procedura PAC D, così da distinguere i ritardi giustificati dalla necessità di completare il collaudo dalle registrazioni non tempestive riconducibili a carenze del flusso documentale.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla E2.6 esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". Il giudizio riconosce la sostanziale operatività del processo e i progressi compiuti nella tempestività delle registrazioni, nella numerazione dei documenti e nel monitoraggio delle movimentazioni. La riserva riguarda la necessità di rendere più uniformi e formalmente dimostrabili l'assetto delle responsabilità, i controlli periodici, la gestione delle anagrafiche e i rapporti con i magazzini periferici.

Azioni correttive e termini. Il Rapporto ha stabilito che, entro il mese di **settembre 2026**, dovranno essere attuate le seguenti misure:

- predisposizione di un regolamento operativo interno che disciplini ruoli, responsabilità e flussi informativi tra UOC Approvvigionamenti, magazzino centrale e magazzini periferici;
- definizione di una periodicità uniforme dei controlli sulle movimentazioni e sulle giacenze, con formalizzazione degli esiti mediante verbali periodici protocollati;
- predisposizione di report sintetici periodici delle attività di monitoraggio centralizzato effettuate attraverso AREAS;
- valutazione dell'introduzione di verifiche inventariali almeno trimestrali su base campionaria, in aggiunta alle conte fisiche già svolte;
- adozione di una disposizione organizzativa che individui i soggetti autorizzati alla creazione e alla validazione delle anagrafiche dei prodotti;
- produzione delle evidenze relative alla formazione, all'affiancamento e al monitoraggio operativo del personale addetto ai magazzini.

È stata inoltre segnalata al Referente PAC aziendale la necessità di valutare istruzioni operative condivise per le movimentazioni soggette a collaudo tecnico, mentre alla funzione competente per la formazione è stato rimesso l'eventuale approfondimento degli interventi formativi rivolti al personale.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la E2.6 risulta parzialmente superata e in corso di consolidamento. Il processo di carico e scarico è risultato operativo e supportato da documentazione, autorizzazioni e registrazioni informatiche; le azioni dirette alla sua piena standardizzazione non erano ancora scadute.

Le risultanze evidenziano quindi un miglioramento concreto rispetto alle precedenti verifiche, in particolare nella tempestività delle registrazioni e nella consapevolezza organizzativa della Struttura. La criticità, in fase di risoluzione, potrà essere considerata superata dopo l'acquisizione delle evidenze applicative delle azioni correttive.

Rischio residuo. Permangono profili residui connessi alla possibile concentrazione di alcune attività, alla non uniforme documentazione dei controlli sui magazzini periferici, all'omogeneità delle anagrafiche e alla tempestiva qualificazione delle registrazioni differite per esigenze di collaudo. **I controlli già operativi riducono l'esposizione, mentre le misure previste sono dirette a rendere il presidio più uniforme e immediatamente verificabile.**

• **Verifica di follow-up del 10 marzo 2026 - Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 197917/2026 del 15/04/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica è stata svolta in continuità con gli audit del 22 marzo 2024 e dell'8 aprile 2025 ed è stata finalizzata ad accertare il grado di superamento delle criticità precedentemente rilevate nella gestione dei carichi e degli scarichi di magazzino. L'intervento ha riguardato, in particolare, la tempestività delle registrazioni in AREAS, la tracciabilità delle movimentazioni, la completezza dei dati relativi a lotti e scadenze, la gestione delle anomalie temporali e il presidio delle operazioni effettuate a cavallo tra esercizi contabili.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono state esaminate le estrazioni delle movimentazioni di carico relative all'esercizio 2025 e al periodo compreso tra il 1° novembre 2025 e il 31 gennaio 2026, riferite alla Farmacia di Partinico - Area 1, alla Farmacia di Termini Imerese - Area 2 e alla Farmacia territoriale - Area 3. Il campione ha compreso anche le movimentazioni di scarico della Farmacia di Partinico verso i centri di costo, la documentazione relativa al ciclo ordine-documento di trasporto-fattura, i carichi di maggiore rilevanza economica, le non conformità rilevate in fase di ricevimento delle merci e un fascicolo completo relativo alla tracciabilità di uno specifico dispositivo sanitario. Sono stati inoltre esaminati il funzionigramma dipartimentale, le disposizioni di servizio relative ai referenti operativi, la documentazione concernente la chiusura degli ordini e delle liquidazioni e le evidenze relative all'informatizzazione degli armadietti di reparto e territoriali. La verifica documentale è stata integrata mediante inquiry e riscontri fisici presso i magazzini.

Risultanze della verifica. Le estrazioni relative alle tre farmacie hanno evidenziato un volume complessivo di n. 17.980 righe di carico, corrispondenti a n. 9.916 movimenti distinti. L'analisi ha rilevato n. 3.936 righe con uno scostamento pari o superiore a quattordici giorni tra la data del documento di trasporto e la data di registrazione, delle quali n. 1.913 con uno scostamento pari o superiore a cento giorni. Sono state inoltre individuate registrazioni con anomalie cronologiche, dati mancanti relativi a lotto e scadenza e fattispecie caratterizzate da intervalli temporali particolarmente elevati.

Le criticità sono risultate maggiormente concentrate presso la Farmacia di Partinico - Area 1 e la Farmacia di Termini Imerese - Area 2. Il Dipartimento ha ricondotto una parte significativa dei ritardi alla gestione dei dispositivi in conto deposito, soprattutto di natura ortopedica e specialistica, per i quali il documento di trasporto può precedere sensibilmente il momento dell'effettivo utilizzo e della successiva formalizzazione dell'ordine.

La Farmacia territoriale - Area 3 ha presentato un andamento più favorevole sotto il profilo della tempestività delle registrazioni e della documentazione delle anomalie. Sono comunque emerse posizioni recanti date non coerenti e righe prive dei dati di lotto o scadenza, che richiedono il mantenimento di specifici controlli sulla qualità delle informazioni registrate.

L'analisi dei movimenti di scarico della Farmacia di Partinico ha documentato l'esistenza di un flusso informativo idoneo a ricostruire data, utente registrante, centro di costo destinatario, prodotto, quantità e valore economico della movimentazione. Il presidio è risultato operativo, pur permanendo profili di miglioramento circa la valorizzazione uniforme delle informazioni relative a lotto e scadenza. I riscontri fisici effettuati presso i magazzini hanno evidenziato locali ordinati, prodotti agevolmente rinvenibili e, nel campione selezionato, una corrispondenza generalmente soddisfacente tra scadenze fisiche e risultanze presenti in AREAS. Nel campione esaminato è emerso un singolo scostamento quantitativo, che conferma l'utilità di proseguire il monitoraggio dell'allineamento tra movimentazioni fisiche e registrazioni informatiche. Con riferimento agli armadietti di reparto e territoriali, la documentazione ha attestato l'effettivo avvio del processo di informatizzazione, ma con livelli di attuazione non uniformi. In ambito ospedaliero sono stati registrati progressi significativi, mentre per alcune articolazioni territoriali permanevano criticità relative all'assegnazione o alla configurazione delle credenziali AREAS e alla regolare registrazione degli scarichi.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla verifica esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". **Il giudizio riconosce l'esistenza di un**

processo operativo strutturato, di responsabilità sostanzialmente identificabili e di un sistema informativo in grado di assicurare una tracciabilità complessivamente significativa delle movimentazioni. La riserva è riconducibile alla necessità di consolidare la tempestività delle registrazioni, la completezza dei dati relativi a lotto e scadenza, la corretta rappresentazione cronologica dei movimenti, l'identificazione delle operazioni in conto deposito e la formalizzazione dei controlli periodici e della segregazione delle funzioni.

Azioni correttive e termini. Il Rapporto ha richiesto il rafforzamento del monitoraggio delle tempistiche di registrazione dei movimenti di carico, mediante la produzione di specifiche evidenze periodiche sulle registrazioni tardive e sulle relative motivazioni. È stata inoltre prevista la verifica documentale delle posizioni caratterizzate dagli scostamenti temporali più rilevanti, al fine di distinguere gli errori materiali, le fattispecie riferibili al conto deposito e gli effettivi ritardi nella registrazione.

È stata richiesta la formalizzazione della gestione dei beni in conto deposito, assicurando l'identificazione univoca dei relativi movimenti e la tracciabilità del bene nelle fasi di ingresso, giacenza, utilizzo e scarico. Le misure comprendono inoltre il rafforzamento dei controlli sulla completezza dei dati di lotto e scadenza, la prosecuzione dell'informatizzazione degli armadietti di reparto e territoriali, la corretta attribuzione delle credenziali AREAS e la formalizzazione delle responsabilità operative e di controllo nella gestione dei magazzini.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione E2.6 risultava parzialmente superata e ancora in corso di consolidamento. Il Rapporto documenta progressi nella tracciabilità dei movimenti, nell'organizzazione dei magazzini, nella gestione delle anomalie e nel processo di informatizzazione degli armadietti. Permanevano aree di miglioramento relative alla tempestività delle registrazioni presso le Aree 1 e 2, alla qualità e completezza dei dati inseriti nel sistema, alla riconoscibilità delle movimentazioni in conto deposito e alla piena uniformità dei presidi applicati nelle diverse articolazioni farmaceutiche.

Rischio residuo. Permangono profili di rischio connessi alla tempestività e completezza delle registrazioni, alla corretta identificazione dei movimenti in conto deposito e al raccordo tra giacenze fisiche, contabilità di magazzino e rappresentazione contabile delle rimanenze. Ulteriori elementi di attenzione riguardano la distribuzione delle attività tra gli operatori e la progressiva estensione delle funzionalità AREAS agli armadietti di reparto e alle strutture territoriali. La prosecuzione del monitoraggio consentirà di verificare il completamento delle misure previste e il consolidamento dei controlli già operativi.

- **Verifiche E2.6 presso i punti di giacenza serviti dalla UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia" - verbali trasmessi con note prot. n. 133373/2026 del 10/03/2026, n. 185060/2026 dell'08/04/2026 e n. 207103/2026 del 21/04/2026**

Inquadramento e perimetro della verifica. Nell'ambito degli accessi programmati presso gli armadietti e i magazzini di reparto sono stati considerati gli esiti di n. 3 accessi, dai quali sono scaturite n. 7 verifiche presso reparti e punti di giacenza del P.O. Ingrassia e del P.O. Villa delle Ginestre. Le attività hanno interessato, per il P.O. Ingrassia, la Sala Operatoria di Ostetricia e Ginecologia, la UOSD Gastroenterologia, la UOSD Screening Colon Retto, la UOC Chirurgia Generale, la UOC Ortopedia e Traumatologia e le relative sale operatorie e, per il P.O. Villa delle Ginestre, la UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale e la UOS Terapia del Dolore. Le verifiche svolte presso Villa delle Ginestre sono state ricondotte al medesimo perimetro operativo in quanto il Presidio è servito dalla Farmacia del P.O. Ingrassia.

Il raccordo con la UOC Farmacia ospedaliera non deriva dalla sola collocazione organizzativa dei punti di giacenza esaminati. **L'Azione E2.6 è diretta a verificare la corretta esecuzione della procedura prevista dall'Azione E2.1, relativa alle movimentazioni di carico e scarico di magazzino.** Nell'ambito della gestione dei beni sanitari, la UOC Farmacia ospedaliera è direttamente coinvolta nel segmento comprendente la ricezione e il carico delle forniture nel magazzino farmaceutico, nonché le successive movimentazioni in uscita e la distribuzione verso i reparti serviti. **Gli armadietti e i magazzini di reparto costituiscono pertanto i punti terminali del medesimo flusso, presso i quali è possibile riscontrare la coerenza tra beni distribuiti, movimentazioni registrate, consumi e giacenze.** Su tale presupposto, le verifiche sono state ritenute congrue ai fini dell'esame del segmento dell'Azione E2.6 riferibile alla UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia". Restano distinti gli adempimenti e le responsabilità operative delle singole UU.OO. detentrici delle scorte.

Risultanze ed esito. I verbali restituiscono un quadro differenziato. In diversi punti di giacenza sono state riscontrate condizioni ordinate e controlli operativi sulle scadenze e sull'identificazione dei materiali. In altri sono emersi aspetti da regolarizzare, riguardanti l'allineamento tra consistenze fisiche e risultanze informatiche, la tempestività e le modalità di registrazione degli scarichi, la tracciabilità delle movimentazioni, la formalizzazione degli inventari periodici e le condizioni logistiche di custodia e separazione dei materiali.

Tali rilievi attengono prevalentemente alla gestione delle scorte presso le UU.OO. detentrici, ma assumono rilevanza anche ai fini della verifica del raccordo con la UOC Farmacia ospedaliera, in quanto incidono sulla possibilità di riconciliare le movimentazioni in uscita dal magazzino farmaceutico con i consumi registrati e le giacenze presenti nei punti di utilizzo. Le evidenze non riconducono indistintamente alla Farmacia le criticità riscontrate nei singoli reparti, ma documentano la necessità di rendere maggiormente uniforme e tracciabile il raccordo operativo lungo il flusso esaminato.

Nel complesso, le verifiche confermano l'operatività del processo di distribuzione dei beni sanitari dalla Farmacia ai reparti, evidenziando tuttavia elementi che non consentono di esprimere una valutazione pienamente positiva sul segmento processuale esaminato. L'esito complessivo riferito alla UOC Farmacia ospedaliera del P.O. "G.F. Ingrassia" è pertanto **"parzialmente positivo"**. Restano ferme le valutazioni puntuali formalizzate nei singoli verbali e le specifiche responsabilità operative delle UU.OO. detentrici delle scorte.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Nel perimetro esaminato, il presidio previsto dall'Azione E2.6 risulta attuato ma ancora in corso di consolidamento. Il rischio residuo riguarda la possibilità che disallineamenti e ritardi nelle registrazioni presso i punti di utilizzo incidano sulla corretta rappresentazione delle giacenze e sull'affidabilità dei dati di magazzino. Il successivo monitoraggio dovrà verificare la tempestività degli scarichi, la riconciliazione tra dato fisico e dato informatico, la tracciabilità delle movimentazioni e la formalizzazione degli inventari periodici, mediante un raccordo documentato tra UOC Farmacia ospedaliera, Direzioni di Presidio e UU.OO. detentrici delle scorte.

AREA PATRIMONIO NETTO

Obiettivo H1 - "Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione H1.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla H1.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera l'autorizzazione preliminare delle operazioni, il collegamento tra fonte di finanziamento, intervento o bene acquisito, ordine, fattura, iscrizione del cespite, base ammortizzabile, ammortamento, sterilizzazione e conseguente rappresentazione nel Patrimonio Netto.

- **Verifica di follow-up del 17 marzo 2026 - UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. 187025 del 09/04/2026**

Inquadramento della verifica. La componente H1.3 ha riguardato la corretta esecuzione dei presidi relativi alle operazioni aventi impatto sul Patrimonio Netto, con particolare riferimento al collegamento tra fonte di finanziamento, cespite, ammortamento, sterilizzazione e relativa rappresentazione patrimoniale.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. È stato esaminato il rapporto dei cespiti finanziati mediante contributi in conto capitale, comprendente n. 1.923 posizioni riferite all'esercizio 2025. Per l'intera popolazione risultano valorizzati la fonte di finanziamento, il conto di sterilizzazione, il conto di utilizzo e il riferimento al movimento. Il valore di carico e l'importo associato alla sterilizzazione risultano coincidenti per complessivi euro 2.179.349,83.

L'estrazione consente pertanto di verificare il collegamento informativo e contabile tra fonte, cespite e trattamento della sterilizzazione. Le evidenze acquisite consentono di ricostruire gli elementi principali del processo, che potrà essere ulteriormente completato mediante la rappresentazione unitaria dell'intero percorso autorizzativo e la formalizzazione periodica della riconciliazione tra contributo residuo, valore netto contabile, ammortamento e quota sterilizzata. Per una parte delle posizioni, i campi relativi al contratto, al responsabile, al collaudo e alla localizzazione richiedono

ancora una valorizzazione più uniforme, da conseguire attraverso il completamento e la standardizzazione delle informazioni già disponibili.

Esito e profili di miglioramento. Il presidio risulta operativo e verificabile sotto il profilo informativo-contabile, con particolare riferimento alla qualificazione dei cespiti per fonte e al collegamento con i conti di sterilizzazione. Non risulta invece pienamente dimostrata, mediante le evidenze esaminate, la componente procedurale relativa all'autorizzazione formale e preliminare e alla formalizzazione delle riconciliazioni periodiche previste dalla Procedura PAC. La componente H1.3 è pertanto ricondotta all'esito complessivamente parzialmente positivo espresso dal Rapporto.

Azioni correttive e termini. Entro novanta giorni dovranno essere definiti i requisiti minimi documentali delle operazioni aventi impatto sul Patrimonio Netto, comprendenti l'evidenza dell'autorizzazione, la fonte di finanziamento, il collegamento al cespite e i riferimenti alle registrazioni contabili. Dovrà inoltre essere consolidato il raccordo con la UOC Bilancio e Programmazione, mediante evidenze periodiche che rendano verificabile la coerenza tra libro cespiti, fonti di finanziamento, ammortamenti, sterilizzazioni e risultanze della Contabilità generale.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data del 30/06/2026 l'Azione H1.3 risulta parzialmente superata. **Permane l'esigenza di rendere più uniforme la documentazione** dell'autorizzazione preliminare, dei controlli svolti e delle riconciliazioni periodiche, a completamento della corretta associazione informatica tra fonte, cespiti e sterilizzazione. Il consolidamento del presidio richiede pertanto la formalizzazione delle evidenze già prodotte e la prosecuzione del raccordo tra Patrimonio, Bilancio e Strutture coinvolte nel processo.

• **Verifica documentale di follow-up avviata il 28 maggio 2026 - UOC Bilancio e Programmazione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 352806/2026 dell'08/07/2026**

Inquadramento della verifica. Il Rapporto ha esaminato le Azioni D5.4, D6.4 e H1.3, formulando un esito positivo per D5 e D6, quest'ultimo limitatamente al presidio contabile della UOC Bilancio e Programmazione, e un esito parzialmente positivo per H1. La presente analisi riguarda esclusivamente la componente H1.3.

Azione PAC interessata e presidio sottoposto a controllo. L'Azione H1.3 è finalizzata a verificare la corretta esecuzione della procedura prevista dalla H1.1, relativa all'autorizzazione formale e preliminare delle operazioni gestionali e contabili che incidono sul Patrimonio Netto. Nel perimetro di competenza della UOC Bilancio e Programmazione, il controllo ha riguardato il raccordo tra cespiti finanziati, fonti di finanziamento, valore netto contabile, contributo residuo, ammortamenti, sterilizzazioni e ulteriori operazioni incidenti sul Patrimonio Netto.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i prospetti relativi alle fonti di finanziamento collegate ai cespiti e agli investimenti per gli esercizi 2025 e 2026, nonché l'estratto del Bilancio di verifica al 31/12/2025 relativo alle fonti PNRR. **Le evidenze hanno documentato la presenza del collegamento tra fonte di finanziamento, cespiti, conto patrimoniale e trattamento della sterilizzazione, nonché la corrispondenza, per le principali linee PNRR, tra i conti patrimoniali delle fonti e i correlati conti di utilizzo.**

Alla data della verifica non risultava, tuttavia, ancora disponibile il prospetto definitivo di raccordo tra cespiti finanziati, valore netto contabile, contributo residuo, ammortamenti, sterilizzazioni e operazioni incidenti sul Patrimonio Netto. La UOC ha ricondotto la mancata conclusione del prospetto alla non ancora intervenuta comunicazione, da parte dell'Assessorato della Salute, del dato definitivo di assegnazione, indicato quale presupposto necessario per il completamento delle elaborazioni relative alla chiusura del Bilancio 2025.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla componente H1 esito "parzialmente positivo", con rilievo "moderato" e livello di adeguatezza dei sistemi di controllo interni "da migliorare". Le evidenze acquisite documentano che il presidio contabile risulta avviato e coerente con l'impostazione procedurale; la riserva non deriva dall'assenza del processo, ma dalla mancata disponibilità dell'evidenza conclusiva necessaria a dimostrare integralmente il raccordo previsto dall'Azione H1.1.

Azione correttiva e termine. La UOC Bilancio e Programmazione dovrà trasmettere il prospetto definitivo di raccordo tra cespiti finanziati, valore netto contabile, contributo residuo, ammortamenti, sterilizzazioni e operazioni incidenti sul Patrimonio Netto. In assenza di ulteriori operazioni rilevanti ai fini H1, dovrà essere prodotta una specifica attestazione negativa. Il termine è fissato entro 30 giorni

dall'acquisizione del dato definitivo di assegnazione e, comunque, in tempo utile rispetto alla chiusura del Bilancio 2025.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 l'Azione I1.3 risulta parzialmente superata e in corso di completamento. Il successivo follow-up dovrà verificare l'acquisizione del dato definitivo, la trasmissione del prospetto di raccordo o dell'eventuale attestazione negativa e la coerenza delle relative risultanze con le scritture contabili esaminate.

Rischio residuo. Le evidenze acquisite attestano l'operatività del presidio contabile e la sostanziale coerenza del raccordo tra cespiti finanziati, contributo residuo, ammortamenti, sterilizzazioni e movimentazioni del Patrimonio Netto. **Il profilo residuo è circoscritto al completamento della rappresentazione conclusiva del processo, mediante l'acquisizione del prospetto definitivo, che consentirà di rendere la riconciliazione pienamente documentata e immediatamente verificabile.**

AREA DEBITI E COSTI

Obiettivo I1 - "Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari, documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione"

Azione I1.3 - "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volto a riscontrare il rispetto della procedura e la sussistenza delle evidenze documentali dei controlli richiesti, con predisposizione dei relativi report"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I1.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla I1.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera il presupposto sanitario, tecnico o amministrativo, il fabbisogno, la fonte di finanziamento, l'autorizzazione e la capienza, il titolo contrattuale o il procedimento di affidamento, CUP, CIG, ordine, rendicontazione, controllo dell'importo e trasmissione alla Struttura competente per le successive fasi.

L'Azione I1.7 è raccordata alla I1.5, caratterizzata da probabilità 5, impatto 5, valore 25 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera le prestazioni acquistate da soggetti privati o professionisti esterni, la programmazione e il budget, i flussi informativi, i requisiti contributivi, la validazione delle prestazioni, la formazione degli importi, l'emissione dell'ordine e la successiva fatturazione.

- **Verifica di follow-up del 19 febbraio 2026 - Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 125125/2026 del 06/03/2026 - Azione I1.3**

Inquadramento della verifica. La componente I1.1 è stata valutata positivamente, mentre le I1.3, I3.6 e I6.3 hanno ricevuto esito parzialmente positivo. **La presente analisi riguarda esclusivamente il sistema delle verifiche periodiche richiesto dalla I1.3.**

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La documentazione ha riguardato fabbisogni di antisettici e disinfettanti, medicazioni, proroga della gara CUC, ordini inevasi, dispositivi e farmaci esclusivi. Sono risultati presenti strumenti operativi di monitoraggio dei consumi, delle disponibilità contrattuali e dei fabbisogni. Non sono stati tuttavia acquisiti report periodici interni che riportassero in modo sistematico controllo effettuato, responsabile, periodicità, esito ed eventuale anomalia.

Esito e azioni di miglioramento. La I1.3 ha ricevuto esito "parzialmente positivo" e rilievo "moderato". È stata richiesta la formalizzazione dei controlli compensativi manuali, con individuazione del responsabile e tracciabilità minima, nonché il rafforzamento delle segnalazioni strutturate alle Strutture amministrative e alla UOC Gestione Informatica Aziendale. Il Rapporto non ha assegnato termini calendarizzati perché è intendimento della scrivente Funzione eseguire un follow up ricognitivo entro il III trimestre 2026.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. L'Azione risulta in corso di consolidamento. Le evidenze acquisite confermano che i controlli sono effettivamente svolti e consentono la ricostruzione delle principali fasi del processo e delle verifiche effettuate. Il profilo residuo è pertanto circoscritto alla necessità di rappresentare tali attività mediante report periodici uniformi, con evidenza dei controlli eseguiti, delle eventuali eccezioni rilevate e delle relative modalità di chiusura.

Rispetto alla criticità assessoriale riferita alle Azioni I1, il presidio può considerarsi sostanzialmente operativo e in fase avanzata di stabilizzazione. Il successivo follow-up sarà

diretto a verificarne la continuità e la completa formalizzazione, non l'effettiva esistenza, già riscontrata nel corso delle verifiche.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 – UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica interna – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375/2026 del 4 maggio 2026 – Azione I1.7**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato il segmento della Specialistica interna nell'ambito del follow-up condotto congiuntamente sui processi riconducibili alla UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna e alla UOC Cure Primarie. Il Rapporto ha attribuito esito parzialmente positivo alle Azioni esaminate. La presente analisi è riferita esclusivamente alla I1.7 e alla capacità della Struttura di documentare, rispetto alle attività di recupero delle liste d'attesa, il raccordo tra programmazione, prestazioni rese, controlli effettuati, flussi utilizzati e relativi profili economico-contabili.

Inquadramento e perimetro della verifica. Per il segmento della Specialistica interna, il Rapporto ha attribuito esito parzialmente positivo alle Azioni esaminate. La documentazione acquisita era costituita principalmente dalla nota relativa al Piano di recupero delle liste d'attesa, nella quale la Struttura ha rappresentato il conseguimento del 100 per cento dell'obiettivo e l'azzeramento, al 31 dicembre 2025, delle n. 6.661 prestazioni ambulatoriali rilevate al 31 dicembre 2024. Il risultato dichiarato costituisce un elemento gestionale favorevole, ma non esaurisce il perimetro documentale richiesto ai fini della verifica dell'Azione I1.7.

Esito e profili di miglioramento. Le evidenze disponibili non consentono di ricostruire in modo unitario il perimetro delle prestazioni acquistate, le modalità di controllo applicate, i flussi utilizzati, i soggetti intervenuti e il raccordo con gli aspetti economico-contabili. L'esito resta pertanto parzialmente positivo, poiché il risultato gestionale rappresentato non è accompagnato da una documentazione sufficiente a rendere pienamente ripercorribile il processo sottoposto a verifica.

Azione correttiva e termine. È stata richiesta la trasmissione delle evidenze oggettive relative alle modalità operative adottate, ai controlli effettuati, ai flussi e ai monitoraggi utilizzati, ai report di avanzamento e ai soggetti coinvolti nel recupero delle liste d'attesa. Il termine per la trasmissione della documentazione integrativa è stato fissato in trenta giorni dalla comunicazione del Rapporto.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data del 30 giugno 2026, successiva alla scadenza assegnata per la trasmissione delle evidenze relative all'azione correttiva, la documentazione richiesta non risultava acquisita. Il risultato gestionale rappresentato resta favorevole ma, in assenza delle evidenze integrative, non consente di considerare superata la riserva né di attestare la piena tracciabilità del percorso di controllo previsto dalla I1.7. L'Azione resta pertanto aperta e dovrà essere rivalutata nel successivo follow-up, sulla base della documentazione che sarà prodotta dalla Struttura.

- **Verifica di follow-up dell'11 maggio 2026 – UOC Approvvigionamenti – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 297006/2026 dell'08/06/2026 – Azione I1.3**

Inquadramento della verifica. L'intervento ha avuto natura di follow-up sui presidi applicati dalla UOC Approvvigionamenti lungo il ciclo di acquisizione di beni e servizi, con particolare riferimento alla programmazione dei fabbisogni, all'utilizzo del CUI, alla disponibilità dei dati di popolazione e alla documentazione dei controlli. Il Rapporto ha interessato anche le Azioni I3.6 e I6.3, trattate separatamente nei rispettivi Obiettivi PAC. La presente analisi riguarda esclusivamente il sistema delle verifiche periodiche previsto dalla I1.3.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La verifica ha documentato un avanzamento nella programmazione dei fabbisogni, nell'utilizzo del CUI e nella disponibilità delle informazioni necessarie alla ricostruzione del ciclo di approvvigionamento. Il tabulato fatture-ordini comprende n. 80.078 righe e n. 70 campi informativi e costituisce una base informativa significativa per l'individuazione delle posizioni da sottoporre a controllo. Le pratiche campionate hanno consentito di ricostruire il percorso dall'affidamento alla liquidazione, confermando la concreta operatività dei controlli sulle principali fasi del processo.

Il Rapporto ha rilevato che le modalità di controllo risultano descritte in un documento operativo non ancora sottoscritto e non sono state tradotte in una checklist uniforme, idonea a documentare per ciascuna posizione le verifiche effettuate, l'esito e l'eventuale gestione dell'eccezione. I dataset disponibili, pur caratterizzati da un elevato livello di dettaglio, non classificano ancora in modo strutturato tutte le posizioni prive di CUI o CIG e non consentono sempre di distinguere

immediatamente tra esclusioni previste dalla disciplina applicabile, procedimenti ancora in corso e fattispecie da sottoporre a regolarizzazione.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha attribuito alla I1.3 esito parzialmente positivo e rilievo moderato. La valutazione tiene conto dell'effettiva esecuzione dei controlli e della ricostruibilità delle pratiche campionate, mentre la riserva riguarda la necessità di rendere tali verifiche uniformemente documentate e di strutturare la classificazione delle eccezioni sull'intera popolazione esaminabile.

Azioni correttive e termini. Sono state richieste:

- l'adozione di una checklist standard dei controlli entro il 1° dicembre 2026
- l'integrazione dei dataset con campi e causali strutturate entro il 31 dicembre 2026
- la formalizzazione dell'interlocuzione con la software house in materia di report, campi informativi, profilazioni, limiti applicativi e automatismi entro il 30 settembre 2026

Le misure previste sono dirette a trasformare i controlli già svolti in un sistema periodico, ripetibile e immediatamente verificabile, assicurando la riconducibilità di ciascuna eccezione alla relativa causa, al soggetto competente e allo stato della conseguente attività istruttoria.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. Alla data di riferimento le azioni correttive risultavano in corso e i relativi termini non erano ancora scaduti. L'Azione I1.3 può pertanto considerarsi **parzialmente superata e in fase avanzata di consolidamento**.

Il rischio residuo riguarda la possibilità che alcune eccezioni non siano immediatamente distinguibili tra fattispecie legittime, posizioni ancora in istruttoria e casi da regolarizzare, con possibile rallentamento nella loro presa in carico e definizione. Tale esposizione risulta attenuata dall'ampiezza dei dataset disponibili, dalla tracciabilità delle pratiche campionate e dalla concreta operatività dei controlli già riscontrata. Il completamento delle misure previste consentirà di rendere il presidio stabile, replicabile e verificabile sull'intera popolazione.

Rispetto alla criticità assessoriale riferita alle Azioni I1, l'avanzamento risulta significativo e documentato. La definitiva chiusura potrà essere valutata nel successivo follow-up, verificando l'adozione della checklist, l'effettiva integrazione dei dataset e l'utilizzo sistematico delle causali per la classificazione delle eccezioni.

- **Verifica di follow-up del 25 maggio 2026 - UOC Integrazione Socio-Sanitaria - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 357900/2026 del 10/07/2026 - Azioni I1.3 e I1.7**

Inquadramento della verifica. L'intervento, svolto in continuità con la precedente verifica del 26 novembre 2025, è stato finalizzato ad aggiornare, con riferimento all'esercizio 2026, la valutazione dei presidi applicati all'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da erogatori privati accreditati o convenzionati. Con riguardo alla I1.3, è stata verificata l'esistenza di controlli periodici e documentati su autorizzazioni, budget, sub-autorizzazioni, requisiti e condizioni di remunerabilità. Per la I1.7, l'analisi ha riguardato l'applicazione della procedura prevista dalla I1.5, con attenzione alla validità dei rapporti convenzionali, al mantenimento dei requisiti degli erogatori e alla coerenza tra prestazioni autorizzate, rese, rendicontate e ammesse alla liquidazione. Le risultanze relative alle Azioni I3.6 e I6.3 sono trattate separatamente nei rispettivi Obiettivi PAC.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati i processi relativi ad ADI, Cure Palliative, RSA e strutture residenziali e semiresidenziali. Il prospetto aggiornato degli erogatori per il 2026 consente di individuare il perimetro dei soggetti interessati e di collegare, con livelli di dettaglio non ancora uniformi, il titolo convenzionale, la scadenza, il budget assegnato, l'autorizzazione o sub-autorizzazione, il conto economico e il centro di costo. Le evidenze acquisite hanno inoltre documentato controlli sul personale, sui titoli professionali, sulle iscrizioni agli Albi, sulle incompatibilità e sulle condizioni di remunerabilità.

Con riferimento alla posizione di Spazio Vitale, il Rapporto registra che la convenzione risultava scaduta il 2 maggio 2026 e che la Struttura aveva disposto la prosecuzione delle assistenze già attive e il blocco dei nuovi ingressi. Nel corso dell'inquiry, la Struttura ha inoltre rappresentato di avere rilevato, in alcuni casi, concentrazioni di preferenze verso specifici erogatori e di avere attivato interlocuzioni di approfondimento con i soggetti coinvolti.

Esito. Le componenti I1.3 e I1.7 sono state valutate parzialmente positive. La valutazione tiene conto della presenza di controlli documentati sui requisiti, sul personale, sulle prestazioni e sugli elementi economico-autorizzativi. **La riserva riguarda la necessità di rendere uniformemente disponibile, per ciascun erogatore, il raccordo tra titolo convenzionale, scadenza, autorizzazione, budget, requisiti, prestazioni e condizioni di remunerabilità.**

Azioni correttive e termini. Entro il 31 dicembre 2026 è stata richiesta la predisposizione di un fascicolo unitario per ciascun erogatore, contenente titolo del rapporto, scadenza, budget, sub-autorizzazione, conto economico, centro di costo, personale impiegato, requisiti verificati, incompatibilità rilevate e criticità ancora aperte.

Entro il medesimo termine dovrà essere predisposto un report almeno trimestrale relativo alle situazioni di concentrazione delle preferenze sottoposte ad approfondimento, con indicazione del Distretto, del setting assistenziale, dell'erogatore, delle verifiche svolte e del relativo esito.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data di riferimento le Azioni risultano parzialmente superate e in corso di consolidamento. **Le evidenze acquisite confermano la presenza di controlli operativi, mentre restano da completare l'uniformazione dei fascicoli degli erogatori e la formalizzazione periodica delle attività di monitoraggio già rappresentate dalla Struttura.**

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che, per alcune posizioni, le informazioni convenzionali, autorizzative, professionali ed economiche restino distribuite tra prospetti e fascicoli differenti, rendendo meno immediata la ricostruzione unitaria del rapporto e dei controlli effettuati. Ulteriore profilo di attenzione riguarda la necessità di rendere stabile e documentata l'attività di approfondimento sulle preferenze espresse. **I controlli già operativi e la base informativa disponibile attenuano tale esposizione, mentre il completamento dei fascicoli e della reportistica prevista consentirà di consolidare il presidio.**

- **Verifica di follow-up del 9 giugno 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 331076/2026 del 26/06/2026 – Azione I1.3**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato il contributo della UOC Bilancio e Programmazione al sistema dei controlli periodici sul ciclo degli approvvigionamenti, con particolare riferimento alla disponibilità e all'utilizzo delle estrazioni fatture-ordini. Il Rapporto ha interessato anche le Azioni I3.6 e I6.3, le cui risultanze sono ricondotte ai rispettivi Obiettivi PAC. Ai fini della I1.3, l'analisi è stata concentrata sulla capacità del tracciato di supportare verifiche ricorrenti, selezionare le posizioni meritevoli di approfondimento e documentare gli esiti del controllo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La UOC ha reso disponibili le estrazioni fatture-ordini riferite al primo e al secondo semestre 2025 e al primo trimestre 2026. Il tracciato, articolato in n. 75 campi informativi, comprende complessivamente n. 888.313 righe. La sola estrazione al 31 marzo 2026 contiene n. 60.682 righe, riferite a n. 30.918 documenti passivi univoci e n. 29.526 ordini univoci.

La consistenza e il livello di dettaglio delle informazioni disponibili consentono di selezionare le popolazioni da sottoporre a verifica, ricostruire il raccordo tra fatture e ordini e individuare le posizioni che richiedono approfondimenti. Il Rapporto ha rilevato **la disponibilità** del tabulato quale base informativa utilizzabile per le verifiche della UOC.

Alla data dell'audit **non risultava tuttavia ancora formalizzato un metodo periodico di impiego del report** che definisse, in modo uniforme, la cadenza delle verifiche, i criteri di estrazione, i filtri applicati, le casistiche esaminate, i soggetti responsabili e le modalità di documentazione degli esiti e delle eventuali attività di approfondimento.

Esito. Il Rapporto ha attribuito alla I1.3 esito parzialmente positivo, rilievo moderato e livello di adeguatezza dei controlli "da migliorare". **La riserva riguarda la mancata formalizzazione di un controllo periodico**, ricorrente e ripercorribile, pur in presenza del tracciato informativo.

Azioni correttive e termini. È stato richiesto alla UOC di utilizzare il tabulato con cadenza almeno semestrale e di conservare, per ciascuna verifica, una nota o un prospetto sintetico recante il periodo esaminato, i criteri e i filtri applicati, la popolazione selezionata, le casistiche rilevate, gli eventuali approfondimenti richiesti e il relativo esito.

Non è stato assegnato un termine autonomo rispetto alla cadenza semestrale prevista. La prima applicazione utile dovrà pertanto consentire di documentare l'effettiva stabilizzazione del controllo.

Stato al 30 giugno 2026 Alla data di riferimento risultava disponibile la base informativa, ma non era ancora comprovata l'applicazione periodica e documentata del controllo. **L'Azione resta pertanto aperta, in attesa della prima verifica semestrale formalizzata.**

Rischio residuo. Il rischio riguarda la possibilità che, in assenza di verifiche periodiche uniformemente documentate, alcune posizioni meritevoli di approfondimento non siano individuate o definite con tempestività e che non risulti immediatamente ricostruibile il controllo effettuato dalla UOC. La disponibilità del tracciato costituisce un presupposto

informativo ma non sostituisce l'esecuzione periodica del controllo né la formalizzazione dei relativi esiti. Tale esposizione è attenuata dalla disponibilità del tracciato, che non sostituisce l'esecuzione documentata del controllo. Il successivo follow-up dovrà accertare l'effettiva applicazione della verifica semestrale.

Obiettivo I3 - "Dare evidenza dei controlli effettuati lungo il ciclo ordine-ricezione-fattura-liquidazione-pagamento"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I3.6 non è autonomamente valorizzata ed è raccordata alle I3.2 e I3.4. La I3.2 presenta probabilità 4, impatto 4, valore 16 e rischio "alto", mentre la I3.4 presenta valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la ripercorribilità dell'intero ciclo tra ordine, ricezione o attestazione della prestazione, eventuale collaudo, fattura, controllo, liquidazione e pagamento, con evidenza dei soggetti intervenuti, degli esiti e delle eventuali anomalie riferite alla medesima posizione. Non è attribuito alla I3.6 un autonomo livello sintetico di rischio.

• Verifica di follow-up del 19 febbraio 2026 - Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 125125/2026 del 6 marzo 2026

Inquadramento della verifica. Il medesimo Rapporto è stato esaminato nel precedente paragrafo con riferimento alla I1.3. Ai fini della I3.6, la valutazione riguarda specificamente la tracciabilità dei controlli lungo il ciclo ordine-entrata merce-fattura e il raccordo tra le attività tecniche del Dipartimento e le successive fasi amministrativo-contabili.

Perimetro ed evidenze acquisite. Le evidenze già richiamate hanno documentato l'operatività del monitoraggio degli ordini inevasi, delle disponibilità contrattuali e dei fabbisogni. Il Dipartimento svolge pertanto un presidio tecnico effettivo nelle fasi di propria competenza e assicura la continuità del processo anche mediante controlli manuali.

Per le posizioni esaminate non risultava tuttavia disponibile una rappresentazione uniforme che consentisse di collegare, nell'ambito del medesimo fascicolo, proposta o validazione tecnica, ordine, entrata merce, fattura, controllo effettuato ed esito dell'eventuale anomalia. Tale profilo è riconducibile prevalentemente alle limitazioni applicative e alla mancata implementazione degli automatismi già richiesti, più che all'assenza di attività di controllo da parte del Dipartimento. Il Rapporto evidenzia infatti che i presidi manuali hanno consentito la continuità delle attività, pur non essendo ancora supportati da strumenti applicativi idonei a garantirne la piena tracciabilità.

Esito. La I3.6 è stata valutata parzialmente positiva, con rilievo moderato. La riserva riguarda la formalizzazione e la dimostrabilità uniforme dei controlli compensativi, non la loro effettiva esecuzione.

Azioni correttive e termini. È stata richiesta la formalizzazione dei controlli manuali mediante l'individuazione del responsabile, della periodicità, dell'evidenza minima e delle modalità di gestione delle eccezioni. È stata inoltre prevista la prosecuzione degli interventi informatici relativi all'aggancio ordine-entrata-fattura, ai controlli sulla fatturazione elettronica, alla gestione del DURC e alla produzione di report riferiti anche a operazioni collocate su esercizi differenti. Il Rapporto non ha assegnato termini calendarizzati.

Stato al 30 giugno 2026. L'Azione risulta parzialmente superata e in corso di consolidamento. Il presidio operativo è stato riscontrato, mentre restano da completare la formalizzazione dei controlli compensativi e gli sviluppi applicativi che non dipendono integralmente dalla Struttura verificata.

Rischio residuo. Permane il rischio che controlli effettivamente svolti mediante ricostruzioni manuali non risultino documentati con criteri uniformi o che la definizione delle eccezioni sia meno immediatamente ripercorribile. I presidi operativi già riscontrati attenuano tale esposizione. La completa stabilizzazione della I3.6 dovrà essere verificata attraverso la formalizzazione dei controlli e il monitoraggio degli interventi applicativi.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica esterna - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375/2026 del 4 maggio 2026**

Inquadramento della verifica. Il perimetro documentale e le risultanze relative all'acquisto delle prestazioni sono già stati rappresentati nel precedente paragrafo dedicato alla 11.7. Ai fini della 13.6, l'analisi riguarda esclusivamente la possibilità di collegare, sulla medesima posizione, il flusso delle prestazioni, la determinazione dell'importo, l'ordine NSO, la fattura, il DURC, le eventuali trattenute e il provvedimento di liquidazione.

Perimetro ed evidenze acquisite. Le pratiche campionarie già descritte hanno consentito di ricostruire il collegamento tra la determinazione dell'importo, l'emissione dell'ordine NSO e la successiva fattura elettronica, documentando un avanzamento rispetto alle precedenti verifiche.

La documentazione relativa ad alcuni controlli ulteriori non era tuttavia riferita alla medesima posizione. Il DURC irregolare e il ruolo conto terzi riguardavano soggetti differenti, mentre la schermata della fattura rifiutata documentava un errore IVA e non la difformità dell'IBAN rappresentata nel corso dell'inquiry. Tali elementi non escludono l'effettuazione dei controlli, ma non consentono di ricostruirne l'applicazione completa sullo stesso fascicolo.

Esito. La 13.6 è stata valutata parzialmente positiva. La riserva è circoscritta alla necessità di rendere unitariamente dimostrabile la sequenza dei controlli sulla singola posizione.

Azione correttiva e termine. È stata richiesta l'adozione di un fascicolo standard che colleghi, per il medesimo soggetto, flusso o cedolino, dati per la fatturazione, ordine NSO, fattura, DURC, eventuale trattenuta o ruolo conto terzi e provvedimento di liquidazione. Il termine è fissato entro 120 giorni.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data di riferimento il termine assegnato risultava ancora in corso. L'Azione è pertanto in fase di consolidamento e dovrà essere rivalutata sulla base del fascicolo standard richiesto.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che evidenze relative a controlli effettivamente svolti restino distribuite tra posizioni differenti, rendendo meno immediata la verifica dell'intero percorso sulla singola pratica. La tracciabilità già riscontrata tra importo, ordine e fattura costituisce, tuttavia, un elemento favorevole. Il fascicolo standard consentirà di completare il raccordo e di verificare il superamento della riserva.

- **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica interna - Rapporto trasmesso con nota prot. n.232375 del 04/05/2026**

Sintesi della verifica e raccordo con la 11.7. Il perimetro documentale, il risultato relativo al recupero delle liste d'attesa e le azioni correttive sono già illustrati nel precedente paragrafo dedicato alla 11.7, al quale si rinvia. Ai fini della 13.6, la documentazione acquisita attesta il risultato gestionale favorevole rappresentato dalla Struttura, ma **non consente ancora di ricostruire in modo completo il collegamento tra prestazioni, flussi utilizzati, controlli effettuati, soggetti responsabili ed eventuali riflessi amministrativo-contabili.** L'esito resta pertanto parzialmente positivo. Alla data del 30 giugno 2026, decorso il termine di trenta giorni assegnato per la trasmissione delle evidenze integrative, la documentazione richiesta non risultava acquisita. Con nota del 21 luglio 2026 è stata pertanto sollecitata l'attuazione dell'azione correttiva e la trasmissione delle integrazioni documentali previste. L'Azione resta aperta e sarà rivalutata nel successivo follow-up. Il profilo residuo è circoscritto alla completa dimostrabilità del percorso di controllo posto a fondamento del risultato rappresentato.

- **Verifica di follow-up dell'11 maggio 2026 - UOC Approvvigionamenti - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 297006/2026 dell'8 giugno 2026**

Inquadramento della verifica. La consistenza dei dataset, la programmazione dei fabbisogni e il sistema delle verifiche periodiche sono già stati rappresentati nel precedente paragrafo dedicato alla 11.3. Ai fini della 13.6, l'analisi riguarda la riconciliazione tra ordini, ricezioni, fatture e liquidazioni e la classificazione delle posizioni non ancora definite.

Perimetro ed evidenze acquisite. Il report di riconciliazione comprende n. 4.023 ordini riferiti agli esercizi 2025 e 2026. Di questi, n. 4.000 risultano riconciliati e n. 23 non ancora liquidati, con un tasso di riconciliazione pari al 99,43 per cento. Il dato documenta un presidio significativo e concretamente operativo sul segmento ordine-ricezione.

Per completare la ricostruzione fino alla fattura e alla liquidazione, il report deve essere raccordato con il tabulato fatture-ordini già analizzato nell'ambito della I1.3. Le n. 23 posizioni residue non risultavano inoltre classificate, nel medesimo prospetto, mediante causali strutturate che distinguessero consegne parziali, fatture non pervenute, verifiche in corso, errori NSO, revoche o posizioni da regolarizzare.

Esito. La I3.6 è stata valutata parzialmente positiva, con rilievo moderato. La riserva interessa la classificazione delle posizioni residue e il completamento del raccordo con le successive fasi del ciclo. Non incide sul significativo livello di riconciliazione già raggiunto.

Azioni correttive e termini. Sono stati richiesti un report periodico sulle partite non riconciliate entro il 31 dicembre 2026, una checklist standard dei controlli entro il 1° dicembre 2026 e la formalizzazione dell'interlocazione tecnica con la software house entro il 30 settembre 2026.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data di riferimento i termini assegnati non risultavano ancora scaduti. L'Azione presenta un avanzamento significativo e risulta in fase avanzata di consolidamento.

Rischio residuo. Il rischio residuo è circoscritto alla possibilità che, le limitate posizioni ancora aperte, non risultino immediatamente distinguibili per causa e stato della verifica o richiedano il raccordo tra più estrazioni per ricostruire l'intero ciclo. **Il tasso di riconciliazione già raggiunto e la disponibilità del dataset attenuano sensibilmente tale esposizione.** Il completamento delle misure previste consentirà di valutare la chiusura della criticità I3 nel successivo follow-up.

• **Verifica di follow-up del 9 giugno 2026 – UOC Bilancio e Programmazione – Rapporto trasmesso con nota prot. n. 331076/2026 del 26 giugno 2026**

Inquadramento della verifica. La composizione e la consistenza del tabulato fatture-ordini sono già state illustrate nel precedente paragrafo relativo alla I1.3. Ai fini della I3.6, l'analisi riguarda l'utilizzo degli indicatori presenti nel tracciato per selezionare le posizioni da approfondire e la definizione delle partite aperte o riferite a esercizi precedenti.

Perimetro ed evidenze acquisite. Sulla base del tabulato già descritto, sono state individuate n. 12.912 righe prive sia dell'ordine sia del movimento di ricezione valorizzato. Tale dato non è stato qualificato automaticamente come irregolarità, poiché comprende tipologie di spesa non assoggettate al medesimo percorso e fattispecie che richiedono una preventiva classificazione.

Analoga cautela è stata applicata alla mancata valorizzazione del CIG, rilevata in circa il 60 per cento delle righe, dovendosi distinguere i casi di non applicabilità, quelli nei quali l'informazione è presente in altre sezioni e le eventuali carenze effettive di alimentazione. Le n. 1.638 righe nelle quali quantità ordinata e quantità ricevuta non coincidono costituiscono parimenti un indicatore di selezione, potendo dipendere da consegne parziali, resi o ricezioni frazionate, e non rappresentano automaticamente anomalie.

Il Rapporto ha inoltre esaminato n. 14 posizioni pregresse, per complessivi euro 385.441,88, riferite agli esercizi dal 2013 al 2016. La presa in carico e la circolarizzazione risultano avviate. Il prospetto deve essere completato con l'esito delle verifiche e con la decisione assunta in ordine alla conferma, rettifica, contestazione, chiusura o eliminazione di ciascuna posizione.

Esito. La I3.6 è stata valutata parzialmente positiva. La disponibilità del tabulato consente di orientare i controlli, ma **non risulta ancora stabilizzato il metodo di analisi né documentata la definizione conclusiva delle posizioni approfondite.**

Azioni correttive e termini. È stato richiesto di utilizzare il tabulato almeno semestralmente, conservando evidenza del periodo esaminato, dei filtri, delle casistiche selezionate e degli approfondimenti effettuati. La UOC dovrà inoltre mantenere, in sede semestrale o di chiusura contabile, un quadro sintetico delle principali posizioni aperte e delle fatture da ricevere, distinguendo quelle chiuse, da mantenere, da rettificare o da sottoporre a ulteriore riscontro, monitorandone la definizione.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data di riferimento risultavano disponibili il tabulato e le prime evidenze di presa in carico, ma non era ancora documentata l'applicazione periodica del controllo né la definizione delle posizioni pregresse. L'Azione resta parzialmente superata e sarà oggetto di specifico follow-up nel secondo semestre 2026.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che gli indicatori disponibili non siano tradotti con continuità in verifiche documentate e che partite pregresse restino prive di definizione, protraendo le posizioni aperte e le successive fasi di liquidazione e pagamento. La disponibilità del tabulato e l'avvio delle circolarizzazioni non sostituiscono la chiusura documentata delle verifiche. La

verifica semestrale e il completamento del prospetto consentiranno di rivalutare la criticità assessoriale I3.

Obiettivo I5 - "Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I5.8 è raccordata alle I5.1 e I5.5, entrambe caratterizzate da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera l'instaurazione del rapporto, la registrazione anagrafica e giuridica, l'elaborazione economica, il controllo delle componenti stipendiali, la trasmissione dei flussi, i provvedimenti di liquidazione, la registrazione in AREAS e la riconciliazione con la Contabilità generale.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 14 aprile 2026 - UOC Risorse Umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 361212/2026 del 13/07/2026**

Inquadramento della verifica. Per la componente I5, l'intervento ha verificato l'applicazione dei controlli sul conferimento e sulla gestione dei rapporti convenzionali, sulla formazione degli elementi stipendiali, sui flussi informativi, sulle riconciliazioni contabili e sulle verifiche periodiche delle elaborazioni.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. È stato esaminato un fascicolo campione relativo al conferimento di un incarico temporaneo di continuità assistenziale. La documentazione ha consentito di collegare convocazione, conferimento dell'incarico e inserimento della posizione in HCM. Non sono risultate integralmente documentate la verifica della posizione nella graduatoria, la tempestività dell'inserimento e le successive fasi di raccordo con il trattamento economico e contabile.

Il prospetto di contabilizzazione del personale convenzionato ha documentato la formazione e la classificazione delle componenti stipendiali per un importo complessivo di euro 2.627.714,14. Non sono state invece acquisite evidenze complete dell'effettiva trasmissione alla Struttura contabile, dell'adozione dei provvedimenti di liquidazione e della corrispondente registrazione in AREAS.

Il prospetto di riconciliazione tra Tracciato 5, Contabilità generale e modello CE ha evidenziato l'esistenza di un raccordo extracontabile effettivamente utilizzato. La documentazione ha tuttavia lasciato, non integralmente ricostruita, la composizione economico-contabile di una componente residuale del prospetto.

È stato inoltre riscontrato l'avvio del controllo trimestrale previsto dalla Procedura PAC, effettuato su un campione del 3% corrispondente a n. 59 posizioni. La verifica è risultata concretamente organizzata e applicata, ma non è stato prodotto il verbale conclusivo recante gli esiti dell'intero campione, le anomalie riscontrate e gli interventi adottati.

Esito, azioni correttive e termini. Il Rapporto ha attribuito esito "parzialmente positivo", rilievo "moderato" e livello dei controlli "da migliorare". Sono state previste le seguenti misure:

- completamento del controllo trimestrale già avviato e predisposizione del relativo verbale entro il 30/09/2026;
- conclusione dei successivi controlli entro trenta giorni dalla chiusura di ciascun trimestre;
- formalizzazione della riconciliazione trimestrale tra HCM, APMMG, Tracciato 5 e Contabilità generale entro il 31/10/2026;
- produzione dell'evidenza conclusiva sulla risoluzione delle anomalie delle Certificazioni Uniche entro il 31/12/2026.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. La I5.8 risulta parzialmente superata e in corso di consolidamento. Il Rapporto documenta un avanzamento nella formalizzazione dei flussi, nelle riconciliazioni e nell'attivazione dei controlli periodici. Restano aperti la completa documentazione del campione trimestrale, il raccordo con le registrazioni contabili e la chiusura delle anomalie applicative. Il rischio residuo deriva dalla permanenza di raccordi extracontabili e dalla non completa ripercorribilità delle componenti stipendiali fino alla loro contabilizzazione. **Si rappresenta che con nota prot. n. 0374526 del 22/07/2026, successivamente alla chiusura del semestre, la UOC Risorse Umane in regime di convenzione, libero-professionale e ALPI ha fornito riscontro al verbale di audit, trasmettendo documentazione integrativa ed elementi di chiarimento riferiti**

ad alcune criticità e ai punti rimasti aperti. Ferma restando la valutazione espressa al 30 giugno 2026, nel corso del secondo semestre sarà effettuato uno specifico aggiornamento della verifica, volto ad accertare l'effettivo superamento delle criticità interessate e, ove ne ricorrano i presupposti documentali, a rideterminare il relativo esito.

Obiettivo I6 - "Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti e dei correlati costi"

Azione I6.3 - "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volto a riscontrare la corretta applicazione della procedura di cui all'Azione I6.1"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I6.3 è raccordata alla I6.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera l'effettiva separazione tra richiesta o autorizzazione, affidamento, ordine, verifica dell'esecuzione, liquidazione, registrazione contabile, gestione del pagamento ed emissione dell'ordinativo, nonché la coerenza tra assetto organizzativo, matrici di responsabilità, assegnazione del personale e profili applicativi.

• **Verifica di follow-up del 19 febbraio 2026 - Dipartimento Interaziendale Farmaceutico - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 125125/2026 del 06/03/2026**

Perimetro ed evidenze. Nei procedimenti campionati è risultata riconoscibile la distinzione tra valutazione tecnica dei fabbisogni e successive fasi amministrative. Non sono state tuttavia acquisite verifiche periodiche strutturate sulla segregazione, né una rappresentazione stabile dei soggetti intervenuti nelle fasi di ordine, ricezione, accettazione della fattura e liquidazione.

Esito e azioni correttive. La I6.3 ha ricevuto esito parzialmente positivo e rilievo moderato. È stata richiesta la formalizzazione dei controlli compensativi manuali, con responsabile ed evidenza minima, nonché il rafforzamento del raccordo con le Strutture amministrative e informatiche. Il Rapporto non ha fissato termini calendarizzati.

Stato e rischio residuo. L'Azione resta aperta. Il rischio residuo riguarda la dipendenza da assetti organizzativi e controlli sostanzialmente applicati ma non periodicamente documentati. La criticità assessoriale I6 permane fino alla formalizzazione e al successivo riscontro dei controlli.

• **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Cure Primarie - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375 del 04/05/2026**

Inquadramento e perimetro. La verifica ha riguardato i P.P.I.P. di Lampedusa e Petralia. Sono stati esaminati avvisi per il reperimento dei pediatri, preventivi dei turni, consuntivi mensili, accessi, compensi, trattenute, estrazioni AREAS e documentazione relativa ai professionisti impiegati.

La gestione dei pediatri convenzionati e quella dei professionisti esterni seguono percorsi differenti. Per questi ultimi il fascicolo comprende controlli documentali, DURC, ordine NSO e successivi passaggi amministrativi. La documentazione è tuttavia più completa sul monitoraggio organizzativo ed economico che sulla rappresentazione uniforme dei soggetti intervenuti e della segregazione delle responsabilità.

Esito e azione correttiva. La I6.3 è stata valutata parzialmente positiva. È stato richiesto un report almeno trimestrale che raccordi, per i casi rilevanti e per i professionisti esterni, volumi di attività, turni o ore, oneri economici e stato della documentazione amministrativo-contabile. Il termine è fissato entro 90 giorni dalla trasmissione del verbale.

Stato e rischio residuo. Al 30/06/2026 il termine era ancora in corso. Il rischio residuo riguarda la non completa evidenza della separazione tra programmazione, verifica dell'attività, predisposizione della documentazione e definizione amministrativo-contabile. La criticità I6 resta aperta fino al riscontro del report.

• **Verifica di follow-up del 15 aprile 2026 - UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna, segmento Specialistica interna - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 232375 del 04/05/2026**

Perimetro, esito e azione correttiva. La nota relativa al recupero delle liste d'attesa non documenta la distribuzione delle responsabilità tra soggetti che hanno programmato, eseguito, controllato e validato le attività, né consente di verificare i controlli compensativi eventualmente applicati. La I6.3 è stata quindi valutata parzialmente positiva.

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

Entro 30 giorni dovevano essere prodotte evidenze sulle modalità operative, sui flussi, sui monitoraggi e sui soggetti coinvolti. Alla data del 30/06/2026 la chiusura non risulta comprovata dal Rapporto. **Con nota prot. n. 373287 del 21/07/2026 è stata pertanto sollecitata l'attuazione dell'azione correttiva e la trasmissione delle integrazioni documentali previste.**

Rischio residuo. Il rischio residuo concerne l'impossibilità di verificare la concreta segregazione delle funzioni nel percorso che ha determinato il risultato dichiarato. La criticità I6 resta aperta.

- **Verifica di follow-up dell'11 maggio 2026 - UOC Approvvigionamenti - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 297006/2026 dell'08/06/2026**

Perimetro ed evidenze. Le pratiche campionate rendono riconoscibili più livelli di intervento, comprendenti Struttura proponente, istruttore, RUP, DEC, dirigente, UOC Bilancio e Programmazione e soggetti firmatari della liquidazione. Manca tuttavia una matrice complessiva applicabile all'intero processo. La criticità assume maggiore rilievo in ragione della carenza di personale e della possibile concentrazione temporanea di alcune funzioni.

Esito e azione correttiva. La I6.3 è stata valutata parzialmente positiva, con rilievo moderato. La misura correttiva coincide con la predisposizione del funzionigramma operativo, della matrice delle responsabilità, del quadro delle profilazioni AREAS e dei controlli compensativi, entro il 30/06/2026.

Stato e rischio residuo. Alla chiusura del semestre il termine risultava raggiunto, ma l'attuazione deve essere documentalmente verificata. Il rischio residuo riguarda la sovrapposizione tra attività istruttorie, ordinarie, di controllo e di supporto alla liquidazione. La criticità assessoriale I6 non può ancora considerarsi chiusa.

- **Verifica di follow-up del 25 maggio 2026 - UOC Integrazione Socio-Sanitaria - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 357900/2026 del 10/07/2026**

Perimetro ed evidenze. Nei processi ADI, Cure Palliative e RSA risultano interventi di più soggetti, controlli distrettuali, validazioni, verifiche informatiche, visti di concordanza e controlli propedeutici alla liquidazione. La Struttura ha tuttavia rappresentato la perdita di tre unità amministrative rispetto al 2025, con conseguente rischio di concentrazione tra attività istruttoria e predisposizione degli atti. I campioni documentano l'esistenza di controlli compensativi, ma non sempre rendono immediatamente distinguibili il soggetto che istruisce, quello che controlla, quello che valida e quello che assume la responsabilità finale. Il ricorso a database, checklist e quadrature extracontabili accresce inoltre la dipendenza dalle singole risorse.

Esito e azione correttiva. La componente I6 è stata valutata parzialmente positiva. Entro il 31/12/2026 deve essere predisposta una matrice sintetica dei controlli compensativi applicati ai processi ADI, Cure Palliative e RSA, con indicazione dei soggetti responsabili delle diverse fasi.

Stato al 30 giugno 2026 e rischio residuo. L'Azione risulta parzialmente superata e in corso. Il rischio residuo riguarda la concentrazione operativa di funzioni e la non uniforme tracciabilità dei controlli compensativi. Rispetto alla criticità assessoriale I6, le evidenze dimostrano che il presidio non è assente, ma la sua piena stabilizzazione resta subordinata alla formalizzazione della matrice e alla successiva verifica della sua concreta applicazione.

5.1.3. Verifiche di follow-up con esito "negativo"

Nella presente sottosezione sono rappresentate le risultanze che, allo stato della documentazione acquisita e delle attività svolte alla data di riferimento, non hanno consentito di attestare la piena attuazione dei presidi sottoposti a verifica. **La relativa classificazione esprime una valutazione circoscritta alle evidenze disponibili e non costituisce un giudizio definitivo sull'intera Struttura o sull'Area PAC interessata. Le risultanze saranno oggetto di successivo monitoraggio e potranno essere rivalutate alla luce dell'ulteriore documentazione acquisita, delle misure correttive adottate e degli esiti dei successivi follow-up.** Il valore del rilievo e il livello di adeguatezza dei sistemi di controllo sono riportati esclusivamente quando formalmente espressi negli atti di audit.

AREA GENERALE

Obiettivo A3 - "Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione A3.4 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è ricondotta alla A3.3, caratterizzata da probabilità 2, impatto 3, valore 6 e rischio "medio". La matrice dei controlli considera la mappatura degli applicativi, la gestione delle credenziali e delle abilitazioni, le integrazioni tra sistemi, la tracciabilità delle operazioni, la gestione delle anomalie e dei blocchi applicativi, i backup, la continuità operativa e il disaster recovery.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 14 aprile 2026 - UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane e UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 361212/2026 del 13/07/2026**

Inquadramento e perimetro della verifica. L'intervento era stato esteso ai presidi informatici applicati all'intero ciclo del personale. Nonostante la richiesta iniziale, il successivo sollecito e le ulteriori interlocuzioni istruttorie, per le due UOC non è stata acquisita documentazione idonea a verificare la mappatura degli applicativi, le integrazioni con il sistema contabile, le profilazioni, i blocchi operativi e la tracciabilità dei controlli.

Esito della verifica. Il Rapporto ha formalizzato un esito "negativo"/non conforme, sotto il profilo della dimostrabilità e verificabilità dei presidi A3. La valutazione non attesta l'inesistenza sostanziale dei controlli, ma consegue all'impossibilità di comprovarne l'effettiva applicazione mediante evidenze documentali.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data di riferimento l'Azione deve considerarsi aperta per entrambe le Strutture. Il Rapporto prevede uno specifico intervento di follow-up nel secondo semestre 2026, nel quale sarà svolta la verifica sostanziale dei segmenti non esaminati. L'esito sarà rivalutato sulla base della documentazione che sarà acquisita e delle verifiche concretamente eseguite. Il giudizio resta circoscritto alle due UOC e **non viene esteso automaticamente all'intero Dipartimento o all'Area A.**

AREA DEBITI E COSTI

Obiettivo I5 - "Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I5.8 è raccordata alle I5.1 e I5.5, entrambe caratterizzate da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera l'instaurazione del rapporto, la registrazione anagrafica e giuridica, l'elaborazione economica, il controllo delle componenti stipendiali, la trasmissione dei flussi, i provvedimenti di liquidazione, la registrazione in AREAS e la riconciliazione con la Contabilità generale.

- **Verifica documentale di follow-up avviata il 14 aprile 2026 - UOC Stato giuridico, programmazione e acquisizione risorse umane e UOC Trattamento economico e previdenziale delle risorse umane aziendali - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 361212/2026 del 13/07/2026**

Inquadramento e perimetro della verifica. La verifica era finalizzata ad accertare l'applicazione dei controlli sul trattamento giuridico ed economico del personale dipendente, sulla formazione degli elementi stipendiali, sui flussi informativi e sul raccordo con la rilevazione contabile. La mancata produzione delle evidenze richieste non ha consentito di eseguire la verifica di merito sui processi attribuiti alle due UOC.

Esito della verifica. Il Rapporto ha attribuito esito "negativo", rilievo "grave" e livello di adeguatezza "inadeguato" con riferimento alla dimostrabilità e verificabilità dei presidi I5. L'esito deriva dalla mancata produzione documentale e non costituisce un accertamento dell'assenza sostanziale dei controlli presso le Strutture.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. L'Azione resta aperta. Nel secondo semestre sarà svolto uno specifico follow-up diretto a verificare i processi non esaminati e ad acquisire le evidenze relative ai controlli giuridici, economici, stipendiali e contabili. L'esito negativo potrà essere rimodulato qualora la successiva verifica dimostri l'effettiva applicazione dei presidi richiesti.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda l'impossibilità di seguire documentalmente il percorso dalla formazione del dato giuridico ed economico alla sua elaborazione stipendiale e contabilizzazione. Il giudizio resta circoscritto ai segmenti non documentati e non incide sull'esito parzialmente positivo attribuito alla UOC che gestisce il personale convenzionato.

5.2. VERIFICHE ORDINARIE

5.2.1. Verifiche ordinarie con esito "positivo"

Nella presente sottosezione sono riportate le risultanze alle quali i Rapporti relativi alle verifiche ordinarie hanno attribuito espressamente esito positivo. Qualora il medesimo intervento abbia interessato più Azioni PAC o restituito esiti differenziati, ciascuna componente è rappresentata nel paragrafo corrispondente, senza che il richiamo del medesimo Rapporto costituisca duplicazione dell'attività svolta.

Per ciascuna verifica sono rappresentati il perimetro esaminato, le evidenze acquisite, l'esito formalizzato, le eventuali misure di consolidamento, lo stato al 30 giugno 2026 e il rischio residuo. Le misure previste nei Rapporti con esito positivo non modificano il giudizio espresso, ma sono **dirette a rendere il presidio più uniforme, stabile o immediatamente verificabile**.

AREA IMMOBILIZZAZIONI

Obiettivo D3 - "Proteggere e salvaguardare i beni"

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D3.4 è caratterizzata da probabilità 2, impatto 4, valore 8 e livello di rischio "medio". La matrice dei controlli considera la segnalazione del danno, il sopralluogo, la denuncia, l'apertura della pratica, il raccordo con il broker, l'eventuale incarico peritale e la definizione del sinistro.

- **Verifica documentale ordinaria avviata il 31 marzo 2026 - UOC Gestione del Patrimonio - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 208872 del 21/04/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento è stato svolto in modalità documentale, sulla base del riscontro scritto della UOC Gestione del Patrimonio e della documentazione allegata. La verifica ha riguardato la permanenza e l'attualità della copertura assicurativa relativa al patrimonio mobiliare e immobiliare, la continuità del servizio di brokeraggio e l'operatività delle regole aziendali per la denuncia e la gestione dei sinistri.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il riscontro prot. n. 189651/2026 della UOC Gestione del Patrimonio, la documentazione relativa alla proroga tecnica del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo con Consulbrokers S.p.A., la procedura di denuncia e gestione dei sinistri, il capitolato della polizza "All Risks Property", le interlocuzioni con il broker sul perimetro delle coperture e la deliberazione n. 950 del 7 luglio 2025, relativa all'adesione alla procedura regionale per l'affidamento dei servizi assicurativi.

La documentazione ha confermato l'esistenza di un presidio organizzativo e documentale attivo. La UOC Gestione del Patrimonio risulta coinvolta nella ricezione delle informazioni relative alle coperture, nella diffusione alle macrostrutture delle istruzioni per la gestione dei sinistri e nel raccordo con il soggetto incaricato del brokeraggio, pur non essendo titolare della procedura di garanzia della definizione economico-assicurativa delle polizze.

È stata inoltre esaminata la corrispondenza relativa al perimetro della nuova copertura regionale, comprendente l'attenzione posta dalla Struttura sulla mancata copertura del rischio incendio degli alberi e sulle condizioni riferite alla sezione "furto". Tali interlocuzioni documentano l'effettivo esercizio del presidio tecnico e la non passiva ricezione delle condizioni assicurative.

Esito. Il Rapporto non ha formulato rilievi, ha attribuito alla verifica esito "positivo" e ha valutato "adeguato" il livello dei sistemi di controllo interni. È risultata comprovata, nel perimetro di competenza della UOC, la presenza della copertura assicurativa, del servizio di brokeraggio e di istruzioni operative per la gestione dei sinistri.

Azioni di consolidamento e termini. Pur in assenza di rilievi, il Rapporto ha previsto due misure dirette a rendere più stabile e immediatamente verificabile il presidio:

- entro 90 giorni dalla data della trasmissione, la predisposizione, con la UOC Approvvigionamenti e il soggetto incaricato del brokeraggio, di un prospetto periodico relativo alle principali coperture patrimoniali, ai rischi coperti, ai capitali o valori di riferimento, alle esclusioni e alle interlocuzioni svolte sulla congruità della copertura;
- entro 60 giorni, dalla definizione degli assetti contrattuali o di eventuali proroghe, l'aggiornamento del fascicolo relativo alla continuità del servizio di brokeraggio e alle connesse istruzioni operative.

Stato al 30 giugno 2026 e monitoraggio. Alla data del 30/06/2026 la D3.4 può considerarsi superata nel perimetro documentale e organizzativo di competenza della UOC Gestione del Patrimonio. Le misure indicate hanno natura di rafforzamento del presidio e risultavano ancora assoggettate ai termini previsti dal Rapporto. Il successivo monitoraggio dovrà verificare la predisposizione del prospetto periodico e l'aggiornamento del fascicolo contrattuale.

Rischio residuo. Il rischio residuo è limitato alla possibilità che l'evoluzione dei valori patrimoniali, delle condizioni di copertura o delle esclusioni non trovi immediato riscontro nel fascicolo assicurativo. Il raccordo già operativo con il broker e la documentazione esaminata attenuano tale esposizione; il prospetto periodico e l'aggiornamento del fascicolo ne renderanno più stabile e tempestiva la gestione.

- **Verifica documentale ordinaria avviata il 31 marzo 2026 - UOC Progettazione e Manutenzione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 209462/2026 del 21/04/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento ha riguardato congiuntamente il ruolo tecnico della UOC nella gestione dei sinistri e il sistema manutentivo aziendale. La presente analisi è riferita esclusivamente alla D3.4; la componente D3.5 è trattata nel paragrafo successivo.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La UOC ha documentato l'esecuzione di sopralluoghi, rilievi tecnici, eventuali attività di messa in sicurezza, relazioni di stima, documentazione fotografica e raccordo operativo con il broker. Sono stati inoltre esaminati la relazione annuale sull'andamento della polizza "All Risks" e i fascicoli relativi ai sinistri verificatisi presso il P.O. Villa delle Ginestre e la Sala Gessi della UOC Ortopedia del P.O. Ingrassia.

Le evidenze hanno consentito di ricostruire il percorso dalla segnalazione del danno alla denuncia, dall'apertura della pratica all'individuazione del perito e alla successiva definizione della posizione. Nei casi esaminati, la mancata prosecuzione della richiesta di indennizzo è risultata motivata dall'assorbimento del danno nella franchigia contrattuale.

Esito. Il Rapporto non ha formulato rilievi, ha attribuito alla D3.4 esito "positivo" e ha valutato "soddisfacente" il livello dei controlli interni. È risultato operativo il ruolo tecnico della UOC nella gestione dei sinistri e nel raccordo con il broker.

Azioni di consolidamento e termini. Non sono state prescritte azioni correttive o di miglioramento e non è stato assegnato alcun termine.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 la D3.4 può considerarsi superata nel perimetro di competenza della UOC e nei fascicoli esaminati.

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

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione D3.5 è caratterizzata da probabilità 2, impatto 4, valore 8 e livello di rischio "medio". La matrice dei controlli considera la programmazione degli interventi manutentivi, la loro attivazione ed esecuzione, le verifiche del Direttore dei lavori o del DEC e la conservazione delle relative evidenze.

- **Verifica documentale ordinaria avviata il 31 marzo 2026 - UOC Progettazione e Manutenzione - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 209462/2026 del 21/04/2026**

Inquadramento della verifica. La presente analisi riguarda la componente D3.5 del medesimo intervento, riferita alla programmazione, all'attivazione e alla verifica degli interventi diretti alla conservazione di immobili, impianti, attrezzature e apparecchiature elettromedicali.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. La Struttura ha documentato un sistema manutentivo fondato su quattro Accordi Quadro relativi agli immobili, sul servizio integrato di gestione energetica affidato a SEI Energia S.c.a.r.l. e sul contratto di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali affidato a Polygon S.p.A. Per queste ultime è stato riscontrato l'utilizzo

del sistema "Conswin" per la programmazione delle manutenzioni ordinarie, con verbali sottoscritti dal consegnatario e relazioni trimestrali sottoposte alla verifica del DEC.

Esito. Il Rapporto non ha formulato rilievi, ha attribuito alla D3.5 esito "positivo" e ha valutato "soddisfacente" il livello dei controlli interni. Il sistema manutentivo è risultato strutturato su base contrattuale e supportato da strumenti di programmazione, attivazione e verifica degli interventi.

Azioni di consolidamento e termini. Non sono state prescritte azioni correttive o di miglioramento e non è stato assegnato alcun termine.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 la D3.5 può considerarsi superata nel perimetro di competenza della UOC e nelle evidenze esaminate.

Rischio residuo. Il profilo residuo riguarda la continuità dell'aggiornamento delle evidenze di programmazione, esecuzione e verifica degli interventi. La struttura contrattuale dei servizi, l'utilizzo di Conswin, i verbali e le relazioni periodiche già disponibili attenuano tale esposizione e documentano l'operatività del presidio.

AREA RIMANENZE

Obiettivo E1 - "Dimostrare l'effettiva esistenza fisica delle scorte presso magazzini, reparti/servizi e terzi"

Azione E1.5 - "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione E1.5 è caratterizzata da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera l'individuazione e la tracciabilità dei beni in conto deposito, le conferme dei soggetti detentori, la riconciliazione con i dati aziendali e la corretta rappresentazione delle relative giacenze.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 - Distretto Sanitario n. 41 di Partinico - Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento, previsto dal Piano di Audit 2026, ha interessato diversi processi PAC del Distretto di Partinico. La presente analisi è circoscritta esclusivamente alla E1.5, alla quale il Rapporto ha attribuito espressamente esito positivo.

Perimetro ed evidenze acquisite. Nell'ambito dell'inquiry e della verifica fisica del magazzino economale del Distretto, la Struttura ha rappresentato che nel periodo esaminato non erano presenti conti deposito con fornitori.

Esito. Il Rapporto ha attribuito alla E1.5 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente".

Azioni di consolidamento e termini. Non sono state formulate azioni correttive specificamente riferite alla E1.5. L'esito non si estende alle altre componenti dell'Obiettivo E1, per le quali sono stati rilevati disallineamenti tra giacenze fisiche e risultanze presenti in AREAS.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 la E1.5 può considerarsi superata nel perimetro verificato.

Rischio residuo. Nel periodo e nel magazzino esaminati non sono emersi specifici profili di rischio riconducibili ai conti deposito. Resta ferma l'applicazione delle procedure previste qualora tale fattispecie venga successivamente attivata, con verifica nell'ambito dei controlli periodici.

AREA DEBITI E COSTI

Obiettivo I1 - "Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari, documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura"

Azione I1.3 - "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volto a riscontrare il rispetto della procedura e la sussistenza delle evidenze documentali dei controlli richiesti, con predisposizione dei relativi report"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I1.3 non è autonomamente valorizzata nel Risk Assessment 2026 ed è raccordata alla I1.1, caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera il presupposto sanitario, tecnico o amministrativo, il fabbisogno, la fonte di finanziamento, l'autorizzazione e la capienza, il titolo contrattuale o il procedimento di affidamento, CUP, CIG, ordine, rendicontazione, controllo dell'importo e trasmissione alla Struttura competente per le successive fasi.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 – Distretto Sanitario n. 41 di Partinico – Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. Per la I1.3 è stata esaminata l'attività di controllo svolta dal Distretto sui principali processi sanitari e assistenziali dai quali derivano prestazioni, rimborsi, benefici o importi da trasmettere alle Strutture competenti per la successiva liquidazione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati, tra gli altri, i flussi relativi a MMG e PLS, trasporto degli emodializzati, rimborsi per utilizzo del mezzo proprio, ADI e cure palliative, assistenza protesica e contributi per disabili gravissimi.

Per MMG e PLS sono state acquisite evidenze dei controlli sulle componenti variabili dei cedolini e sulle prestazioni comunicate. Per il trasporto degli emodializzati è risultato operativo il confronto tra prestazioni rendicontate, sedute dialitiche, soggetti erogatori e importi da liquidare. Nei processi ADI e cure palliative sono stati verificati presa in carico, PAI, prestazioni effettivamente rese ed esiti dei monitoraggi. Per l'assistenza protesica sono stati esaminati prescrizione, codici ISO, autorizzazione e documentazione relativa al rilascio dei dispositivi. Nei contributi destinati ai disabili gravissimi il fascicolo campionato ha consentito di collegare Patto di cura, beneficiario, dichiarazioni annuali, sub-autorizzazione AREAS e monitoraggio del budget.

Esito e profili di consolidamento. Il Rapporto ha attribuito alla I1.3 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". I controlli non sono risultati meramente dichiarati, ma supportati da evidenze riferite ai singoli processi esaminati.

Azione di consolidamento e termine. Entro 120 giorni dalla trasmissione, il Rapporto ha richiesto l'adozione di prospetti di riconciliazione per i principali flussi a liquidazione periodica. I prospetti dovranno collegare prestazione o beneficio, documento di supporto, controllo distrettuale, importo liquidabile e trasmissione alla Struttura competente, riportando anche periodo di competenza, eventuali recuperi, scostamenti e soggetto responsabile del controllo.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 la I1.3 può considerarsi superata nei processi e nei campioni esaminati. La misura di standardizzazione documentale risultava ancora in corso, essendo il relativo termine successivo alla chiusura del semestre.

Rischio residuo. Il rischio residuo è circoscritto alla possibilità che, nei procedimenti che coinvolgono più Strutture, l'esito di controlli effettivamente svolti non sia rappresentato secondo modalità uniformi. Le evidenze campionate documentano la concreta operatività del presidio; i prospetti richiesti renderanno più stabile e immediatamente ripercorribile il raccordo tra controllo, importo e successiva liquidazione.

Obiettivo I3 – "Dare evidenza dei controlli effettuati lungo il ciclo ordine-ricezione-fattura-liquidazione-pagamento"

Azione I3.2 – "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e ripercorrere i controlli svolti, con indicazione della data, del responsabile e della tipologia di controllo"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I3.2 è caratterizzata da probabilità 4, impatto 4, valore 16 e livello di rischio "alto". La matrice dei controlli considera il collegamento tra prestazione o beneficio, documento di supporto, controllo effettuato, data e soggetto responsabile, validazione dell'importo, eventuale effetto economico e trasmissione alla Struttura competente per la liquidazione.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 – Distretto Sanitario n. 41 di Partinico – Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. Per la I3.2 l'analisi ha riguardato la possibilità di ricostruire, nei processi distrettuali campionati, il collegamento tra prestazione o beneficio, evidenza documentale, controllo esercitato dalla Struttura, importo riconosciuto e successiva fase di liquidazione.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Nei flussi relativi al trasporto degli emodializzati sono risultati disponibili provvedimenti di liquidazione, movimenti di carico e report riepilogativi delle prestazioni. Per ADI e cure palliative è stato possibile raccordare presa in carico, PAI, prestazioni e controlli di aderenza. Per MMG e PLS sono state esaminate le comunicazioni periodiche e le verifiche sulle componenti economiche. Nei contributi per disabili gravissimi sono risultati ricostruibili il budget assegnato, i beneficiari, le sub-autorizzazioni e le liquidazioni mensili.

Esito e profili di miglioramento. Il Rapporto ha formalmente attribuito alla I3.2 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Le evidenze hanno dimostrato l'esistenza di controlli sostanziali prima della trasmissione degli importi alle Strutture competenti.

Azione di consolidamento e termine. Entro 120 giorni dalla trasmissione del Rapporto è prevista la standardizzazione dei prospetti di riconciliazione. Per la I3.2 tali prospetti dovranno rendere immediatamente riconoscibili il documento esaminato, il controllo effettuato, il soggetto responsabile, l'esito e l'effetto economico.

Stato al 30 giugno 2026. L'Azione risulta superata nei processi campionati, mentre resta in corso la standardizzazione della rappresentazione dei controlli.

Rischio residuo. Il rischio residuo è limitato alla possibilità che verifiche sostanzialmente effettuate non risultino documentate con la medesima uniformità e immediatezza. La tracciabilità già riscontrata nei campioni costituisce un elemento favorevole; i prospetti previsti renderanno stabile e replicabile la rappresentazione del controllo.

Obiettivo I6 - "Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti e dei correlati costi"

Azione I6.1 - "Predisposizione di una procedura che garantisca la separazione dei soggetti aziendali coinvolti nelle diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I6.1 è caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la separazione delle responsabilità tra rilevazione del fabbisogno, autorizzazione, affidamento, emissione dell'ordine, verifica della prestazione, validazione dell'importo, liquidazione, contabilizzazione e pagamento, anche nei procedimenti che coinvolgono Strutture distrettuali e articolazioni centrali.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 - Distretto Sanitario n. 41 di Partinico - Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. Per la I6.1 è stata esaminata la distribuzione delle responsabilità tra il Distretto e le Strutture centrali o di supporto che intervengono nella programmazione, nell'acquisizione, nella liquidazione e nella contabilizzazione dei beni, dei servizi e delle prestazioni.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il Distretto interviene prevalentemente nella rilevazione del fabbisogno, nella presa in carico dell'assistito, nel controllo della prestazione e nella validazione della spettanza. Le fasi di affidamento, ordine, liquidazione e contabilizzazione risultano affidate, secondo la natura del procedimento, alla UOC Approvvigionamenti, alla UOC Progettazione e Manutenzione, alla UOC Bilancio e Programmazione, al Coordinamento Amministrativo Area 1 o alle ulteriori Strutture competenti.

Nei flussi campionati è risultata pertanto riconoscibile una distribuzione sostanziale delle funzioni. Il presidio dipende, tuttavia, dalla completezza del raccordo documentale tra la fase distrettuale e quella accentrata.

Esito. Il Rapporto ha attribuito alla I6.1 esito "positivo" e livello di adeguatezza "soddisfacente". Nei flussi campionati è risultata riconoscibile una distribuzione sostanziale delle funzioni tra il Distretto e le Strutture centrali o di supporto.

Azione di consolidamento e termine. La misura comune da attuare entro 120 giorni è diretta a rendere riconoscibili, nei prospetti di riconciliazione, i soggetti intervenuti nelle attività di controllo e validazione.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 l'Azione può considerarsi superata nel perimetro esaminato. Il termine previsto per la misura di consolidamento non era ancora scaduto.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che, nei procedimenti interfunzionali, non sia immediatamente individuabile il soggetto che ha istruito, controllato, validato e trasmesso la posizione. La distribuzione sostanziale delle responsabilità già riscontrata attenua tale esposizione; i prospetti standardizzati ne renderanno più stabile la dimostrabilità.

5.2.2. Verifiche ordinarie con esito "con riserva/parzialmente positivo"

Nella presente sottosezione sono rappresentate esclusivamente le componenti dell'audit ordinario svolto presso il Distretto Sanitario n. 41 di Partinico alle quali il Rapporto ha attribuito esito "parzialmente positivo". Il richiamo del medesimo intervento anche nella precedente sottosezione non costituisce duplicazione, ma discende dalla classificazione differenziata delle singole Azioni PAC.

AREA RIMANENZE

Obiettivo E1 - "Dimostrare l'effettiva esistenza fisica delle scorte presso magazzini, reparti/servizi e terzi"

Azione E1.1 - procedure per l'esecuzione di inventari fisici periodici, con individuazione di tempi, modalità, ruoli e responsabilità;

Azione E1.3 - controlli sui riepiloghi inventariali, sulle differenze e sulla riconciliazione tra giacenze fisiche e contabili;

Azione E1.4 - adeguamento del dato contabile alle risultanze dell'inventario;

Azione E1.8 - individuazione dell'unità responsabile e dei controlli necessari al raggiungimento dell'Obiettivo.

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Le Azioni E1.1, E1.3, E1.4 ed E1.8 sono caratterizzate da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". La matrice dei controlli considera la programmazione e l'esecuzione delle conte, l'individuazione dei responsabili, il confronto tra giacenze fisiche e risultanze AREAS, l'analisi delle differenze, il recepimento delle rettifiche e la tracciabilità dei controlli sul processo.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 - Distretto Sanitario n. 41 di Partinico - Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. L'attività ha riguardato il magazzino economale del Distretto, codice MTD041DB81, e si è articolata in inquiry, esame delle evidenze inventariali, estrazione delle giacenze registrate in AREAS e conta fisica di un campione di referenze.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il prospetto "esistente in magazzino al 26/03/2026" esponeva un valore complessivo delle giacenze pari a euro 44.655,21. La verifica fisica ha confermato l'effettiva presenza del magazzino e dei beni, ma ha rilevato differenze su alcune referenze. Nel campione esaminato sono emersi limitati disallineamenti tra le quantità registrate in AREAS e le consistenze fisicamente rilevate, riferiti a poche unità e a beni di modesto valore economico. Per una delle referenze verificate è stata invece riscontrata piena corrispondenza tra dato informatico e giacenza fisica.

La Struttura ha ricondotto gli scostamenti alla non contestualità tra movimentazione fisica e registrazione informatica, rappresentando che gli scarichi possono essere effettuati successivamente e anche in forma cumulativa. È stata comunque documentata la presenza di una distinzione tra il soggetto incaricato della conta, il soggetto preposto al riscontro delle differenze e il Direttore del Distretto, competente ad autorizzare le eventuali rettifiche.

Esito. Il Rapporto ha attribuito alle Azioni esito "parzialmente positivo" e livello dei controlli "da migliorare". Il presidio non è risultato assente in quanto la Struttura ha esibito le giacenze, consentito la conta e successivamente attivato interlocuzioni per la riconciliazione. La riserva riguarda la tempestività degli scarichi e la formalizzazione periodica delle differenze.

Azione correttiva e termine. Entro 60 giorni dalla trasmissione del Rapporto deve essere predisposto il primo prospetto di riconciliazione tra giacenza fisica e risultanza AREAS, con indicazione delle referenze, quantità a sistema, quantità rilevata, differenza, causa, soggetto verificatore, soggetto validatore e data di riallineamento. Il controllo dovrà poi essere effettuato almeno trimestralmente, in raccordo con la UOC Approvvigionamenti e con il Magazzino Centrale.

Stato al 30 giugno 2026. Alla chiusura del semestre il termine di 60 giorni risultava ancora in corso. Con nota prot. n. 290486/2026 del 04/06/2026, il Coordinamento Amministrativo Area 1 ha preso atto delle risultanze dell'audit e ha richiesto al Distretto la predisposizione di un piano operativo, confermando il raccordo con le Strutture aziendali coinvolte. Le Azioni risultano pertanto parzialmente superate e in corso di consolidamento.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la possibilità che registrazioni non contestuali determinino temporanei disallineamenti tra la consistenza fisica e la giacenza rappresentata in AREAS. La conta effettuata, l'avvio della riconciliazione e la presa in carico da parte del Coordinamento attenuano tale esposizione; il primo prospetto e la successiva applicazione trimestrale consentiranno di stabilizzare il presidio e rivalutare la criticità dell'Area Rimanenze.

AREA DEBITI E COSTI

Obiettivo I1 - "Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari"

Azione I1.1 - "Predisposizione di una procedura che disciplini tutte le fasi, dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento del bene o della prestazione"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. L'Azione I1.1 è caratterizzata da probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La matrice dei controlli considera la determinazione e validazione dei fabbisogni, l'autorizzazione e la capienza, la formalizzazione della richiesta, l'emissione e l'archiviazione dell'ordine e la separazione tra soggetto richiedente e soggetto autorizzatore.

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 - Distretto Sanitario n. 41 di Partinico - Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato esclusivamente la documentazione della fase di competenza del Distretto nelle richieste di acquisto o di intervento gestite successivamente dalle Strutture aziendali centrali. Il giudizio parzialmente positivo non riguarda pertanto l'intero ciclo aziendale degli approvvigionamenti.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Il Distretto ha documentato la raccolta dei fabbisogni per il triennio 2026-2028 e ha prodotto pratiche relative, tra l'altro, all'approvvigionamento idrico del Poliambulatorio di via Mancuso e all'acquisto di lettori CD destinati alla UOC Ortopedia-Traumatologia del P.O. Civico di Partinico.

Nel primo caso la documentazione ha dato evidenza dell'esigenza operativa e della corretta canalizzazione della richiesta verso il Coordinamento Area 1 e la UOC Progettazione e Manutenzione. Nel secondo caso è risultata motivata la richiesta del bene e documentato il ricorso alla UOC Approvvigionamenti, resosi necessario per la temporanea indisponibilità degli strumenti operativi della cassa economale.

Il Rapporto ha rilevato che la fase di emersione e rappresentazione del fabbisogno è presidiata, mentre non sempre il fascicolo consente di seguire in modo unitario la presa in carico, lo sviluppo istruttorio, l'eventuale affidamento, la consegna e la chiusura del procedimento.

Esito. La I1.1 è stata valutata parzialmente positiva limitatamente ai profili di tracciabilità del fascicolo minimo per le richieste gestite tramite altre Strutture. La fase di emersione e rappresentazione del fabbisogno è risultata presidiata e le richieste campionate sono risultate motivate e correttamente canalizzate.

Azione correttiva e termine. Entro 90 giorni dalla trasmissione del Rapporto deve essere predisposto, anche in formato digitale, un fascicolo contenente fabbisogno, motivazione, eventuale urgenza, Struttura destinataria, presa in carico, esito istruttorio, titolo di acquisto o intervento, documento commerciale o DDT, consegna o utilizzo del bene e chiusura del procedimento.

Stato al 30 giugno 2026. Alla chiusura del semestre il termine risultava ancora in corso. La nota prot. n. 290486/2026 del Coordinamento Amministrativo Area 1 ha espressamente richiamato la necessità di adottare il fascicolo minimo e di rendere ricostruibili le richieste con competenza condivisa.

Rischio residuo. Il rischio residuo è circoscritto alla possibilità che una richiesta motivata e correttamente indirizzata non sia immediatamente ricostruibile fino alla conclusione del procedimento. Il fascicolo minimo completerà la tracciabilità interfunzionale già riscontrata nella fase di competenza del Distretto.

AREA DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Obiettivo G1 - "Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa economale e delle casse prestazioni e nei rapporti con l'Istituto Tesoriere"

Azione G1.2 - "Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economali e delle Casse Prestazioni"

Azione G1.4 - "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo necessarie a garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Le Azioni G1.2 e G1.4 sono entrambe caratterizzate da probabilità 3, impatto 4, valore 12 e rischio "alto". Per le casse economali la matrice considera autorizzazione, movimento di cassa, giustificativo, registrazione, rendicontazione e conto giudiziale. Per le casse prestazioni considera il raccordo tra prestazione, incasso, canale di pagamento, quadratura, versamento e gestione delle eventuali posizioni da recuperare.

Relazione Internal Audit al 30-06-2026

- **Verifica ordinaria del 26 marzo 2026 – Distretto Sanitario n. 41 di Partinico – Rapporto trasmesso con prot. n. 278026/2026 del 27/05/2026**

Inquadramento della verifica. La verifica ha riguardato distintamente la cassa economale e le casse ticket/CUP del Distretto, comprendendo registrazioni, rendicontazioni, quadrature, utilizzo del POS, versamenti mediante servizio di trasporto valori e recupero dei ticket non pagati.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Per la cassa economale sono stati esaminati il fondo assegnato, il giornale di cassa 2025, i giustificativi, la rendicontazione trimestrale e i conti giudiziali. Le spese campionate sono risultate di importo contenuto, motivate e supportate da documenti fiscali. È stata tuttavia riscontrata una criticità temporanea derivante dall'indisponibilità, per la nuova cassiera, delle carte e delle credenziali AREAS necessarie alla piena operatività.

Per la cassa ticket è stato esaminato il prospetto relativo al periodo dal 2 al 26 febbraio 2026, che espone euro 755,40 nella componente Ticket/Cassa ed euro 1.934,29 tramite POS, per complessivi euro 2.689,69. Il dato documenta la prevalenza dei pagamenti elettronici e rende necessario che la riconciliazione non sia limitata alla sola cassa fisica.

Sono stati inoltre esaminati le quadrature giornaliere, i versamenti settimanali tramite Sicurtransport e un fascicolo relativo al recupero di un ticket di Pronto Soccorso "Codice Bianco", successivamente regolarizzato. Non risultava, tuttavia, disponibile un prospetto unitario capace di raccordare agenda CUP, prestazioni effettivamente rese, esenzioni, annullamenti, incassi per canale, versamenti e posizioni di recupero.

Esito. Il Rapporto ha attribuito alle G1.2 e G1.4 esito "parzialmente positivo" e livello dei controlli "da migliorare". La valutazione riconosce la presenza di registri, rendicontazioni, controlli giornalieri, supervisione e versamenti tracciati; la riserva riguarda il completamento delle abilitazioni della cassa economale e la rappresentazione unitaria delle riconciliazioni della cassa ticket/CUP.

Azioni correttive e termini. Sono state previste le seguenti misure:

- entro 60 giorni dalla trasmissione del Rapporto, completamento dell'abilitazione della cassa economale mediante disponibilità delle carte, delle credenziali AREAS e degli accessi necessari;
- entro 90 giorni, predisposizione del primo prospetto di riconciliazione della cassa ticket/CUP, con distinzione tra contante, POS e ulteriori canali di pagamento e con evidenza di prestazioni rese, esenzioni, annullamenti, mancati pagamenti e versamenti;
- formalizzazione dei controlli compensativi applicati alla cassa ticket, con indicazione dell'addetto, del supervisore, delle modalità di quadratura e della gestione delle anomalie.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 i termini risultavano ancora in corso. Il Coordinamento Amministrativo Area 1, con nota prot. n. 290486/2026, ha formalmente preso in carico le indicazioni e richiesto al Distretto un piano operativo di attuazione.

Rischio residuo. Per la cassa economale il rischio residuo è limitato alla continuità operativa della funzione fino al completamento delle abilitazioni. Per la cassa ticket riguarda la possibilità che le quadrature tra prestazioni, incassi e versamenti non siano immediatamente rappresentate in un unico prospetto. I registri, i controlli giornalieri, i versamenti tracciati, il recupero della posizione campionata e la presa in carico delle misure attenuano tali profili; gli interventi previsti ne consentiranno la stabilizzazione.

5.3. VERIFICA STRAORDINARIA CON ESITO "CON RISERVA/PARZIALMENTE POSITIVO"

Nel semestre è stata effettuata una sola verifica straordinaria. L'intervento è stato attivato a seguito della trasmissione spontanea, da parte del Distretto Sanitario n. 36 di Misilmeri, della documentazione relativa alla conta fisica del magazzino economale e non costituiva una verifica preventivamente programmata nel Piano di Audit 2026.

AREA RIMANENZE

Obiettivo E1 – "Dimostrare l'effettiva esistenza fisica delle scorte"

Obiettivo E2 – "Individuare i movimenti in entrata e in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte"

Azione E2.4: implementazione di un sistema di verifica che consenta di effettuare il cut-off contabile;

Azione E2.5: implementazione di sistemi integrati che consentano di effettuare il cut-off fisico.

Obiettivo E4 – "Definire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte al 31 dicembre di ogni anno"

Obiettivo E7 - "Gestire i magazzini garantendo separazione delle funzioni, tracciabilità dei movimenti e riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in Contabilità generale"

Raccordo con il Risk Assessment 2026 e con la matrice dei controlli. Il Rapporto richiama l'Obiettivo E1 in termini unitari. Le evidenze esaminate interessano i presidi E1.1, E1.3 ed E1.4, caratterizzati da valore 12 e rischio "alto", senza che ciò determini l'attribuzione di esiti distinti non formulati nel Rapporto. La E2.4 presenta probabilità 4, impatto 5, valore 20 e rischio "elevato". La E2.5 non è autonomamente valorizzata ed è raccordata alla E2.4 in ragione della complementarità tra cut-off contabile e cut-off fisico. Le componenti E4.1, E4.2 ed E4.3 e la E7.1 sono caratterizzate da valore 12 e rischio "alto". La matrice è stata applicata ricostruendo il percorso tra conta fisica, rilevazione delle differenze, autorizzazione e registrazione delle rettifiche, giacenza finale e conservazione delle evidenze.

- **Verifica straordinaria documentale del 16 aprile 2026 - Distretto di Misilmeri - Rapporto trasmesso con nota prot. n. 202131/2026 del 16/04/2026**

Inquadramento della verifica. L'intervento è stato svolto a seguito della nota prot. n. 12194/2026 del 09/01/2026, con la quale il Distretto ha trasmesso il verbale della conta fisica effettuata il 19/12/2025 presso il magazzino economale MTD036DD81, i tabulati delle giacenze e i successivi movimenti correttivi. La Funzione Internal Audit ha pertanto proceduto a un'analisi documentale ex post, finalizzata a verificare la coerenza del percorso inventario-rilievo fisico-rettifica-giacenza finale.

Perimetro della verifica ed evidenze acquisite. Sono stati esaminati il verbale della conta fisica, l'allegato inventariale, i tabulati delle giacenze al 19 e al 31 dicembre 2025 e i movimenti di scarico n. 612 e n. 613 del 22 dicembre 2025.

Il verbale ha dato evidenza di tre criticità pregresse riferite al 2023: l'assenza di un verbale di chiusura o di conta fisica; la presenza di 16 movimenti di scarico per trasferimento non seguiti dai corrispondenti movimenti di carico; la permanenza di movimenti pendenti in AREAS. Il Rapporto ha espressamente precisato che tali anomalie pregresse **non risultano imputabili all'attuale gestione del Distretto, che ha invece dimostrato attenzione al percorso di certificabilità mediante l'autonoma attivazione della ricognizione inventariale.**

La conta del 19/12/2025 ha rilevato differenze negative su sei prodotti e la presenza di dieci tipologie di beni obsoleti, non utilizzati o da dismettere. Il movimento n. 612 ha recepito le differenze inventariali negative per un valore complessivo di euro 55,99; il movimento n. 613 ha recepito i beni da eliminare per un valore complessivo di euro 1.477,30. Per tali componenti è risultata ricostruibile la corrispondenza tra rilievo fisico, formalizzazione della differenza e registrazione correttiva in AREAS.

Il tabulato al 31/12/2025 ha confermato l'allineamento delle quantità oggetto di rettifica e la rimozione dei beni indicati come obsoleti. Sono tuttavia rimasti presenti i dispositivi Dexcom G6 sensore e trasmettitore e la voce *"sopravvenienze passive acquisto beni e servizi"*, ritenuti non coerenti con la natura del magazzino economale. La rettifica quantitativa non ha quindi risolto integralmente il profilo relativo alla corretta classificazione delle giacenze.

Esito e valutazione dei controlli. Il Rapporto ha attribuito alla verifica un rilievo "moderato", esito "parzialmente positivo" e livello dei controlli "soddisfacente". In termini favorevoli sono stati valorizzati l'effettuazione della conta fisica, la verbalizzazione delle anomalie e la tempestiva registrazione delle rettifiche. Il giudizio con riserva deriva dalla qualità storica del dato di magazzino, dalla presenza protratta di materiali obsoleti e dalla mancata completa perimetrazione merceologica del deposito.

Azioni correttive e termini. Il Rapporto ha previsto:

1. entro il 31/12/2026, ricostruzione formalizzata delle anomalie del 2023, con evidenza della sistemazione dei 16 movimenti o della motivata definizione amministrativo-contabile delle relative partite;
2. entro il 31/12/2026, verifica straordinaria sulla corretta classificazione dei beni, con rimozione o ricollocazione delle giacenze non coerenti ed eliminazione delle voci impropriamente trattate come beni fisici;
3. entro la fine del primo semestre 2026, introduzione di un monitoraggio periodico formalizzato delle giacenze obsolete o a basso o nullo utilizzo;

Area, Azioni PAC e criticità regionale	Stato al 30 giugno 2026 e azioni ancora aperte	Incidenza sul mantenimento del requisito di certificabilità
Area F – Crediti e Ricavi Crediti, ricavi, fatture ALPI, esigibilità e accantonamenti. Azioni F1, F4, F5 e F6.	Non sottoposta a verifica nel semestre. Nel primo semestre 2026 non sono state svolte verifiche specificamente riferite alle criticità regionali dell'Area. Le attività dovranno essere sviluppate nel secondo semestre secondo il Piano di Audit 2026.	
Area G – Disponibilità liquide Casse economiche, casse prestazioni, quadrature e assetto delle responsabilità. Azioni G1.4 e G2.2.	Parzialmente superata. I controlli sulle casse e sui versamenti risultano operativi nel perimetro verificato. Restano da completare alcune abilitazioni e la predisposizione di un prospetto unitario di riconciliazione. La componente G2.2 non è stata sottoposta ad autonoma verifica nel semestre.	Non emergono profili tali da incidere sul mantenimento del requisito. Il completamento delle misure previste renderà più uniforme e immediatamente verificabile la rappresentazione dei controlli.
Area H – Patrimonio Netto Cespiti finanziati, contributi in conto capitale, ammortamenti, sterilizzazioni, donazioni e fascicoli di finanziamento. Azioni H1.2-H1.3, H2.2-H2.4, H3.4 e H4.3.	Parzialmente superata. I raccordi tra fonti di finanziamento, cespiti, ammortamenti e sterilizzazioni risultano operativi nei campioni esaminati. Restano da completare la formalizzazione periodica delle riconciliazioni, l'allineamento dei criteri di estrazione e la standardizzazione dei fascicoli e delle evidenze di controllo.	I presidi contabili e patrimoniali riscontrati non evidenziano elementi ostativi al mantenimento del requisito. Le azioni aperte sono dirette a estenderne la dimostrabilità all'intero perimetro.
Area I – Debiti e Costi Ciclo passivo, controlli sulle prestazioni, segregazione delle funzioni, personale e Fondo rischi. Azioni I1, I2, I3, I4, I5, I6 e I7.	Parzialmente superata. Restano da completare la standardizzazione delle checklist e dei fascicoli, la classificazione e la definizione delle eccezioni, la documentazione della segregazione delle funzioni e il monitoraggio delle fatture e delle partite aperte, con particolare riguardo alla formalizzazione degli esiti delle verifiche e delle conseguenti regolarizzazioni. Per l'Azione I5.7 l'esito favorevole resta circoscritto al contenzioso da lavoro. Con riferimento al presidio della UOC Legale, le evidenze acquisite hanno consentito una valutazione positiva nel perimetro esaminato, ferma restando la necessità di riesaminare i criteri utilizzati per la stima e l'appostazione delle somme in bilancio e di estendere la verifica all'intero Fondo rischi nel secondo semestre.	Le evidenze acquisite non consentono, allo stato, di attestare in via definitiva il mantenimento del requisito sull'intero perimetro. La valutazione resta subordinata al completamento dei follow-up, delle azioni correttive e degli approfondimenti sulle componenti a maggiore esposizione. Per i segmenti non compiutamente verificati, la conferma del requisito resta sospesa.

Nel complesso, le verifiche del primo semestre documentano la permanenza dei presidi PAC nel perimetro effettivamente verificato. Per le Aree A e I, tuttavia, gli elementi acquisiti non consentono ancora di confermare il mantenimento del requisito sull'intero perimetro. La qualificazione di "parzialmente superata" resta pertanto subordinata agli esiti dei follow-up, alla chiusura delle azioni correttive e all'acquisizione delle evidenze mancanti. Per i segmenti non compiutamente verificati, la valutazione resta sospesa.

7. Archiviazione della documentazione

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

8. Strutture soggette ad audit per ciascuna Area PAC

Nell'allegato B1 è riportato lo schema delle strutture da sottoporre ad audit e di quelle verificate nel primo semestre 2026, articolato per singola Area PAC.

In attuazione della richiesta formulata dall'Assessorato Regionale della Salute con nota prot. n. 29985 del 23/06/2025, nella colonna relativa alle strutture da auditare sono indicate le Unità operative previste dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 81 del 21/01/2020 che risultano pertinenti

4. per le successive chiusure annuali, completamento del ciclo inventariale mediante verbale, riconciliazione finale e tempestiva sistemazione in AREAS delle differenze.

Stato al 30 giugno 2026. Alla data del 30/06/2026 le prime due azioni risultavano ancora in corso, con scadenza fissata al 31/12/2026. Il termine assegnato per l'introduzione del monitoraggio sulle obsolescenze risultava invece raggiunto; la sua effettiva attuazione dovrà essere verificata mediante l'acquisizione dei relativi report.

Rischio residuo. Il rischio residuo riguarda la completa definizione delle anomalie storiche, la tempestiva individuazione dei beni obsoleti o a basso utilizzo e la corretta classificazione delle voci non coerenti con la natura del magazzino. L'attuale gestione ha rilevato le differenze, formalizzato le rettifiche e preso in carico le misure previste; il completamento delle azioni e il successivo follow-up consentiranno di consolidare il presidio e rivalutare la riserva.

6. Monitoraggio delle criticità regionali e stato al 30 giugno 2026

Criterio di raccordo. La tabella seguente raccorda le criticità richiamate nella scheda regionale riferita all'ASP di Palermo, trasmessa con nota assessoriale prot. n. 31890 del 30/06/2026 (cfr. All. A5) ed acquisita al protocollo aziendale n. 339139 del 01/07/2026, con le verifiche e le evidenze del primo semestre 2026. Gli stati indicati non modificano retroattivamente la valutazione regionale al 31/12/2025 e sono riferiti esclusivamente al perimetro effettivamente esaminato entro il 30/06/2026.

La valutazione dell'incidenza sul mantenimento dei requisiti tiene conto del D.A. n. 217 del 19/02/2026 e di quanto già comunicato al Collegio Sindacale con nota prot. n. 331975 del 26/06/2026. L'esito positivo di singoli campioni non determina l'automatica chiusura della criticità a livello complessivo di Area o di processo.

6.1 Tabella di raccordo tra criticità regionali, verifiche 2026 e mantenimento dei requisiti di certificabilità

La tabella seguente raccorda le criticità indicate nella scheda regionale trasmessa con nota prot. n. 31890 del 30/06/2026 con le risultanze delle attività di Internal Audit riferite al primo semestre 2026. Per ciascuna criticità sono riportati lo stato rilevato alla data del 30 giugno, le eventuali azioni ancora aperte e la relativa incidenza sul mantenimento del requisito di certificabilità. Le evidenze e il dettaglio delle verifiche sono illustrati nei precedenti paragrafi dedicati alle singole Aree e Azioni PAC.

Area, Azioni PAC e criticità regionale	Stato al 30 giugno 2026 e azioni ancora aperte	Incidenza sul mantenimento del requisito di certificabilità
Area A – Generale Integrazione tra applicativi e contabilità, raccordo Co.Ge.–Co.An. e integrazione tra sistema delle risorse umane e contabilità. Azioni A3.1–A3.3 e A4.6–A4.8.	Parzialmente superata. L'operatività del raccordo Co.Ge.–Co.An. risulta documentata esclusivamente per i flussi già integrati. Non è ancora disponibile una ricostruzione complessiva e verificabile delle componenti raccordate, di quelle escluse e degli interventi applicativi ancora necessari. Per i flussi del personale, la documentazione acquisita non consente di attestare la completezza dell'alimentazione analitica.	Il mantenimento del requisito non risulta, allo stato, compromesso nel perimetro documentato, ma non può considerarsi definitivamente confermato per i segmenti da consolidare . Gli approfondimenti e i follow-up programmati dovranno confermare l'estensione, la continuità e la dimostrabilità dei presidi.
Area D – Immobilizzazioni Libro cespiti, inventari periodici, gestione degli investimenti, fonti di finanziamento e capitalizzazione delle manutenzioni. Azioni D1, D2.5, D4.7, D5, D6.4 e D7.	Parzialmente superata. I principali passaggi tecnici, patrimoniali e contabili risultano ricostruibili nei perimetri esaminati. Restano da consolidare il monitoraggio del Piano degli investimenti, la riconciliazione sull'intera popolazione dei cespiti, la classificazione delle immobilizzazioni e il flusso delle evidenze tecniche necessarie alla definitiva capitalizzazione degli interventi.	Le risultanze non evidenziano elementi ostativi al mantenimento del requisito. Le misure ancora aperte sono dirette a rendere più uniforme e tempestiva la rappresentazione del ciclo patrimoniale.
Area E – Rimanenze Movimentazioni, inventari fisici, riconciliazione tra giacenze fisiche e contabili, beni obsoleti e conti deposito. Azioni E1, E2, E3.7, E4 ed E5.	Parzialmente superata. Il presidio inventariale e i controlli sulle giacenze risultano attivi. Restano da completare la standardizzazione della documentazione, la tempestività delle registrazioni, la formalizzazione delle riconciliazioni, la classificazione delle giacenze e il monitoraggio dei beni obsoleti, scaduti o a lento rigiro e dei conti deposito.	Le criticità risultano prese in carico e, allo stato, non determinano il venir meno del requisito. La rilevanza delle scorte richiede tuttavia la prosecuzione del monitoraggio e la verifica dell'attuazione delle misure previste.

rispetto ai processi amministrativo-contabili afferenti a ciascuna Area e potenzialmente incidenti sulla formazione dei dati contabili e di bilancio.

Le posizioni valorizzate trovano riscontro nei Rapporti di audit, nei verbali e nelle ulteriori evidenze documentali acquisite nel semestre. Per i criteri applicati alla determinazione delle posizioni Area PAC-Struttura, alla rappresentazione delle verifiche svolte a livello dipartimentale e alla prevenzione delle duplicazioni si rinvia alla nota metodologica di cui al paragrafo 3.1 della presente Relazione.

Gli esiti riferiti alle singole Azioni PAC e alle Strutture verificate sono riportati nell'allegato B2, secondo le modalità di compilazione stabilite dalla nota regionale prot. n. 29249 del 12/06/2026.

9. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche di Internal Audit, aggiornata al 30/06/2026 (allegato B2).

La presente Relazione è stata istruita dalla Funzione Internal Audit, per il tramite del Referente Aziendale, ed è sottoposta al Coordinatore del Gruppo di lavoro per la supervisione di competenza e al Referente Aziendale PAC, secondo l'assetto definito dalla nota prot. n. 372057/2026 del 20/07/2026.

Allegati

allegato B1	Schema riportante le strutture da auditare/auditare
allegato B2	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 30/06/2026
allegato B3	Elenco Referenti PAC per funzione al 30/06/2026

24 luglio 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. Giuseppe Rinaldi



Il Direttore Amministrativo

Dr. Ignazio Del Campo



Il Direttore Generale
Prof. Alberto Firenze



Il Direttore Sanitario
Dr. Antonino Levita

