



Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Piazzale Giorgio Menghini, 8/9 - 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia - S. Andrea delle Fratte - 06132 PERUGIA
Codice Fiscale e Part.IVA 02101050546 Tel. : 075.5781 - Fax. : 075.5783531 - Sito Internet:
www.ospedale.perugia.it

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

3 DIC. 2018 N° 2344

OGGETTO: Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) – Potenziamento del Sistema Di Controllo Interno e Internal Auditing nell’Azienda ospedaliera di Perugia – Esiti primo anno attività e Aggiornamento procedura Giacenze di Reparto.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione N. 25 del 28/11/18 pari oggetto predisposta dalla competente Articolazione Organizzativa e allegata a questo atto come parte integrante:

ACQUISITI I PARERI FAVOREVOLI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO

DELIBERA

DI FARE INTEGRALMENTE PROPRIA LA MENZIONATA PROPOSTA DI DELIBERA E DI DISPORRE QUINDI COSI’ COME IN ESSA INDICATO

IL DIRETTORE GENERALE (Dr. Emilio Duca) _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dr. Maurizio Valorosi) _____

IL DIRETTORE SANITARIO (Dr. Diamante Pacchiarini) _____

**DIREZIONE
CONTABILITA' E BILANCIO**

PROPOSTA DI DELIBERA N° 25 del 28-11-2018

OGGETTO: Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) – Potenziamento del Sistema Di Controllo Interno e Internal Auditing nell’Azienda ospedaliera di Perugia – Esiti primo anno attività e Aggiornamento procedura Giacenze di Reparto.

PREMESSO:

La legge n. 266 del 23/12/2005 all’art. 1, c.291 (Legge finanziaria 2006) ha introdotto il concetto di certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie, demandando ad apposito decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, la definizione dei criteri e delle modalità di attuazione.

Il successivo D.Lgs n.118/2011, nel perseguire l’obiettivo dell’armonizzazione e della confrontabilità dei bilanci, ha previsto interventi significativi sui sistemi contabili delle aziende sanitarie, degli enti locali e delle Regioni e ha reso obbligatoria la tenuta della contabilità economico patrimoniale per le Regioni e la redazione del bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio Consolidato Sanitario Regionale.

Un primo monitoraggio sul sistema di controllo interno della aziende sanitarie pubbliche è stato avviato con il Patto per la Salute 2010-2012 che ha stabilito che le Regioni dovessero avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci attraverso un percorso finalizzato a garantire l’accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili per una corretta contabilizzazione dei fatti aziendali sottostanti. In particolare, all’art. 11, c.1, il citato Patto per la Salute ha previsto la realizzazione di una valutazione straordinaria sullo stato delle procedure amministrativo contabili da parte delle Regioni.

Le disposizioni per la Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci sono state dettate con Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, 18 gennaio 2011.

Il D.M. 17 settembre 2012 (Decreto certificabilità) ha definito il percorso di Certificabilità dei bilanci e ha precisato che per Certificabilità debba intendersi l’applicazione di una regolamentazione contabile e di un sistema idoneo a mettere le Aziende sanitarie in condizione di sottoporsi, in ogni momento e con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite dallo stesso D.M. 17 settembre 2012 .

In particolare, l’art. 3, comma 5, ha previsto che i requisiti comuni dei Percorsi Attuativi della Certificabilità, nonché la tempistica di realizzazione degli stessi, venissero stabiliti con apposito DM.

Il previsto Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, è stato adottato in data 1 marzo 2013 e ha demandato alle Regioni, oltre alla responsabilità della definizione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) in termini di identificazione delle azioni, anche il coordinamento e il monitoraggio del progetto attuato dalle diverse Aziende del Servizio Sanitario. Il DM ha stabilito un orizzonte temporale del PAC di 36 mesi a decorrere dalla data di approvazione da parte del Tavolo di Verifica degli Adempimenti in occasione delle verifiche periodiche.

Ai sensi dell'art. 2 del citato D.M., le Regioni “devono dotarsi di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabili che le ponga in condizione, in ogni momento di sottoporsi alle certificazioni e alle revisioni contabili stabilite dal decreto stesso”.

L'allegato A del DM 1/3/2013 definisce lo schema del PAC articolandolo su 53 obiettivi, a loro volta suddivisi in 9 aree tematiche di intervento (Requisiti Generali, GSA, Consolidato Regionale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Ricavi e Crediti, Tesoreria, Patrimonio Netto, Debiti e Costi).

Ai fini del raggiungimento del requisito di Certificabilità, le Regioni hanno quindi avviato un percorso attuativo mediante la presentazione di un programma d'azione in materia definito “Percorso Attuativo della Certificabilità” (PAC), che per la Regione dell'Umbria si è concretizzato con l'approvazione della Delibera Regionale n. 662 del 24/06/2013 avente ad oggetto: “D.M. 1 marzo 2013 – Approvazione del Percorso Attuativo della Certificabilità”, successivamente integrata, a seguito degli esiti della valutazione da parte del Tavolo di Verifica degli Adempimenti, con le DGRU n. 1785 del 29/12/2014 e n. 767 del 29/06/2014.

Il PAC della Regione Umbria è stato approvato dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti in data 21 ottobre 2014, data dalla quale decorrono i tempi di attuazione previsti dal DM 1 marzo 2013 (scadenza ottobre 2017).

Le scadenze programmate per il triennio di attività sono state realizzate nel rispetto della tempistica prevista (Relazioni periodiche di accompagnamento al PAC – DGR n. 1228 del 27/10/2015 e n. 1180 del 17/10/2016). In particolare, il percorso è stato indirizzato a rivedere il modello amministrativo e il modello contabile e ha visto il coinvolgimento sia di un apposito gruppo di coordinamento regionale, sia di referenti aziendali per le materie oggetto di analisi nonché dei Collegi Sindacali. Mediante la costituzione di appositi gruppi di lavoro, composti da professionisti aziendali esperti in materia coordinati dalla Regione, sono state redatte le Linee guida previste nel cronoprogramma PAC che hanno costituito la base, nel rispetto delle relative specificità aziendali, per la redazione, da parte delle Aziende sanitarie, delle rispettive procedure. Tali procedure sono state tempestivamente trasmesse ai competenti Uffici regionali e al Collegio Sindacale. In un'ottica di condivisione tecnica e metodologica, i Collegi Sindacali hanno effettuato una prima verifica sulle procedure aziendali avvalendosi di apposite check-list redatte sulla base di indicatori analoghi alla verifica straordinaria delle procedure amministrative contabili di cui al DM 18/01/2011.

Nei primi due anni di attività del PAC l'Azienda Ospedaliera di Perugia si è dotata, seguendo la metodologia sopra esposta, di specifiche procedure sulle principali aree di bilancio. Le suddette procedure sono state oggetto, oltre che di autovalutazione aziendale, anche di un'analisi documentale da parte della Regione nonché di analisi da parte dei Collegi Sindacali.

Il terzo anno di attuazione del PAC è stato principalmente focalizzato sul completamento delle revisioni limitate delle aree e degli obiettivi previsti dal piano a cura dei Collegi Sindacali aziendali già avviate nel secondo anno di attività. Tali revisioni limitate si sono svolte in due fasi: nella prima fase i collegi hanno verificato la corretta applicazione delle procedure amministrativo-

contabili per le aree oggetto di approfondimento, anche mediante verifiche a campione; nella seconda fase la verifica è stata finalizzata alla formulazione di un giudizio sull'attendibilità e sulla precisione dei dati e delle procedure.

Il percorso verso la certificabilità dei bilanci sopra descritto ha prodotto un organico sistema di manuali di procedure suddivisi per aree tematiche:

- Area Immobilizzazioni:
 - Procedura piano investimenti
 - Procedura inventario
 - Procedura gestione patrimoni
- Area Rimanenze:
 - Procedura giacenza reparti
 - Procedura inventario magazzino
 - Procedura magazzino economale
 - Procedura magazzino farmaceutico
- Area crediti e ricavi:
 - Procedura contributi in conto esercizio destinati ad investimenti
 - Procedura donazioni
- Area disponibilità Liquide:
 - Procedura disponibilità liquide
- Area Patrimonio Netto:
 - Procedura contributi in conto capitale
- Ciclo Passivo:
 - Procedura acquisto beni sanitari e non sanitari
 - Procedura acquisto servizi sanitari e non sanitari
 - Procedura fondi rischi e oneri
- Ciclo Attivo:
 - Procedura altri proventi
 - Procedura circolarizzazione crediti/debiti
 - Procedura compartecipazione alla spesa sanitaria (tickets)
 - Procedura contributi in conto esercizio
 - Procedura contributi per ricerca
- Area Personale
 - Procedura personale

Le operazioni inerenti il Percorso Attuativo della Certificabilità hanno comportato anche la revisione delle attività legate alla formulazione del budget aziendale e quelle relative al sistema di contabilità analitica con la produzione di due appositi regolamenti:

- Regolamento di budget
- Regolamento di CO.AN.

Inoltre si è ritenuto necessario di disciplinare, tramite un'apposita procedura, le operazioni legate all'esame delle osservazioni del Collegio Sindacale e alla gestione dei relativi chiarimenti al fine di assicurare, da parte dell'Azienda, la formulazione di risposte pertinenti e nei tempi dovuti.



A conclusione del percorso PAC è stato ritenuto necessario formalizzare, con Delibera del Direttore Generale n. 1785 del 6/9/2017, le procedure e i regolamenti prodotti, facendo riserva di procedere periodicamente alla manutenzione ed all'aggiornamento delle stesse.

All'interno del Percorso sulla Certificabilità, la Regione dell'Umbria, con DGR n. 238 del 13/03/2017 ha ritenuto necessario approvare un "Progetto di potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria" finalizzato a consolidare e sostenere gli obiettivi raggiunti, ed a verificare la completa implementazione del sistema delle procedure amministrativo-contabili nonché la manutenzione ed aggiornamento costante delle stesse.

Il progetto evidenziando la stretta connessione tra obiettivo della certificabilità del bilancio, realizzazione dell'effettiva applicazione del manuale delle procedure amministrativo-contabili e sviluppo di un adeguato sistema di controllo interno fino all'implementazione di una vera e propria funzione di internal auditing ha individuato i seguenti obiettivi:

- Realizzazione di un modello organizzativo di revisione interna definendone la regolamentazione, il dimensionamento e le specifiche funzioni;
- Analisi delle aree di rischio nell'ambito delle procedure amministrativo-contabili e al fine di poter adeguatamente provvedere all'implementazione dei relativi sistemi di controllo interno;
- Potenziamento delle strutture aziendali in previsione delle attività di revisione limitata;
- Definizione di un modello di programmazione delle attività e di reporting dei risultati;
- Implementazione dei sistemi di controllo interno mediante la produzione di un modello di aggiornamento periodico delle procedure finalizzato a garantire la crescita dei sistemi di controllo interno.
- La DGR 238/2017 prevede che il progetto dovrà essere supportato da adeguato personale, qualificato, sia per numero che per esperienza professionale, che tale personale dovrà essere opportunamente identificato da ogni azienda sanitaria e che, per lo stesso, dovranno essere previsti specifici momenti formativi con riferimento a ciascuna fase del progetto.

Con la suddetta Deliberazione regionale la Giunta ha dato mandato ai competenti Servizi regionali ed alle Direzioni aziendali di porre in essere ogni necessaria attività per la pratica attuazione del Progetto procedendo alla costituzione del Gruppo di Lavoro "Controllo interno e Internal Auditing" sotto la cui responsabilità ed azione la Regione Umbria intende garantire il raggiungimento degli obiettivi del Progetto "Potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione dell'Umbria".

Con nota pec n. 0107563 del 16/5/2017 è stato richiesto alle Direzioni aziendali di designare i rispettivi referenti e, la Direzione Aziendale della Azienda Ospedaliera di Perugia, con pec n. 0026998 del 25/05/2017 ha individuato quali referenti la Dott.ssa Laura Ceccarelli e il Dott. Fabrizio Ruffini.

A seguito delle comunicazioni intercorse tra la Direzione Regionale "Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane" della Regione dell'Umbria e le Direzioni delle Aziende sanitarie, la Giunta della Regione dell'Umbria con Deliberazione n. 1148 del 9.10.2017 ha preso atto dei referenti individuati dalle aziende sanitarie ed ha designato i referenti della Regione stessa.

Al fine di assicurare le attività di cui al Progetto "Potenziamento del sistema di Controllo Interno e Internal Auditing nelle aziende sanitarie", la DGRU 238/2017 stabilisce che ciascuna Azienda Regionale debba identificare adeguato personale qualificato, sia per numero che per esperienza professionale da dedicare al controllo interno; con Delibera del Direttore Generale n.

358 del 21/02/2018, pertanto, è stato istituito un Gruppo di lavoro aziendale a supporto del progetto costituito dai seguenti dipendenti:

- Dott.ssa Laura Ceccarelli, Responsabile P.O. Flussi Informativi Amministrativo - Contabili
- Dott. Fabrizio Ruffini, Responsabile P.O. Ufficio di supporto tecnico amministrativo al controllo di gestione”;
- Dott.ssa Rita Goracci, Responsabile P.O. Ufficio Bilancio
- Dott.ssa Laura Mattioli, Collaboratore Tecnico Prof.le Contabile” della S.C. “Economato e Servizi Alberghieri”;
- Sig.ra Tiziana Chiucchiù, Collaboratore amministrativo della S.C. “Acquisti e Appalti”;
- Dott.ssa Eleonora Massei Collaboratore Tecnico Professionale della S.C. “Personale”.

Il gruppo di lavoro regionale ha elaborato un programma operativo del progetto Internal Audit che esplicita le attività e gli output da porre in essere e gli obiettivi attesi in ciascun anno/semestre di riferimento. Tale programma, approvato con D.G.R.U. n. 63 del 22/01/2018, ha individuato le seguenti aree oggetto dei primi audit pilota:

- Inventario Rimanenze di reparto;
- Inventario ciclico attrezzature sanitarie;
- Contabilità Analitica - Piano Regionale dei fattori produttivi;
- Acquisto di servizi.

La prima fase del progetto regionale di Internal Audit, svoltasi nel I semestre del 2018, ha riguardato la verifica e l’assessment dell’area Rimanenze di Reparto.

Nella individuazione delle aree oggetto di audit, si è tenuto particolarmente conto delle criticità emerse in sede di revisioni limitate condotte dal Collegio Sindacale nell’ambito delle attività di PAC. Tra queste sono apparse come significative e come potenziali aree di miglioramento quelle relative alla gestione delle rimanenze e inventari e alla loro modalità di tenuta. L’audit in questione ha analizzato l’effettiva attuazione delle procedure sottostanti all’area individuata, approvate in sede di PAC dalle aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L’audit è stato finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- Accertamento della corrispondenza tra la procedura formale ed effettivo svolgimento delle attività;
- Accertamento della previsione, esistenza ed effettivo funzionamento dei controlli interni sulle diverse fasi delle procedure;

Delle procedure è stato verificato pertanto il rispetto e la conformità a norme e regolamenti (compliance auditing), la regolarità amministrativa e contabile dei dati scaturenti dalle stesse (financial auditing), l’efficienza e l’efficacia operativa (operational auditing).

Sono state escluse invece le attività legate alla verifica dei sistemi informativi ed informatici (auditing IT) e della prevenzione dei rischi di frode (fraud audit).

Le attività di controllo sono state condotte attraverso colloqui, interviste nonché attraverso l’esame delle procedure, dei documenti di lavoro e verifiche in loco di operazioni quali test di controllo.

In fase di pianificazione, allo scopo di identificare le principali aree di rischio dell’oggetto di audit e valutarne la significatività, è stata condotta l’analisi dei rischi scaturenti dall’applicazione delle procedure.

L’analisi dei medesimi rischi e la verifica tramite compilazione di apposite check list sulla loro effettiva significatività, ha consentito di definire in sede di programmazione, i controlli da effettuare, gli strumenti da utilizzare, il campionamento da applicare. A seguito di tali controlli, lo staff di auditing ha acquisito ragionevole sicurezza e sufficiente evidenza per esprimere i propri pareri allegati alla presente delibera sub 1) (RAPPORTO DI AUDIT_RIMANENZE DI REPARTO).

Al fine di limitare e tenere sotto controllo le aree di rischio evidenziate a seguito all’attività di audit sono stati prodotti dei documenti ed individuate alcune azioni da intraprendere. In particolare la procedura delle giacenze di reparto è stata revisionata, modificata e aggiornata e la si allega sub 2) al presente atto.



Quanto alle azioni da intraprendere si è stabilito di creare una procedura per la gestione dei conti deposito e per la reportistica finalizzata all'alimentazione dei conti d'ordine: la procedura è in corso di validazione.

Inoltre è stato organizzato per il mese di dicembre 2018 un corso di formazione per il personale sanitario coinvolto nel processo di inventariazione delle giacenze di reparto.

Infine è stata valutata l'opportunità di informatizzare la gestione di magazzino dei laboratori di Microbiologia: gli ordini del laboratorio di microbiologia sono stati informatizzati mediante l'utilizzo della procedura SAP.

La seconda fase del progetto regionale di Internal Audit, tuttora in corso, riguarda la verifica e l'assessment dell'area Attrezzature Sanitarie. Con Delibera n. 2627 del 27/12/2017 l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha affidato alla Ditta Exit One, ora GI_ONE, il servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e riconciliazione fisico-contabile finalizzato all'esecuzione dell'inventario e alla formulazione di un disciplinare per la gestione corrente dei beni mobili.

L'audit sull'area Attrezzature sanitarie si svolge, dunque, nel "periodo transitorio" compreso tra l'avvio e la conclusione dell'attività inventariale, che si protrarrà fino ai primi mesi del prossimo anno (come previsto dal contratto stipulato con la ditta incaricata). I regolamenti e le procedure aziendali, in fase di revisione e validazione, saranno licenziati al termine dell'attività di inventariazione.

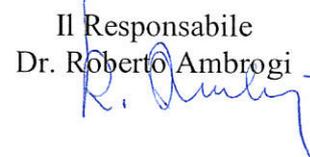
A conclusione delle attività del primo anno del percorso di internal auditing si ritiene opportuno di formalizzare con il presente atto le attività, le procedure e i documenti prodotti.

Tutto ciò premesso e considerato

SI PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

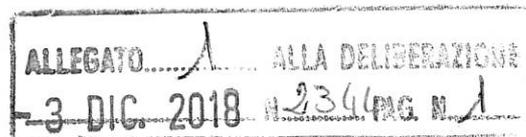
1. Prendere atto delle attività svolte dal Gruppo di Lavoro "Controllo interno e Internal Auditing" regionale ed aziendale come ampiamente descritta nelle premesse.
2. Approvare, quali parte integrante del presente atto, i seguenti documenti amministrativo-contabili prodotti dai Gruppi di Lavoro aziendali:
Rapporto di audit rimanenze di reparto (All. 1)
Procedura giacenze di reparto (All. 2)
3. Trasmettere il presente atto alla Direzione Regionale Salute, Welfare Organizzazione e Risorse Umane della Regione dell'Umbria ed alle Strutture Aziendali dell'Area Centrale.

L'Estensore
Dr.ssa Laura Ceccarelli


Il Responsabile
Dr. Roberto Ambrogi




| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |



RAPPORTO DI AUDIT

| | |
|--------------------------------|--|
| Report N° 1 | Data inizio 1 Gennaio 2018 Data fine 30 Giugno 2018 |
| Processo/Attività | Rimanenze di reparto |
| Data rilascio documento | 30 Giugno 2018 |

| Gruppo di lavoro Azienda Ospedaliera di Perugia (Audit Team) | |
|---|-------------------|
| funzione | nome |
| Collaboratore amministrativo | Laura Ceccarelli |
| Collaboratore amministrativo | Tiziana Chiucciù |
| Collaboratore amministrativo | Anna Rita Goracci |
| Collaboratore tecnico contabile | Eleonora Massei |
| Collaboratore tecnico contabile | Laura Mattioli |
| Collaboratore tecnico professionale | Fabrizio Ruffini |

| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

| Referenti oggetto di audit | |
|---|---------------------|
| funzione | nome |
| Collaboratore amministrativo | Antonio Bonelli |
| Direttore Direzione Farmacia | Alessandro D'Arpino |
| Coordinatore Infermieristico SC Ortopedia Degenza | Monia Giorgetti |
| Collaboratore amministrativo | Bruno Lalleroni |
| Coordinatore Tecnico Laboratorio | Francesca Lucherone |
| Coordinatore Infermieristico Sala Operatoria Ortopedia | Stefania Naglieri |
| Coordinatore Infermieristico SC Geriatria | Sabrina Panico |
| Coordinatore Infermieristico SC Ostetricia | Doretta Ramaccioni |

ALLEGATO... 1 ... ALLA DELIBERAZIONE
E 3 DIC. 2018 2344 PAG. N. 2

| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

Sommario

| | |
|--|----|
| 1.INTRODUZIONE..... | 4 |
| 2.AMBITO DEL CONTROLLO E OBIETTIVI DELL’AUDIT..... | 5 |
| 3.ANALISI DEI RISCHI | 6 |
| 4.PARERI DI AUDIT | 7 |
| 5.MONITORAGGIO DELLE AZIONI CORRETTIVE..... | 11 |
| 6.ALLEGATI..... | 11 |



| | | |
|---|---|----------------|
|  <p><i>Semma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</i></p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

1.INTRODUZIONE

L'avvio delle attività di Internal Auditing nella Regione Umbria si inserisce come evoluzione del Percorso Regionale Attuativo della Certificabilità, allo scopo di consolidarne gli obiettivi raggiunti e favorire, attraverso il potenziamento di un sistema di controllo interno, la crescita della cultura amministrativo-contabile.

A tale scopo, la Giunta Regionale ha approvato con DGR n° 238 del 13 Marzo 2017, un progetto sperimentale denominato *“Potenziamento del Sistema di controllo interno ed Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie della Regione Umbria”* le cui finalità prevedono lo *“sviluppo di un adeguato sistema di controllo interno, fino all’implementazione di una vera e propria funzione di internal auditing”*.

In seguito, la Regione Umbria, con DGR N. 1148 del 09 ottobre 2017, ha proceduto alla costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale *“Controllo interno e Internal Auditing”* sotto la cui responsabilità ed azione la Regione Umbria intende garantire il raggiungimento degli obiettivi del progetto sopra citato.

Con successiva DGR n° 63 del 22 Gennaio 2018 è stato dato mandato alle aziende di porre in essere tutte le azioni necessarie a perseguire i seguenti obiettivi: progettazione del modello, definizione delle procedure e elaborazione della reportistica dell’istituendo internal auditing a livello aziendale e regionale.

Con nota pec n. 0107563 del 16/5/2017 è stato richiesto alle Direzioni aziendali di designare i rispettivi referenti e, la Direzione Aziendale della Azienda Ospedaliera di Perugia, con pec n. 0026998 del 25/05/2017 ha individuato quali referenti la Dott.ssa Laura Ceccarelli e il Dott. Fabrizio Ruffini. Con successiva Delibera del Direttore Generale n. 358 del 21/02/2018 1 è stato istituito un Gruppo di lavoro aziendale per garantire le attività di cui al Progetto in esame.

Il presente report espone le risultanze dell’audit condotto nel primo semestre di operatività dell’azienda.



| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

L'attività di audit è stata svolta conformemente agli "Standard Internazionali per la Pratica Professionale di Internal Auditing" e alla normativa di settore.

2.AMBITO DEL CONTROLLO E OBBIETTIVI DELL'AUDIT

Le finalità di tale audit sono state l'analisi, verifica e l'assessment dell'area Rimanenze di Reparto, identificata nella fase di pianificazione progettuale di cui all'allegato della delibera n° 63 del 22 Gennaio 2018 e recepito nel mandato di audit.

Nella individuazione delle aree oggetto di audit, si è tenuto particolarmente conto delle criticità emerse in sede di revisioni limitate condotte dal Collegio Sindacale nell'ambito delle attività di PAC. Tra queste sono apparse come significative e come potenziali aree di miglioramento quelle relative alla gestione delle rimanenze e inventari e alla loro modalità di tenuta. Il presente audit ha analizzato l'effettiva attuazione delle procedure sottostanti all'area individuata, approvate in sede di PAC dalle aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'audit è stato finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- Accertamento della corrispondenza tra la procedura formale ed effettivo svolgimento delle attività;
- Accertamento della previsione, esistenza ed effettivo funzionamento dei controlli interni sulle diverse fasi delle procedure;

Delle procedure è stato verificato pertanto il rispetto e la conformità a norme e regolamenti (compliance auditing), la regolarità amministrativa e contabile dei dati scaturenti dalle stesse (financial auditing), l'efficienza e l'efficacia operativa (operational auditing).

Sono state escluse invece le attività legate alla verifica dei sistemi informativi ed informatici (auditing IT) e della prevenzione dei rischi di frode (fraud audit).



| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

Le attività di controllo sono state condotte attraverso colloqui, interviste nonché attraverso l'esame delle procedure, dei documenti di lavoro e verifiche in loco di operazioni quali test di controllo.

3. ANALISI DEI RISCHI

In fase di pianificazione, allo scopo di identificare le principali aree di rischio dell'oggetto di audit e valutarne la significatività, è stata condotta l'analisi dei rischi scaturenti dall'applicazione delle procedure.

L'analisi dei rischi è stata effettuata attraverso apposite matrici di risk assessment finalizzate a valutare la gradazione dei rischi (concentrandosi come da mandato su rischi di compliance, reporting, amministrativo contabile, operativo e strategico) e la valutazione del loro impatto nelle principali fasi di dette procedure.

Alla luce di tale analisi sono stati evidenziati i seguenti rischi specifici, connessi alla procedura sulle rimanenze di reparto.

1. Un utilizzo improprio delle rimanenze e la prassi diffusa dei prestiti può generare errori nei sistemi di contabilità analitica.
2. Un'impropria gestione degli stock di reparto può generare obsolescenza dei prodotti e pertanto sprechi.
3. I coordinatori sanitari possono non conoscere o comunque non rispettare puntualmente la procedura aziendale con particolare riferimento a data, oggetto della conta.
4. I report dei reparti possono contenere un'errata indicazione dell'unità di misura, delle quantità e comportare valorizzazione sbagliata.
5. La valorizzazione affidata in buona parte al processo informatico può non rispettare la procedura aziendale.
6. Errori nelle anagrafiche o nei prezzi medi possono ingenerare errori anche significativi nella valorizzazione delle scorte di fine anno.



| | | |
|--|---|----------------|
|  <small>Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</small> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e)</i> <i>Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

L'analisi dei medesimi rischi e la verifica tramite compilazione di apposite check list sulla loro effettiva significatività, ha consentito di definire in sede di programmazione, i controlli da effettuare, gli strumenti da utilizzare, il campionamento da applicare. A seguito di tali controlli, lo staff di auditing ha acquisito ragionevole sicurezza e sufficiente evidenza per esprimere i propri pareri di seguito riportati.

4. PARERI DI AUDIT

A seguito dell'audit sull'area Rimanenze di reparto, conformemente all'ambito e agli obiettivi definiti nella sezione 2 del presente rapporto, sono state rilevate le seguenti criticità ed espressi i seguenti pareri:

| Generali | |
|---|--|
| CRITICITA' | SUGGERIMENTI |
| Si rileva un non sempre adeguato rispetto dei passaggi procedurali (compliance) a causa del loro scarso dettaglio nella descrizione | Rivedere la procedura ed integrarla con apposite istruzioni operative |
| Sono contemplate ancora richieste cartacee nel reparto di Microbiologia e Laboratorio | Si suggerisce di valutare l'estensione di SAP a tutte le fasi di gestione del magazzino di reparto. Inserire nella procedura i casi (tendenzialmente residuali) in cui è ammissibile la richiesta cartacea e dare informativa alla farmacia e alle unità operative. |

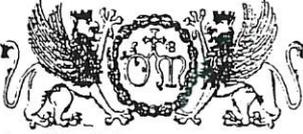


| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

| | |
|--|--|
| Si rileva una non sempre adeguata conoscenza da parte degli operatori della procedura | Svolgere un corso di formazione al personale, presentando la procedura in maniera dettagliata e sensibilizzando sulle implicazioni scaturenti dalla mancanza di accuratezza nella sua applicazione |
| Non esiste una procedura aziendale che disciplini il materiale in conto deposito. Attualmente la procedura è gestita in maniera informale (con particolare riferimento al reparto Ortopedia) | Si suggerisce la formalizzazione e informatizzazione della procedura. (Tale attività è in fase di discussione) |
| Manca un flusso informativo del conto deposito che consenta l'alimentazione dei conti d'ordine a fine anno | Implementare nuova procedura che contempli un report idoneo a alimentare i conti d'ordine |
| Si rileva il mancato aggiornamento tempestivo delle anagrafiche dei prodotti con i conseguenti rischi di errore | Standardizzare le anagrafiche e la metodologia di aggiornamento. Si rinvia all'attività del Gruppo di Lavoro attivato in Regione sulla tematica |

| Trasferimento beni da magazzino a reparto | |
|---|--|
| CRITICITA' | SUGGERIMENTI |
| Le richieste del reparto Microbiologia avvengono in forma manuale con i conseguenti problemi di riscontro | Si suggerisce di introdurre nella procedura SAP gli ordini della Microbiologia |



| | | |
|--|---|----------------|
|  Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |
| <p>Non risulta formalizzato seppur esistente il controllo sull'effettivo scarico al centro di costo sui beni consegnati</p> | <p>Indicare in procedura il controllo effettuato in sede di verifica trimestrale sugli scarichi di magazzino e la relativa reportistica.</p> | |
| Utilizzo delle scorte di reparto | | |
| CRITICITA' | SUGGERIMENTI | |
| <p>Nel reparto Microbiologia lo scarico in analitica avviene tramite SAP senza possibilità di identificare l'operatore che ha materialmente eseguito lo scarico (numero licenze SAP sottodimensionato). La struttura adotta meccanismi di autocontrollo e di verifica delle giacenze e degli scarichi, tuttavia mancano controlli da parte di soggetti terzi (ad esempio da parte della farmacia ospedaliera).</p> | <p>Si suggerisce una più estesa informatizzazione della procedura, l'attribuzione di un maggior numero di credenziali su SAP al fine di garantire la separatezza della funzioni e l'introduzione di specifici controlli da parte della farmacia</p> | |
| <p>Non risultano diffusi controlli di accesso al magazzino di reparto per tutte le tipologie di beni. Risultano invece generalmente presenti per stupefacenti e beni di valore significativo</p> | <p>Implementare una periodica valutazione della significatività del reparto e attivare controlli</p> | |

ALLEGATO... ALLA DELIBERAZIONE
 - 3 DIC. 2018 2311, PAG. N. 9

| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia</p> | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e)</i> <i>Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

| Conta e trasmissione delle rimanenze di fine anno | |
|--|---|
| CRITICITA' | SUGGERIMENTI |
| Non risulta adeguatamente formalizzato il percorso di trasmissione della documentazione relativa alla fase di conta (sottoscrizioni, protocolli, mail di riconsegna) | Inserire in procedura o nelle istruzioni operative un più dettagliato livello di formalizzazione |
| La conta avviene tutta su documentazione cartacea con rallentamenti e rischi di errore nel trasferimento a procedura | Prevedere l'invio di tabulati in formato elettronici |
| Valorizzazione e reporting | |
| CRITICITA' | SUGGERIMENTI |
| Si rilevano casi di non corretta imputazione delle unità di misura | Si suggerisce di informatizzare il controllo sistematico da parte della Farmacia sulle unità di misura impiegate. |
| Si rilevano casi di non corretta imputazione dei prezzi derivanti dalla registrazione in SAP del contratto | Si suggerisce un controllo sistematico da parte della Farmacia sui prezzi caricati da contratto. |

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
 - 3 DIC. 2018 - N. 2344 - PAG. N. 10

| | | |
|---|--|----------------|
|  Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia | Audit – Rimanenze di reparto | del 30/06/2018 |
| | <i>Progetto Internal Auditing (DGRU 238/201 e) Delibera D.G. 358/2018)</i> | |

5.PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE

| AZIONE | ARCO TEMPORALE |
|---|---|
| REVISIONE DELLE PROCEDURE DI MAGAZZINO In particolare: - prevedere un maggior livello di dettaglio e una maggiore formalizzazione mediante una integrazione delle stesse procedure o prevedendo delle istruzioni operative per alcune fasi, in particolare per l'inventario di fine anno. -prevedere l'utilizzo tabulati in formato elettronico per la rilevazione e la trasmissione delle scorte di fine anno -prevedere un controllo da effettuare in sede di verifica trimestrale sugli scarichi di magazzino dei laboratori e la relativa reportistica. -Implementare una periodica valutazione della significatività del reparto e dell'eventuale necessità di attivare controlli sull'accesso al magazzino di reparto | ENTRO 30 SETTEMBRE 2018 |
| CREAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI CONTI DEPOSITO E PER LA REPORTISTICA FINALIZZATA ALL'ALIMENTAZIONE DEI CONTI D'ORDINE | ENTRO 31 OTTOBRE 2018 |
| REDAZIONE PROCEDURE DEFINITIVE | ENTRO 31 NOVEMBRE 2018 |
| PROPOSTA DI DELIBERA PER L'ADOZIONE DELLE PROCEDURE REVISIONATE | ENTRO 31 NOVEMBRE 2018 |
| CORSO DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE SANITARIO COINVOLTO | ENTRO 31 DICEMBRE 2018 |
| VALUTAZIONE DELL'OPPORTUNITÀ DI INFORMATIZZARE GESTIONE MAGAZZINO LABORATORI | ENTRO 31 DICEMBRE 2018 |

6.ARCHIVIO

Sono archiviati agli atti del Gruppo di Lavoro Aziendale (Audit team) i seguenti documenti:

- scheda valutazione rischi
- scheda sintetica check list reparti
- Documentazione a supporto delle verifiche.



| | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_08 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Novembre 2018 | Pagina 1 di 7 |

Giacenze beni di consumo presso i Reparti

Approvato da

Direzione S.C.
Alessandro D'Arpino

Direzione Contabilità e Bilancio
Roberto Ambrogi

STORIA DELLE MODIFICHE APPORTATE

| Data | Rev. | Motivo del cambiamento |
|------------------|--------|------------------------|
| Luglio 2017 | REV 00 | PRIMA EMISSION E |
| Novembre 2018 | REV 01 | REVISIONE |



| | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_07 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Gennaio 2018 | Pagina 2 di 7 |

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è delineare le modalità operative per la corretta rilevazione fisica e valorizzazione delle giacenze dei beni di consumo presenti nelle strutture aziendali (reparti e unità organizzative tecniche e amministrative) alla fine di ciascun esercizio.

La presente procedura intende garantire:

- accertamento dell'esistenza fisica e della completa rilevazione delle giacenze;
- corretta valutazione delle giacenze;
- accertamento della corretta esposizione in bilancio;
- accertamento dell'uniformità dei principi contabili rispetto all'esercizio precedente.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le unità organizzative coinvolte nella rilevazione delle scorte, nella loro valorizzazione e contabilizzazione.

Sono oggetto di inventario tutti i beni sanitari, economici e tecnici presenti nelle strutture aziendali al termine di ciascun esercizio (esclusi i beni a carattere durevole).

3. RIFERIMENTI

- Delibera Aziendale 1489 del 31/12/2007
- D.LGS 118/2011

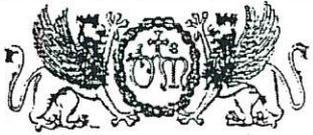
4. ABBREVIAZIONI

UO Unità operative
S.A. Servizi Alberghieri

5. MODALITÀ OPERATIVE

L'inventario fisico dei beni consegnati e ancora presenti presso i reparti e le strutture aziendali è effettuato annualmente in chiusura di esercizio.



| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_07 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Gennaio 2018 | Pagina 3 di 7 |

Entro la prima decade di dicembre le Direzioni Farmacia/Economato e Servizi Alberghieri, inviano alle UO consegnatarie i tabulati cartacei per la rilevazione, contenenti i materiali consumati nell'anno in corso e integrati con i materiali in giacenza relativi all'anno precedente. Il tabulato è suddiviso per tipologia di bene, in ordine alfabetico di materiale, con l'indicazione del codice interno aziendale, il codice della ditta fornitrice e l'unità di misura di ogni singolo articolo. Il 31/12 le U.O. consegnatarie effettuano la rilevazione delle giacenze, entro il sesto (6°) giorno lavorativo del mese di gennaio riconsegnano i tabulati alle Direzioni Farmacia/Economato e Servizi Alberghieri.

L'inventariazione delle scorte di beni di consumo sanitario avviene secondo le seguenti fasi:

a) predisposizione, entro la prima decade di dicembre, del tabulato cartaceo per ciascuna U.O. a cura dell'ufficio amministrativo della Farmacia Ospedaliera (Gestione contratti di acquisto beni sanitari e farmaceutici) e nota esplicativa sulle modalità operative per l'effettuazione dell'inventario a cui tutti i reparti si devono attenere.

Il tabulato cartaceo è personalizzato per ciascuna U.O. ed è costruito in base alla tipologia dei consumi di beni degli ultimi 2 anni caratteristici di quel centro di costo; i beni sono elencati in ordine alfabetico per descrizione, suddivisi per categoria merceologica di prodotto.

b) comunicazione alle U.O. mediante il portale della Servizi Associati, con comunicazione scritta tramite il servizio di consegne programmate settimanali alle U.O. e tramite comunicazione su tutti i pc in rete aziendale alla primo accesso giornaliero, della disponibilità del tabulato cartaceo per l'inventario di fine anno presso la Farmacia ospedaliera per il ritiro.

c) consegna dei tabulati alle U.O. tramite ritiro da parte delle stesse presso la Farmacia Ospedaliera entro la seconda decade di dicembre con firma per ricevuta su apposito registro predisposto.

d) verifica dell'avvenuta consegna da parte del referente della farmacia al 20 dicembre ed eventuale sollecito degli inadempienti e completamento delle consegne entro il 23/12.



| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_07 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Gennaio 2018 | Pagina 4 di 7 |

INVENTARIO FISICO:

1. Individuazione dei responsabili di U.O.

Ciascuna U.O. consegnataria è responsabile della rilevazione delle scorte presso il proprio reparto. Le Direzioni Farmacia/Economato e S.A. sono responsabili per la parte tecnica di riscontro finale.

2. Rilevazione fisica delle giacenze al 31/12 e invio tabulati entro il 6° giorno lavorativo del mese di gennaio

Ricevuti i tabulati relativi agli scarichi annuali, ciascuna U.O. consegnataria effettua la conta fisica delle giacenze presso il reparto al 31/12 e le annota nello stesso.

I tabulati contengono l'indicazione degli articoli (descrizione e codifica più opportuna per l'individuazione) e sono suddivisi per tipologia di bene al fine di garantire la corretta imputazione contabile.

Al termine della conta, l'operatore addetto provvederà alla verifica del tabulato, riportandovi anche annotazioni sulla rilevazione di eventuali anomalie o osservazioni.

I tabulati firmati su ogni pagina dai referenti delle U.O. sono inviati ai responsabili delle Direzioni Farmacia/Economato e S.A. entro il 6° giorno lavorativo di gennaio

Le Direzioni Farmacia/Economato e S.A. effettuano alcune verifiche a campione presso i reparti a maggior valore economico delle giacenze al fine di testare e migliorare l'affidabilità delle procedure di rilevazione delle scorte.

Le risultanze finali dell'inventariazione sono quindi inviate alla Direzione Contabilità e Bilancio, secondo lo scadenziario contabile in vigore, per essere conservate a corredo del Bilancio.

Nel mese di giugno dell'anno successivo le 10 U.O. con maggiore esposizione economica rilevata, potranno essere soggette ad ulteriore verifica inventariale.

La farmacia Ospedaliera nel corso dell'anno effettuerà verifiche per la corretta tenuta degli Stupefacenti e contestualmente di tutto l'armadio dei beni dell' U.O. Di tali verifiche sarà redatto regolare verbale.



| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_07 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Gennaio 2018 | Pagina 5 di 7 |

3.3 Verifiche e rilevazioni contabili

Le Direzioni Farmacia/Economato e S.A. verificano che tutte le U.O. consegnatarie abbiano inviato i tabulati relativi alla rilevazione delle scorte.

La mancata riconsegna dei tabulati entro la data prestabilita o la mancata consegna degli stessi comporterà la segnalazione alla Direzione Aziendale per eventuale seguito di competenza.

La Farmacia Ospedaliera provvede all'inserimento dei dati su procedura informatica, controllando contestualmente la coerenza del dato presentato (consumi/giacenze/unità di misura), valorizzandoli al prezzo medio ponderato.

I dati saranno poi stampati e inviati alla Direzione Contabilità e Bilancio.

Una copia degli stessi in formato excel verrà inviata al Controllo di Gestione per la pubblicazione nel Cruscotto Aziendale

La Direzione Contabilità e Bilancio effettua quindi le rilevazioni contabili e le scritture di fine esercizio relative alle rimanenze di magazzino.

ARCHIVIAZIONE

Presso le Direzioni Farmacia/Economato e S.A., a cura del Responsabile, vengono conservati:

- I tabulati inventariali utilizzati per la conta fisica delle scorte
- I tabulati finali stampati al termine delle procedure di rilevazione firmati dai responsabili.

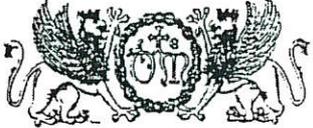




6. RESPONSABILITA'

| ATTIVITÀ | Direzione farmacia | Gestione contratti di acquisto beni sanitari e farmaceutici | Collaboratore amministrativo | Direzione contabilità e bilancio | Direttore di unità operativa |
|---|--------------------|---|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Elaborazione dei tabulati per le unità operative | | x | | | |
| Informativa inviata alle unità operative per la rilevazione inventariale | | x | | | |
| Consegna dei Tabulati | | | x | | |
| Compilazione dei tabulati inventariali presso le unità operative | | | | | x |
| Inserimento dati inventariali su supporto informatico | | | x | | |
| Stampa dei tabulati definitivi con la valorizzazione economiche delle scorte giacenti presso le unità operative | | x | | | |
| Rilevazioni contabili a fine esercizio delle giacenze a reparto | | | | x | |
| | | | | | |
| | | | | | |

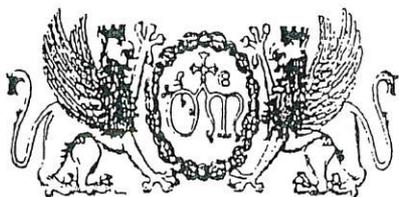


| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|
|  | AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA | PRO_FARM_07 | |
| GIACENZE BENI DI CONSUMO PRESSO REPARTI | | Rev. 01 Data Gennaio 2018 | Pagina 7 di 7 |

7. GRUPPO di LAVORO:

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Direzione Contabilità e Bilancio | Roberto Ambrogi |
| Direzione Farmacia | Alessandro D'Arpino |
| Direzione Farmacia | Antonio Bonelli |
| Direzione Farmacia | Milena Casciari |
| Direzione Farmacia | Bruno Lalleroni |
| Direzione Contabilità e Bilancio | Laura Ceccarelli |
| Direzione Contabilità e Bilancio | Anna Rita Goracci |





Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Piazzale G. Menghini n. 8/9- 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 2344 DEL - 3 DIC. 2018

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 26 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia, - 3 DIC. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____
CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE
DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto,
annullamento integrale, ecc.. - Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia, - 3 DIC. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

- 3 DIC. 2018

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il _____

per la durata di 15 giorni.

Perugia, - 3 DIC. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

Questa copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI