



Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 119 DEL 28 GEN 2025

OGGETTO: Piano attività di Audit anno 2025

STRUTTURA PROPONENTE: (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro)

PROPOSTA N. 161 DEL 22/01/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Noto Campanella Maurizio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Il Direttore del Dipartimento Amministrativo

Dott.ssa Beatrice Salvago

(Referente Aziendale P.A.C.)

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

Non corrisponde ordine di spese

C.E.

C.P.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

Sig.ra Siracusà Maria  
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE DI SEZIONE  
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

FINANZIARIO E PATRIMONIALE

Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

23 GEN 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTOTTO del mese di GENNAIO  
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA OMESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Direttore del Dipartimento Amministrativo, Dott.ssa Beatrice Salvago nella qualità di Referente P.A.C., unitamente al Dr. Maurizio Noto Campanella nella qualità di Responsabile della funzione di Internal Audit**

**VISTO** l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

**VISTO** il decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502 nel testo modificato con il Decreto Legislativo del 07 Dicembre 1993 n. 517 e s.m.i;

**VISTA** la legge regionale n. 5 del 14 Aprile 2009, di riordino del Servizio Sanitario Regionale e s.m.i.; **PREMESSO** che con l'art. 1, comma 291, della legge 23/12/2005 n.266, sono stati definiti i criteri e le modalità di certificazione dei Bilanci delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, degli istituti di Ricovero e Cura, degli Istituti Zooprofilattici sperimentali e delle Aziende Universitarie;

**CONSIDERATO** che l'art.11 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede che le regioni le province autonome si impegnino ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci attraverso un processo che dovrà garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabile sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili;

**VISTE** le disposizioni normative in merito ai controlli interni alla Pubbliche Amministrazioni contenute nel Decreto legislativo n.286/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dall'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art.11 della Legge 15 marzo 1997 n.59 e nel Decreto legislativo n.150/2009 " "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubbliche amministrazioni";

**VISTO** il Decreto legislativo 23 giugno 2011 n.118 e s.m.i. recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009 n.42" ed in particolare il Titolo II recante "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" nell'ambito del quale è disciplinata, fra l'altro, l'implementazione e la tenuta della contabilità del tipo economico-patrimoniale, nonché l'obbligo di redazione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria del consolidamento regionale;

**VISTO** il decreto del Ministero della Salute adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17/09/2012, recante " Disposizione in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale";

**VISTO** il decreto del Ministero della Salute adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 01/03/2013, ( pubblicato in G.U.R.I. il 16/03/2023 – Serie Generale n. 72 ), recante " Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità";

**VISTO** il D.A. del 10 Gennaio 2019 "Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR, della GSA e del Bilancio consolidato-avvio del percorso di consolidamento del PAC" che individua nella data del 31.12.2019 il termine per la definizione dell'avviato percorso di consolidamento del PAC Regionale e l'avvio delle successive procedure di certificazione;

**VISTA** la nota Ass.le prot.n.65013 del 02/08/2016, con la quale l'Assessorato della Salute ha fornito chiarimenti ed indicazioni in merito a funzioni e ruolo dell'Internal Audit ed altresì la nota n.9795 del 04.02.2019 che ha ribadito il ruolo dell'Internal Audit ed ha disposto l'elaborazione del Piano Annuale di Audit;

**VISTO** il D.A. n. 189 del 06 Marzo 2020 "Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR, della GSA e del Bilancio consolidato-avvio del percorso di consolidamento del PAC. —

Modifica D.A.n.10/2019” con il quale è stata individuata la data del 30 giugno 2021 quale termine per la definizione dell'avvio del percorso di consolidamento del P.A.C.;

**VISTO** il D.A. n.1211 del 22 Novembre 2021 “Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR, della GSA e del Bilancio consolidato — Definizione del percorso di consolidamento del P.A.C.” — “Modifica D.A. n. 189/2020” con il quale è stato rideterminato al 31/12/2022 il termine di conclusione del P.A.C.;

**VISTO** il D.A. n.14 del 13 gennaio 2023 “Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR, della GSA e del Bilancio consolidato — Definizione del percorso di consolidamento del P.A.C.”- Modifica D.A. 1211/2021 con il quale è stato disposto per l'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C. alla data del 31.12.2023;

**CONSIDERATO** che con delibera n. 310 del 13.02.2024 è stato approvato il Piano triennale Internal Audit 2024-2026 ed il Piano annuale delle Attività di Internal Audit per l'anno 2024;

**VISTO** il D.A. n. 528 del 22 maggio 2024, con il quale viene rideterminato al 30.06.2025 il termine di definizione del percorso di consolidamento del P.A.C. ai fini della certificabilità dei bilanci delle Aziende, in prospettiva di raggiungere la certificazione entro la data del 31.12.2026;

**CONSIDERATO** che con Delibera n. 747 del 28/10/2024 è stato approvato il Piano di azione straordinario P.A.C. al 30 giugno 2025;

**VISTA** la nota da parte dell'Assessorato Regionale della Salute — Servizio 5 — Economico Finanziario — U.O.B. 5.1. *Controllo bilanci degli Enti del SSR Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci* - Prot. 56299 del 19/12/2024, con la quale l'Assessorato, ha disposto per le Aziende del SSR di definire ed adottare un “*Piano annuale Audit anno 2025*”, che in vista della conclusione del Percorso di consolidamento P.A.C. al 30/06/2025 e volto a definire l'effettuazione delle verifiche relative alla totalità delle aree maggiormente critiche che potrebbero compromettere il raggiungimento degli obiettivi entro il primo semestre del 2025, nonché la “Relazione di Risk: Assessment”;

**VISTA** la “*Relazione di Risk Assessment 2025*” dell'Internal Audit in ordine al processo di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, compliance, operativi, finanziari ... ), nella quale sono state individuate per le diverse aree aziendali oggetto dei P.A.C. il grado di esposizione al rischio.

**RITENUTO** che occorre procedere all'elaborazione ed adozione del “*Piano annuale attività di Audit 2025*”, sulla scorta delle indicazioni assessoriali per come proposto dal competente Servizio;

#### PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

**APPROVARE** il “*Piano annuale attività di Audit anno 2025*”, che si allega come parte integrante del presente provvedimento (Allegato1);

**PRENDERE ATTO** della “*Relazione di Risk Assessment anno 2025*” svolta dall'Internal Audit (Allegato 2);

**CHE** l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Referente P.A.C. unitamente alla U.O. Internal Audit, che provvederanno alla pubblicazione sul sito web Aziendale Sezione Amministrazione Trasparente — Altri Contenuti;

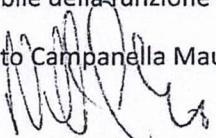
**DI NOTIFICARE** il presente provvedimento al Collegio Sindacale, all'Organismo Indipendente di Valutazione ed al Responsabile Anticorruzione;

**DI MUNIRE** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione al fine di attivare le procedure di verifica;

**ATTESTA**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile della funzione di Internal Audit

Dott. Noto Campanella Maurizio



**Il Direttore del Dipartimento Amministrativo nella qualità di Referente P.A.C.**

Dott.ssa Beatrice Salvago

## SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI

Parere FAVOREVOLÉ

Data 24/01/2025

Parere Favorabile

Data 28/01/2025

**Il Direttore Amministrativo**

Dott.ssa Ersilia Riggi

**Il Direttore Sanitario**

Dott. Raffaele Elia

## IL DIRETTORE GENERALE

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dalla dott.ssa Beatrice Salvago Direttore del Dipartimento Amministrativo nella qualità di Referente Aziendale P.A.C., unitamente al dott. Noto Campanella Maurizio nella qualità di Responsabile della Funzione di Internal Audit, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**Tenuto** conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

## DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla dott.ssa Beatrice Salvago Direttore del Dipartimento Amministrativo nella qualità di Referente Aziendale P.A.C., unitamente al dott. Noto Campanella Maurizio nella qualità di Responsabile della Funzione di Internal Audit.

## IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci

**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO  
"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"  
Maria Grazia Crescenzio

 <b>ASP AGRIGENTO</b>	<b>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N.1</b> Sede Legale Viale della Vittoria n.321- Agrigento Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229 P.Iva e C.F. 02570930848 <b>DIREZIONE GENERALE</b> <b>U.O.S. INTERNAL AUDIT</b>
---	---

( ALLEGATO 1 )

AVVETI A D'AGLIO L'ESPRESSO ha spiegato che solo 10 mila euro su 100 milioni di euro versati pubblici da Ansaldo Energia alla Enel sarebbero finiti in conto il cattivo uso del gruppo: concretamente, i servizi forniti costerebbero soltanto 50 mila euro al mese. Inoltre, la società di costruzioni ha deciso di non utilizzare la sua capacità di raffreddamento per le attive centrali termiche di Catania, mentre le imprese energetiche stanno di fatto effettuando un investimento di tipo più o meno simile rispetto

## *Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento*

### **PIANO ANNUALE AUDIT ANNO 2025**

## **PREMESSA**

Con D.A. n. 1559 del 5 settembre 2016, pubblicato in GURS il 23 settembre 2016, la Regione Siciliana ha previsto per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'obbligo di "Istituzione di una funzione di Internal Audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo — contabile aziendale".

L'U.O. Internal Audit, su input della Direzione strategica, ai sensi del D.A. n. 1559/16, adotta il metodo di pianificazione della propria attività di auditing attraverso la predisposizione di un Piano annuale. Favorisce altresì l'effettivo recepimento delle eventuali raccomandazioni formulate dalla Corte dei Conti nell'ambito della propria attività di controllo. Inoltre, l'U.O. è impegnata in costanti interventi di controllo e di supervisione ancorché non pianificati né pianificabili, in linea con il ruolo e la mission istituzionale, orientati alla concreta prevenzione delle criticità in itinere.

L'ASP di Agrigento, da ultimo, ha conferito l'incarico di Dirigente Analista con funzioni di Internal Audit giusto atto deliberativo n. 1045 del 30.05.2024.

L'internal Audit, assolve ad una funzione di controllo indipendente, che si può definirsi di secondo livello, nonché i controlli che, per area di competenza, vengono demandati a tutti i dirigenti aziendali, in quanto coinvolti nei processi aziendali con specifiche responsabilità. Conseguentemente, con appositi provvedimenti deliberativi, ha regolamentato le procedure previste dai PAC come di seguito indicate:

Deliberazione C.S. n. 901 del 23.05.2023 — sono state disciplinate le "Azioni" relativamente le seguenti aree: - Generale — Immobilizzazioni — Rimanenze —

Crediti e Ricavi — Patrimonio Netto - Disponibilità Liquide ;

Deliberazione C.S. n. 1806 del 10/10/2023 — sono state aggiornate le procedure PAC relativamente le seguenti aree: - Generale — Immobilizzazioni — Rimanenze — Crediti e Ricavi ;

Deliberazione C.S. n. 1971 del 03/11/2023 — sono state implementate le procedure PAC relativamente le seguenti aree: - Generale — Rimanenze — Crediti e Ricavi — Debiti e Costi

Le tipologie di intervento dell'Internal Audit, oggetto della programmazione annuale sono le seguenti:

- *Audit di conformità*: analisi della conformità dei comportamenti con le procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore.
- *Audit Operativi* : monitoraggio degli obiettivi Aziendali, declinati a livello di processo. Si tratta quindi di interventi volti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli in essi previsti.
- *Controlli Periodici* : interventi per la verifica dell'effettiva attuazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi, a fronte delle osservazioni rilevate nel corso di precedenti interventi di auditing e condivise dai responsabili dei processi stessi.

Gli scopi principali che si intendono perseguire sono:

- Definire gli ambiti e le aree di verifica oggetto delle attività di audit;
- Individuare le Strutture aziendali interessate nell'anno alle attività di controllo;
- Definire il ruolo della funzione di audit rispetto alle strutture organizzative aziendali coinvolte nelle attività di audit;
- Definire la metodologia per assistere i Direttori e Dirigenti aziendali nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli sulle attività svolte nel rispetto delle procedure aziendali;
- Definire le tempistiche del processo di audit.

Gli obiettivi dell'attività di audit per l'anno 2025, coerentemente con gli obiettivi aziendali riguardano principalmente i seguenti ambiti:

- Attività di verifica della corretta applicazione delle fasi e dei momenti di controllo delle procedure amministrativo-contabili previste dal PAC aziendale;
- Monitoraggio dello stato di avanzamento relativo all'implementazione delle funzionalità dei software necessarie per il raggiungimento degli standard PAC compliant del sistema informativo aziendale;
- Ulteriori attività di verifica aggiuntive in relazione a controlli derivanti da aggiornamenti normativi o richieste delle Direzione Strategica.

Nella redazione del presente Piano di Audit si è tenuto conto dell'esito delle attività di auditing svolte nell'anno 2024 dall'Internal Audit.

## **PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025**

Il Piano di Audit per l'anno 2025 è stato predisposto in relazione a quanto previsto dagli obiettivi perseguiti dalla Direzione Strategica e dal competente Assessorato alla Salute oltre che dal livello di rischio percepito in riferimento alle attività svolte nel periodo precedente tenendo conto delle seguenti finalità:

- Rispondere alle aspettative del management in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi gestionali;
- Verificare l'efficacia dei sistemi di controllo e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento;
- Accertare, attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle eventuali raccomandazioni e degli eventuali piani di azione relativi agli audit eseguiti.

Le attività di audit verranno svolte nel rispetto dei principi contenuti nel Codice Etico IIA, Indipendenza, Obiettività, Riservatezza e Competenza, ispirandosi agli Standard Internazionali per la pratica professionale dell'I.A.

Gli interventi di audit, di norma, si articolano nelle seguenti fasi:

1. Programmazione e definizione dell'incarico (definizione obiettivi ed estensione dell'incarico, cronoprogramma, notifica calendario missione di audit);
2. Kick-off meeting (apertura formale dell'intervento, acquisizione documenti ed informazioni utili);
3. Analisi preliminare desk (studio della documentazione, somministrazione di questionari agli attori del sistema, analisi dei processi gestionali, procedure e punti di controllo, analisi dei dati sulle operazioni eseguite, etc.)
4. Incontri tecnici intermedi con gli owner del processo per validare le risultanze e per eventuali chiarimenti;
5. Definizione di una check list ed estrazione di un campione di operazioni relative al processo da sottoporre a test;
6. Reporting (stesura rapporto di audit, fase di condivisione del documento e stesura del documento definitivo);
7. Riunione di chiusura dell'audit;
8. Eventuale follow-up.

## **CONTENUTI, CRITERI DI SELEZIONE E SCELTE OPERATIVE**

La definizione degli interventi di audit per l'anno 2025 è stata effettuate sulla base delle finalità descritte in premessa ed in linea con quanto stabilito dall'Assessorato della Salute con nota prot.n. 56299 del 19/12/2024. A tal proposito , in vista della conclusione del **Percorso di consolidamento del P.A.C. al 30/06/2025**, previsto dal D.A. n. 528 del 22.05.2024, tenuto conto della piano di azione straordinario P.A.C. al 30/06/2025 delibera n. 747 del 28/10/2024, il piano annuale prevede l'effettuazione delle verifiche relative alla totalità delle aree maggiormente critiche e che potrebbero compromettere il raggiungimento degli obiettivi **entro il primo semestre del 2025**. L'I.A. provvederà alla verifica delle procedure previste dal P.A.C. in riferimento alle azioni relative alle seguenti aree:

- Area Generale
- Immobilizzazioni
- Rimanenze
- Patrimonio Netto
- Crediti e Ricavi
- Disponibilità Liquide
- Debiti e Costi

L'U.O. I.A. valuterà principalmente la percezione dei rischi dell'Azienda sulla base della tipologia di attività svolta, dell'organizzazione, della normativa di riferimento e delle considerazioni espresse da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. In particolare, le scelte e i criteri di pianificazione dell'I.A. tengono in considerazione:

1. gli obiettivi di interesse Regionale assegnati all'Azienda;
2. la necessità di porre attenzione ai processi coinvolti nelle politiche di contenimento della spesa, oggetto di specifico monitoraggio da parte della Corte dei Conti, e tradizionalmente ritenute un'area ad alto rischio;
3. l'evoluzione dell'assetto organizzativo e la ridefinizione di ruoli e responsabilità.

Inoltre, le attività di audit sono comunque pianificate sinergicamente alle aree di rischio individuate dalla L. 190/2012 e s.m.i. e da altre attività di risk assessment svolte nell'ambito dell'Azienda.

## **Modifiche/Integrazioni**

Il Piano annuale di audit potrà essere variato ed integrato sulla base di esigenze Aziendali attualmente non pianificabili, o da motivazioni di carattere sanitario, o di sopravvenute indicazioni da parte del competente Assessorato alla Salute.

Gli eventuali scostamenti rispetto al presente Piano saranno comunque giustificati in fase di Relazione Consuntiva Annuale.

**Il Responsabile della Funzione Internal Audit**

Dott. Noto Campanella Maurizio

di mezzo con R.A.

presso il quale si trova la sede dell'Ente, o presso qualsiasi altro luogo in cui il Responsabile della Funzione Internal Audit sia raggiungibile.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

Il Responsabile della Funzione Internal Audit si assumerà ogni responsabilità per le conseguenze di ogni scostamento dal Piano di Audit.

OBETTIVO	COD. AZION E	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURE CONVOLTE	CRONOPROGRAMMA						RISCHIO					
						FEB. 2025	MAR. 2025	APR. 2025	MAG. 2025	JUN. 2025	JUL. 2025	AGO. 2025	SET. 2025	OCT. 2025	NOV. 2025	DIC. 2025	
A1) Prevenire e identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio.	A1.6	Adozione di un sistema di monitoraggio e controllo del rischio del codice di comportamento che prevede anche l'adozione di misure nei confronti del personale che venga meno agli obblighi codificati	conformità	Conformità dell'adozione di un sistema di monitoraggio e verifica dell'rispetto del codice di comportamento che prevede anche l'adozione di misure nei confronti del personale che venga meno agli obblighi codificati	AGG.											RISCHIO BASSO	
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare su base periodica ed in modo sistematico le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	A2.3	Isituzione di un sistema di distribuzione 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	conformità	Conformità dell'utilizzazione 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	CONTROLLO DI GESTIONE											RISCHIO BASSO	
A3) Disporre di sistemi informatici che consentano la gestione online dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	A3.1	Mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificare la correttezza funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo	conformità	Conformità della mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificare la correttezza funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo	ICT - Servizio Informatico Aziendale											RISCHIO BASSO	
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.2	Adozione del Piano dei Conti per la contabilità generale allineato al Piano dei Conti Unico Regionale adottato con Decreto n° 2852 dal/28	conformità	Conformità dell'adozione del Piano dei Conti per la contabilità generale allineato al Piano dei Conti Unico Regionale adottato con Decreto n° 2852 dal/28	CONTROLLO DI GESTIONE											RISCHIO BASSO	
<b>AREA IMMOBILIZZAZIONI</b>																RISCHIO	
D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D2.1	Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità. La procedura, in particolare, dovrà prevedere che: i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che:	conformità	Verifica della conformità inerente ad una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità. La procedura, in particolare, dovrà prevedere che: i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che:	UOC SEPP UOS PATRIMONI												RISCHIO ALTO
D3) Proteggere e salvaguardare i beni.	D3.5	Definizione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	conformità	Verifica della conformità inerente all'individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il raggiungimento dell'obiettivo.	SEPP UOS PATRIMONI											RISCHIO MEDIO	
D4) Individuare separatamente i cespi acquisiti con contributi in conto capitale, i cespi acquisiti con contributi in conto esercizio, i lasciti, le donazioni.	D4.4	Monitoraggio periodico dello controllo individuazione e relativa contabilizzazione dei cespi acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	conformità	Verifica della conformità dell'individuazione separatalemente dei cespi acquisiti con contributi in conto capitale e dei cespi acquisiti con contributi in conto esercizio, i lasciti, le donazioni.	SEPP - PROVVEDITORATO - TECNICO											RISCHIO MEDIO	
D5) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitolazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D5.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria) della spesa di manutenzione al fine di accertare la corretta elevazione in contabilità (analisi falliture, controlli, ordini)	conformità	Verifica della conformità dell'attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertare la corretta elevazione in contabilità (analisi falliture, controlli, ordini)	UOC SEPP - UOS PATRIMONI											RISCHIO MEDIO	
D6) Ricongiornare, con cadenza periodica, le risultanze dei libri cespiti con quelle della contabilità generale.	D6.4	Applicazione della procedura di controllo che, dimesso su base annuale, prevede la quadrazione dei valori di conto e del relativo fondo ammortamento fra schede extraconto, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di fine anno.	controllo periodico	Verifica della conformità sull'applicazione della controlli periodici di controllo che, dimesso su base annuale, prevede la quadrazione dei valori di conto e del relativo fondo ammortamento fra schede extraconto, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di fine anno.	UOC SEPP											RISCHIO MEDIO	



OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURE COINVOLTE	CRONOPROGRAMMA								
						FEB. 2015	MAR. 2015	APR. 2015	MAG. 2015	JUN. 2015	AGO. 2015	OCT. 2015	NOV. 2015	DIC. 2015
		AREA RIMANENZE												RISCHIO ALTO
E1) Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini - reparti/servizi - terzi) delle scorte.	E1.1	Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuale), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziabile per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presto i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) il inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendono alla custodia delle scorse e che devengono la contabilità delle spese e quantità inventariziate (ex: conteggi, pesature ecc...); b) sia definito il raccimento delle merci a tenso rigido, obbligo e scadute; d) ogni refilica da appartenere ai soldi contabili sia preventivamente autorizzata;	conformità		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO O 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti									RISCHIO ALTO
E1.5		Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es: protesi, materici monouso).												RISCHIO ALTO
E1.9		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5		Analisi della conformità e della esecuzione delle Procedure procedura definita ai punti E1.1 e E1.5										RISCHIO ALTO
E2) Individuare i movimenti in entrata ed in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte.	E2.1	Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista la tariffa. a) apposita documentazione interna (con buoni numerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i reai e familiari. b) controlli da porre in essere per garantire la completezza e tempestività registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della pnumerazione dei documenti) c) che i prelievi, i trasferimenti o resi vengano effettuati con documenti interni pnumerati o numerati sequenzialmente d) che le culorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di Implementazione sistemi integrati che consentano di effettuare i cui-dif fisico: report da cui si evinca che la contabilità di magazzino è aggiornata con iulli e soli i movimenti verificatisi ad una certa data.		conformità	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO O 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti								RISCHIO ALTO	
E2.5														RISCHIO ALTO
E2.6		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1		Verifica della conformità della procedura definita al punto E2.1										RISCHIO ALTO
E3) Rilevare gli capelli gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione fra i due sistemi Contabilità Generale e Contabilità di Magazzino	E3.3	Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo fra contabilità generale e contabilità sezione di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo fra anagrafiche di magazzino e conti di cassa, sulla base di criteri condivisi tra i servizi contabili.	Operativo	Verifica operativa delle regole per assicurare comunque il corretto raccordo fra contabilità generale e contabilità sezione di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo fra anagrafiche di magazzino e conti di cassa, sulla base di criteri condivisi tra i servizi contabili.	UOC SEFP									RISCHIO MEDIO
E4) Definire ruoli e responsabilità e contesti di processo di rilevazione Inventari delle scorte (magazzini - reparti/servizi - terzi) al 31 dicembre di ogni anno.	E4.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il raggiungimento dell'obiettivo.	operativo	Verifica operativa dell'individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO O 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti									RISCHIO MEDIO



OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	CRONOPROGRAMMA				
					STRUCTURE CONVOLTE				
<b>E5) Calcolare il turnover delle scorte in magazzino e delle scorte obsolette (scadute e/o non più utilizzabili nel processo produttivo).</b>	E5.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolette e scadute.			DIPARTIMENTO O FARMACEUTICO O Farmacie ospedaliere e 7 reparti				
	E5.2	Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.							
	E5.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.		Verifica della conformità inerente la esecuzione della procedura definita ai punti precedenti					
	E5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti						RISCHIO MEDIO	
<b>E7) Gestire i magazzini in modo da garantire: la separazione fra funzionalità di contabilità di magazzino e di contabilità generale; la verifica tra merci ricevute e quantità ordinate; la rilevazione e la fruibilità degli scarichi di magazzino e del trasferimento di reparto; la ricommissione tra qualità inventariate e qualità rilevate; la valutazione in contabilità generale.</b>	E7.1	Adozione di un funzionigrama, (ogni giorno ad ogni variazione della pianta organica), in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti ai reparti; ricommissione tra quantità inventariate e quantità rilevate; la valutazione in contabilità generale.	operativo	Verifica operativa per l'adozione di un funzionigrama, (ogni giorno ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinata; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti di inventari e valutazione in contabilità generale.	DIPARTIMENTO O FARMACEUTICO O Farmacie ospedaliere e 7 reparti				
	F1.3	Separare adeguatamente compiti e gestione delle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei corrispetti ricevuti).	operativo	Applicazione della procedura di "contabilità per commessa" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e - previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correnti.				RISCHIO MEDIO	
	F2.3	Realizzare riscontri periodici fra le ristianze contabili inerenti all'azienda e quelle esterne, provenienti dai debitori.	operativo	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.				RISCHIO MEDIO	
	F4.6	Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare, ostringere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controlli ed approvazioni prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	operativo	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche valide a riscontrare la corrispondenza tra i punti clienti e contabilità generale.				RISCHIO MEDIO	
<b>F5) Valutare i crediti e i ricavi, tenendo conto di tutti i titoli che possono influire sui valori degli stessi, quali ad esempio: il rischio di incertezza e l'eventualità di rettifiche.</b>	F5.1	Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentale per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti (anzianità, stato del debito e garanzie ricevute), e per la stima degli incocantamenti al Fondo Svalutazione Crediti.		Conformità alla procedura definita ai punto F.1	UOC SEFP + UOC AA.GG.			RISCHIO ALTO	
	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punto F.1						RISCHIO ALTO	







OBETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	CRONOPROGRAMMA			
					STRUCTURE COINVOLTE			
[5] Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul controllo di trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato o dipendente e dei medici della medicina convenzionata a base, secondo la legislazione giuridivisoria e previdenziale.	15.4	Laddove i sistemi di contabilità generale e di gestionale dei personale risultino diversi e non integrati, adottare un criterio di raccordo fra i dati contabili e gestionali al fine di garantirne la corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 e 15.5	operativo	Verifica operativa dei sistemi di contabilità generale e di gestionale del personale non integrati, adottare un criterio di raccordo fra i dati contabili e gestionali al fine di garantirne la corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 e 15.5	RISORSE UMANE + SEFP			RISCHIO ALTO
[6] Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione del debito (e dei corrispettivi costi).	16.2	Applicazione di uno procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati.	operativo	Verifica operativa dell'applicazione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati.	UOC SEFP			RISCHIO BASSO
[7] Realizzare riconconti periodici fra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai creditori.	17.1	Richiedere periodico o almeno annuale di conferma scaduti ai creditori dell'azienda selezionati eventualmente su base campionaria	operativa	Verifica operativa inerente la richiesta di conferma scaduti ai creditori dell'azienda selezionati eventualmente su base campionaria	UOC SEFP			RISCHIO ALTO
[8] Realizzare analisi comparate periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente ed ai scaduti dell'anno precedente rapportarli al periodo.	18.1	Analisi degli scostamenti dei costi del periodo corrente rispetto ai costi dello stesso periodo dell'anno precedente ed ai scaduti dell'anno precedente rapportarli al periodo.	operativa	Verifica operativa inerente l'andamento degli scostamenti dei costi del periodo corrente rispetto ai costi dello stesso periodo dell'anno precedente ed ai scaduti dell'anno precedente	UOC SEFP			RISCHIO BASSO
DATA DI EMISSIONE		Recita da interno Audit Dott. Noto Campanella Maurizio		Verificata da : Referente P.A.C. Dott.ssa Beatrice Salvago				

Approvato dal Direttore Generale Dott. Giuseppe Capodischi



DATA DI EMISSIONE



Data di interno Audit Dott. Noto Campanella Maurizio





(ALLEGATO 2)

La presentazione di questo documento ha lo scopo di illustrare gli obiettivi di rischio della Azienda Sanitaria Provinciale N.1 di Agrigento, la sua struttura organica e le attività esercitate, oltre che di fornire una panoramica sui principali rischi che si manifestano nel territorio di competenza dell'Azienda.

## *Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento*

### **RELAZIONE DI RISK ASSESSMENT 2025**

## **PREMESSA**

il Risk Assessment è definito come un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, svolto dalla Funzione di Internal Auditing che individua le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

L'Internal Audit esercita un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza. Assiste l'organizzazione nel perseguitamento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a migliorare e valutare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di Governo dell'Azienda.

Il Risk Assessment rappresenta l'attività preliminare alla formazione dei Piani annuali di Audit e tiene conto delle varie tipologie di rischio che esistono in azienda:

- **Rischi Strategici**, derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali (possono avere origine interna o esterna);
- **Rischi di processo**, connessi alla normale gestione operativa dei processi aziendali che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia/efficienza, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio e di conformità alla normativa (es. compliance, information technology, risorse umane, finanziari);
- **Rischi di Informativa**, derivanti dalla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni all'azienda che possono impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza delle informazioni prodotte nonché l'efficacia delle decisioni strategiche ed operative.

L'Internal Audit adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento (la frequenza del manifestarsi del rischio) e di impatto (il livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il perseguitamento delle strategie e degli obiettivi aziendali).

L'identificazione delle aree critiche costituisce l'azione preliminare alla formulazione del Piano Annuale di Audit. L'obiettivo di questa fase consiste nell'individuare all'interno di determinate aree (funzione, processi, ecc.) maggiormente critiche, e quindi potenzialmente esposte a rischi che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi.

- Identificazione dei rischi;
- Risk assessment.

### **Identificazione dei rischi**

L'individuazione delle aree critiche dell'Azienda avviene tramite l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi/richieste/indicazioni provenienti da strutture interne/organismi esterni all'Azienda, dall'analisi di documenti/dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate. In questo ambito il punto di avvio è rappresentato dalle Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il PAC ha individuato le seguenti Aree organizzativo/gestionali Critiche:

A – Area Generale;

D – Area Immobilizzazioni;

E – Area Rimanenze;

F – Area Crediti Ricavi;

G – Area Disponibilità liquide;

H – Area Patrimonio Netto ;

I – Area Debiti Costi.

Altri fonti interne ed esterne sono:

- Verbali del Collegio Sindacale;
- Piano annuale di Risk management;
- Valutazione strumenti di monitoraggio della performance aziendale (es. obiettivi di budget);
- Verbali del Collegio di Direzione;
- Verbali del Comitato Valutazioni sinistri;
- Confronto con il Servizio Legale;
- Piano Triennale Anticorruzione;
- Confronto con il Referente anticorruzione aziendale;
- Richieste di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero, della - Regione;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico.

### Risk assessment

Lo strumento metodologico adottato è la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di probabilità e di impatto, con una valutazione di tipo qualitativo.

**RISCHIO:** evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'Azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management.

In primo luogo è necessario VALUTARE IL RISCHIO in cui l'Azienda incorre misurando lo stesso in termini di PROBABILITA' di ACCADIMENTO e di IMPATTO:



## RISCHIO = PROBABILITA' x IMPATTO

Per una migliore intelligenza dei criteri di valutazione adottati, come sopra illustrati, si riportano di seguito n. 2 tabelle che danno evidenza, rispettivamente, della "probabilità di accadimento" e del livello di "impatto":

PROBABILITA' DI ACCADIMENTO (*)		
RATING	PROBARITÀ	DESCRIZIONE
1	<b>Raro</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota.
2	<b>Poco Probabile</b>	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo.
3	<b>Molto probabile</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità.
4	<b>Raro</b>	E' presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito ( es. anno).

(\*) Probabilità: è la frequenza nel manifestarsi del rischio ( significativa è l'esperienza e la capacità di giudizio del responsabile del processo e dell'auditor)

IM PATTO (**)		
RATING	IMPATTO	DESCRIZIONE
1	<b>Irrilevante</b>	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi ma situazioni anomale che, a giudizio del management, possono richiedere interventi correttivi sui controlli a presidio di tali rischi.
2	<b>Moderato</b>	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda (es. inefficienze o Interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio).
3	<b>Significativo</b>	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione.
4	<b>Grave</b>	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es. casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici).

(\*\*) Impatto : livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi.

La valutazione complessiva del rischio in termini di “probabilità” e “impatto” è stata, poi, effettuata moltiplicando il *rating* assegnato alla probabilità per quello assegnato all’impatto:

RACM —			IMPATTO			
Risk Assessment Criteria Matrix			1	2	3	4
PROBABILITÀ'	IRRILEVANTE	MODERATO	SIGNIFICATIVO	GRAVE		
	4 QUASI CERTO	MEDIO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO	
	3 MOLTO PROBABILE	MEDIO	MEDIO	ALTO	ELEVATO	
	2 POCO PROBABILE	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	
	1 RARO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO

LEGENDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
B	Rischio Basso
M	Rischio Medio
A	Rischio Alto
E	Rischio Elevato

La stima della probabilità e dell’impatto di un rischio avviene attraverso l’individuazione di opportuni indicatori e la costruzione di matrici di rischio:

La valutazione del rischio è stata effettuata con riferimento a tutte le azioni previste nel piano di attuazione PAC, di cui al D.A. 1559/2016 come di seguito in elenco:

A – Area Generale;

D – Area Immobilizzazioni;

E – Area Rimanenze;

F – Area Crediti Ricavi;

G – Area Disponibilità liquide;

H – Area Patrimonio Netto ;

I – Area Debiti Costi.

La presenza di adeguati controlli e la loro efficacia ed effettività di svolgimento in ciascun processo aziendale impattano sulla valutazione del rischio e sul grado di riduzione dello stesso.

Le aree definite dal P.A.C. (Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci) sono un classico esempio di obiettivo programmatico che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ha fatto proprio e i cui rischi sono oggetto di identificazione e valutazione che si traducono nella redazione del Piano annuale di Audit.

Nella redazione del Piano di Audit si è tenuto conto dell'esito delle attività di auditing svolte nell'anno 2024 dall'Internal Audit.

Per quanto premesso, si evidenzia di seguito la mappatura dei rischi anno 2025:

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di LA.: dott. Noto Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice salvago						
OBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
AREA GENERALE						
A1) Prevenire ed Identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio.	A1.6	Adozione di un sistema di monitoraggio e verifica del rispetto del codice di comportamento che preveda anche l'adozione di misure nei confronti del personale che venga meno agli obblighi codificati	1	2	2	RISCHIO BASSO
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	A2.3	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	1	2	2	RISCHIO BASSO
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e formazione delle voci di bilancio.	A3.1	Mappatura degli applicativi IT in uso con lo scopo di verificare la copertura funzionale rispetto alle esigenze di natura amministrativa contabile e definizione delle eventuali esigenze di sviluppo	1	2	2	RISCHIO BASSO
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.2	Adozione del Piano dei Conti per la contabilità generale allineato al Piano dei Conti Unico Regionale adottato con Decreto n° 2852 del 28 dicembre 2012, così come modificato con DDG n°109/2014	1	2	2	RISCHIO BASSO

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di I.A.: dott. Nota Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice salvago						
OBETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE				
<b>AREA IMMOBILIZZAZIONI</b>						
			PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D2.1	Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità. La procedura, in particolare, dovrà prevedere che: a. i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che: - utilizzano i cespiti; - aggiornano le schede extracontabili dei cespiti. b. sia possibile identificare tutti i cespiti fisici con i corrispondenti cespiti delle schede extracontabili e del Libro cespiti. c. qualora emergano delle differenze fisiche o si riscontra l'esistenza di cespiti non più in uso, tali voci vengano sottoposte all'esame della Direzione o di un responsabile e vengano effettuate le opportune raffiche in contabilità generale e nel Libro cespiti.	2	4	8	RISCHIO ALTO
D3) Proteggere e salvaguardare i beni.	D3.5	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D5) Individuare separatamente i cespiti acquistati con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquistati in base alle diverse tipologie di acquisto.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione all'fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini).	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D7) Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale.	D7.3	Applicazione della procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadriatura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento.	2	3	6	RISCHIO MEDIO

ASP AGRIMENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di I.A. : dott. Noto Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice salvago						
OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE				
AREA RIMANENZE			PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
E1) Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini - reparti/servizi - terzi) delle scorte.	E1.1	[Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendono alla custodia delle giacenze e che difendono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definita il trattamento delle merci a lento giro, obsolete e scadute; d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario]		2	4	8
	E1.5	Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso).				RISCHIO ALTO
	E1.9	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5				
E2) Individuare i movimenti in entrata ed in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte.	E2.1	[Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni numerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della numerazione dei documenti) c) che i prelevi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni numerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Caisilca applicativa]		2	4	8
	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1				RISCHIO ALTO
E3) Rilevare gli aspetti gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione fra i due sistemi Contabilità Generale e Contabilità di Magazzino	E3.3	Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di c.o.g. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti.		2	3	6
E4) Delinire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte (magazzini - reparti/servizi - terzi) al 31 dicembre di ogni anno.	E4.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.		2	3	6
E5) Calcolare il turnover delle scorte in magazzino e delle scorte obsolete (scadute e/o non più utilizzabili nel processo produttivo).	E5.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute				
	E5.2	Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.		2	3	6
	E5.3	Individuazione definitiva responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.				RISCHIO MEDIO
	E5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti				
E7) Gestire i magazzini in modo da garantire: la separazione tra funzioni di contabilità di magazzino e di contabilità generale; la verifica tra merci ricevute e quantità ordinate; la rilevazione e la tracciabilità degli scarichi di magazzino e dei trasferimenti al reparto; la riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale.	E7.1	Adozione di un funzionigramma, (aggiornato ad ogni variazione dello piano organico) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate; la valorizzazione in contabilità generale.		2	2	4
						RISCHIO MEDIO

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di I.A.: dott. Noto Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice salvago						
OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
<b>AREA CREDITI E RICAVI</b>						
F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei corrispettivi).	F1.3	Applicazione della procedura di "contabilità per commessa" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziamento delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correlati.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
F2) Realizzare riconconti periodici fra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai debitori.	F2.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione.	F4.6	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza tra i partitari clienti e contabilità generale.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
F5) Valutare i crediti e i ricavi, tenendo conto di tutti i fattori che possono influire sul valore degli stessi, quali ad esempio: il rischio di inesigibilità e l'eventualità di rettifiche.	F5.1	Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti (anzianità, stato del debito e garanzie ricevute), e per la stima degli accantonamenti al Fondo Svalutazione Crediti.	2	4	8	RISCHIO ALTO
	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1				

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di I.A.: dott. Noto Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice salvago						
OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
<b>AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE</b>						
G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economiche e CUP) e dei crediti/deboli verso l'Istituto Tesoriere.	G1.2	Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
	G1.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2				
G2) Separare adeguatamente compiti e responsabilità tra le attività di rilevazione contabile di ricavi, costi, crediti e debiti e le attività di rilevazione contabile d'incassi e pagamenti.	G2.2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	1	2	2	RISCHIO BASSO
G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	G4.2	Applicazione della procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (qual reversi di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
<b>AREA PATRIMONIO NETTO</b>						
H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cospìli finanziari, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono.	H2.4	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	1	3	3	RISCHIO MEDIO
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.	H3.3	Applicazione della procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta di associare a ciascun contributo in c/capitale la delibera di assegnazione e il titolo di rescissione da parte dell'azienda.	1	2	2	RISCHIO BASSO
H4) Identificare puntualmente i conferimenti, le donazioni ed i lasciti vincolati a investimenti e la riconciliazione sistematica fra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i corrispettivi cospìli capitalizzati, nonché fra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica fra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i corrispettivi cospìli capitalizzati, nonché fra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.	2	2	4	RISCHIO MEDIO

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT						
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025						
Responsabile delle funzioni di I.A.: dott. Noto Campanella Maurizio						
Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice Salvago						
OBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE				
AREA DEBITI E COSTI			PROBABILITA'	IMPATTO	RATING	RISCHIO PERCEPITO
[12] Impiegare documenti idonei ed approvati, lasciando traccia dei controlli svolti; ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i debiti deve essere comprovata da appositi documenti che siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	I2.2	Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli al fine garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle operazioni che originano, modificano o estinguono il debito.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
[13] Dare evidenza dei controlli effettuati con particolare riguardo alla comparazione di ordini - offerte richieste ai fornitori - bolla di entrata della merce in magazzino: alla verifica delle fatture dei fornitori (intestazione, bolla-fattura, bolla-ordine, calcoli arithmetici, adempimenti fiscali, autorizzazione al pagamento).	I3.5	Applicazione della procedura per la gestione dei pagamenti	2	3	6	RISCHIO MEDIO
[14] Fornire idonei elementi di stima e di previsione dei debiti di cui si conosce l'esistenza ma non l'ammontare: merci acquisite o servizi ricevuti senza che sia stata ricevuta e contabilizzata la relativa fattura; debiti a lungo termine, comprensivi degli interessi, per i quali sussistono particolari problemi di valutazione; debiti sui quali siano maturati interessi o penaltà da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debili conti.	I4.3	Verifica delle fatture passive pervenute dopo la chiusura dell'esercizio e sino alla data di approvazione del bilancio al fine di individuare passività che avrebbero dovuto essere rilevate entro la data di riferimento del bilancio.	2	4	8	RISCHIO ALTO
[15] 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 giurisprudenziale e previdenziale.	I5.4	Laddove i sistemi di contabilità generale e di gestionale del personale risultino diversi e non integrali, adottare un sistema di raccordo fra i dati contabili e gestionali al fine di garantirne l'affidamento	2	4	8	RISCHIO ALTO
[16] Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione del debito (e dei correlati costi).	I6.2	Applicazione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati.	1	2	2	RISCHIO BASSO
[17] Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai creditori.	I7.1	Richiesta periodica o almeno annuale di conferma saldi ai creditori dell'azienda selezionati eventualmente su base campionaria	2	4	8	RISCHIO ALTO
[18] Realizzare analisi comparative periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.	I8.1	Analisi degli scostamenti dei costi del periodo corrente rispetto ai costi dello stesso periodo dell'anno precedente ed ai costi dell'anno precedente rapportati al periodo.	1	2	2	RISCHIO BASSO

Tutte le aree classificate ad Alto rischio saranno oggetto di uno o più audit nel corso degli anni successivi, a meno che la magnitudo del rischio non risulti attenuata nelle successive mappature.

Le azioni e le procedure valutate a Medio e Basso rischio saranno audite secondo cronoprogramma da svolgersi nel corso dell'anno. Eventuali "esiti negativi" o "esiti con riserva" saranno rivalutati con appositi follow-up.

Agrigento, .....

Il Responsabile della Funzione Internal Audit  
Dott. Noto campanella Maurizio



Avuto il visto da: **Isabella Saccoccia**

11 pag



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

## DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

dal \_\_\_\_\_

## DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,  
dal \_\_\_\_\_

Immediatamente esecutiva dal 28 GEN 2025

Agrigento, li 28 GEN 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

## REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi