



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALI
DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 176 DEL 30 GEN 2026

OGGETTO: Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.) - Approvazione ed adozione del Risk Assessment 2026 e del Piano di Audit 2026.

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Amministrativo

PROPOSTA N. 165 DEL 27/01/2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO Internal Audit
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 COMPORTA
ORDINE DI SPESA

() Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P. _____

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

Sig.ra Siracusa Maria
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 27.01.2026

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTI del mese di JANNAIO
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 DOM. SSA TEAMESA e INQUE 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;

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”*;

VISTI i D.A. n. 2128 DEL 12/11/2013, n. 402 del 10/03/2015 e n. 1559 del 05/09/2016;

VISTO il D.A. n.10 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. la conclusione al 31.12.2023;

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. 119 del 28.01.2025 è stato approvato il Piano annuale Internal Audit 2025;

CONSIDERATO che con Deliberazione del Direttore Generale n. 1824 dell'11/09/2025, avente ad oggetto "*Presa d'atto dell'attestazione del conseguimento della certificabilità dei dati e del bilancio dell'ASP di Agrigento alla data del 30/06/2025*", è stato conseguito il primo traguardo dell'Obiettivo 8 ("Salute e funzionamento") della Direzione Generale;

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. 1079 del 13/01/2026, con la quale l'Assessorato, ha disposto per le Aziende del SSR di definire ed adottare : “*Relazione di Risk: Assessment*” e “*Piano annuale Audit anno 2026*” ;

VISTA la “*Relazione di Risk Assessment 2026*” 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 2026*”, sulla scorta delle indicazioni assessoriali per come proposto dal competente Servizio;

PROPONE

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

PRENDERE ATTO della “*Relazione di Risk Assessment anno 2026*” svolta dall'Internal Audit che si allega come parte integrante del presente provvedimento (Allegato 1);

APPROVARE il “*Piano annuale attività di Audit anno 2026*”, che si allega come parte integrante del presente provvedimento (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;

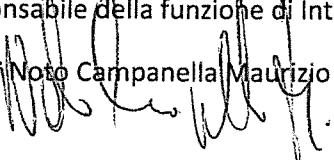
DI NOTIFICARE il presente provvedimento al Collegio Sindacale, all'Organismo Indipendente di Valutazione ed al Responsabile Anticorruzione;

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 ESPRESSI

Parere Favorabile
Data 30/01/2026

Parere Favorabile
Data 30/01/2026

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Enilia Raggi


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;

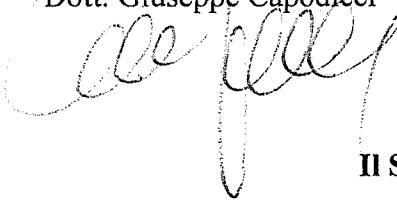
Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

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

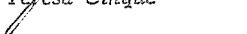
DELIBERA

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 Segretario del Dipartimento AMM.VO TPO
Nino Stilo "Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cingue


REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 5 – Economico Finanziario
U.O.B. 5.1.

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

Prot. n. 1079

del 13/01/2026

OGGETTO: Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) – Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2[^] semestre 2025 -Piano annuale Audit- anno 2026.

Alle Direzioni Strategiche
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
Ai Referenti P.A.C
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

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

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

LORO SEDI

Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 2[^] semestre 2025

Ai sensi dell'art. 2 (Obbligo di certificabilità dei dati) del DM. del 17.09.2012: "Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 19 comma 2 lettere b) e c) del Decreto legislativo 23 giugno 2011 n° 118, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n° 266 e dall'art. 11 del Patto per la Salute 2010 -2012 devono garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci".

A seguito dell'attività di monitoraggio effettuata per il I semestre 2025 sulle Aziende del SSR, lo Scrivente servizio riscontra taluni elementi da attenzionare in sede della ordinaria trasmissione degli report di Audit al 31.12.2025 oggetto della presente comunicazione.

In particolare:

- **con riferimento alla griglia di Audit**, che si allega in formato excel, sia per gli interventi di Audit ordinari che in follow up, si richiede alle Aziende in indirizzo di indicare per ogni "Azione", solo l'esito delle verifiche effettuate per ogni U.O.

Nel caso in cui la stessa azione di audit sia stata effettuata su più U.O., la singola sezione della griglia potrà essere duplicata e intestata alla U.O. oggetto di verifica. Nel caso in cui insistano sulla stessa U.O. più articolazioni organizzative da auditare, la singola sezione della griglia non potrà essere duplicata.

- Gli esiti e le eventuali note in merito alle articolazioni organizzative afferenti alla medesima U.O. dovranno essere riportati nel campo "Fattori di criticità" dettagliando analiticamente l'esito (positivo/negativo/con riserva) per ogni articolazione descrivendo sinteticamente eventuali criticità. Si precisa, inoltre, che affinché alla U.O. di riferimento possa essere attribuito l'esito "Positivo" è necessario che tutte le relative verifiche afferenti alle articolazioni organizzative abbiano avuto una valutazione positiva. Contrariamente, il compilatore dovrà attribuire alla U.O. l'esito "con riserva" o "negativo", applicando una valutazione per difetto (a titolo esemplificativo se la verifica di una UO è effettuata su n. 5 articolazioni organizzative, di cui n. 3 con esito positivo, n.1 con esito con riserva e n. 1 con esito negativo, dovrà essere riportato, quale esito afferente alla UO, un esito negativo);
- sempre con riferimento alla griglia di audit, se sono stati effettuati diversi interventi di Audit in follow up nel medesimo anno, si richiede alle Aziende in indirizzo di indicare per ogni "Azione", solo l'esito e la data dell'ultima verifica, riportando il dettaglio degli ulteriori interventi all'interno del campo "Fattori di criticità";
 - con riferimento al "Modello strutture PAC", si chiede di esplicitare dettagliatamente, all'interno della relazione di Audit al 31.12.2025, i criteri utilizzati per identificare le strutture oggetto di verifica, dandone adeguata evidenza all'interno dell'allegato B1 "Tabella Strutture per Area PAC".

Pertanto, in linea con quanto previsto dalle suddette indicazioni, si richiede la trasmissione della seguente documentazione:

1. Griglia degli Audit aggiornata al 31.12.2025;
2. Modello strutture PAC da auditare ed auditate al 31.12.2025;
3. Relazione di accompagnamento attività di Audit aggiornata al 31.12.2025, la quale dovrà essere suddivisa per "Area" e dare evidenza dei risultati raggiunti, delle criticità esaminate e degli eventuali punti aperti;
4. Elenco referenti PAC per funzione al 31.12.2025.

Si segnala altresì che eventuali documenti non conformi a quanto previsto dalle suddette direttive non saranno accettati dallo scrivente servizio e pertanto sarà richiesta nuovamente la compilazione dei documenti sopracitati.

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa in formato PDF (debitamente sottoscritta) e in formato editabile senza modificarne la struttura entro e non oltre il termine del 30 gennaio 2026, all'indirizzo PECdipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it mettendo in CC l'indirizzo g.scoma@regione.sicilia.it

Piano annuale Audit- anno 2026

Nell'ambito delle attività di monitoraggio ed alla conseguente certificazione del bilancio aziendale, le Aziende Sanitarie in indirizzo dovranno trasmettere a questo Dipartimento la seguente documentazione entro e non oltre la data del 16 febbraio 2026.

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

Al riguardo è opportuno ribadire che il sistema di controllo interno e la gestione dei rischi devono consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali e devono essere integrati nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria avuto riguardo ai modelli procedurali previsti dal Percorso Attuativo di Certificabilità che mirano al raggiungimento degli obiettivi aziendali (attendibilità dell'informatica economico - finanziaria, efficacia ed efficienza della gestione aziendale, rispetto della normativa di settore). La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C, è ovviamente subordinata a una preliminare valutazione del "rischio" aziendale.

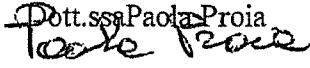
- **Piano annuale Audit anno 2026** - nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Inoltre, il piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C, successivamente pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda e dovrà contenere:
- *Azione/Procedura oggetto di audit;*
 - *Struttura aziendale auditata;*
 - *Obiettivo dell'intervento;*
 - *Ambito dell'Audit;*
 - *Cronoprogramma delle attività da svolgersi nell'anno solare.*

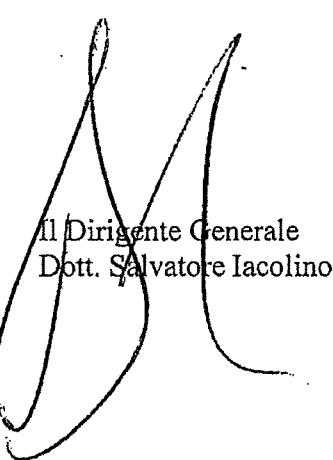
Le eventuali modifiche al piano apportate in corso di anno dovranno essere sottoposte ad approvazione con le stesse modalità previste per l'approvazione del piano annuale.

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

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma



Il Dirigente del Servizio 5
Dott.ssa Paola Proia




Il Dirigente Generale
Dott. Salvatore Iacolino



(ALLEGATO 1)

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' P.A.C.

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

RELAZIONE DI RISK ASSESSMENT 2026

1. DEFINIZIONI E FINALITÀ

L'**Internal Audit** esercita un'attività indipendente ed obiettiva di *assurance* e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza aziendale. Assiste l'organizzazione nel perseguitamento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto migliorando i processi di controllo, di gestione dei rischi e di Governance.

Il **Risk Assessment** è il processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi e finanziari) che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale. Tale processo è svolto dall'Internal Audit al fine di individuare le aree aziendali maggiormente esposte al rischio e rappresenta l'attività propedeutica alla formazione dei Piani Annuali di Audit.

La gestione dei rischi deve consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali e deve essere integrata nei più generali assetti organizzativi di governo dell'Azienda sanitaria, avuto riguardo ai modelli procedurali previsti dal Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.). La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente sanitario attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C. è ovviamente subordinata a una preliminare valutazione del «rischio» aziendale.

2. TIPOLOGIE DI RISCHIO

L'analisi tiene conto delle diverse fattispecie di rischio esistenti in azienda:

- **Rischi Strategici:** eventi che possono condizionare o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi aziendali (origine interna o esterna).
 - **Rischi di Processo:** connessi alla gestione operativa; possono pregiudicare efficacia, efficienza, qualità dei servizi, salvaguardia del patrimonio e conformità normativa (es. compliance, IT, risorse umane, finanziari).
 - **Rischi di Informativa:** derivanti dall'inadeguatezza dei flussi informativi interni, che possono impedire una corretta analisi delle problematiche e pregiudicare la correttezza delle informazioni prodotte.
-

3. METODOLOGIA: LA MATRICE RACM

L'Internal Audit adotta la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) per valutare il rischio in termini qualitativi e quantitativi, secondo la formula:

$$\text{Rischio} = \text{Probabilità} \times \text{Impatto}$$

3.1 Scala della Probabilità di Accadimento

Indica la frequenza stimata del manifestarsi del rischio.

Rating	Probabilità	Descrizione
1	Raro	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota.
2	Poco Probabile	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo.
3	Molto Probabile	La probabilità è reale, anche se non sistematica.
4	Frequente	L'evento si manifesta sistematicamente o ripetutamente o dell'anno.

3.2 Scala dell'Impatto

Indica il livello di influenza del rischio sul raggiungimento degli obiettivi e delle strategie.

Rating	Impatto	Descrizione
1	Irrilevante	Nessun impatto concreto; può richiedere lievi interventi correttivi sui controlli.
2	Moderato	Impatto contenuto (es. inefficienze temporanee, problemi minimi di erogazione).
3	Significativo	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione.
4	Grave	Impatto critico (es. casi di frode, malversazione, inefficacia dei sistemi informatici).

4. MATRICE DI CALCOLO E AZIONI DI AUDIT

Attraverso l'incrocio dei valori di Probabilità e Impatto si ottiene il posizionamento dell'area nella seguente matrice:

PROBABILITÀ / IMPATTO	1. Irrilevante	2. Moderato	3. Significativo	4. Grave
4. Frequenti	4 (Medio)	8 (Alto)	12 (Critico)	16 (Critico)
3. Molto Probabile	3 (Basso)	6 (Medio)	9 (Alto)	12 (Critico)
2. Poco Probabile	2 (Basso)	4 (Medio)	6 (Medio)	8 (Alto)
1. Raro	1 (Basso)	2 (Basso)	3 (Basso)	4 (Medio)

Strategia di intervento:

Valore (P x I)	Livello di Rischio	Azione dell'Internal Audit
Punteggio 8-16	Alto / Critico	Priorità Massima. Inserimento obbligatorio nel Piano di Audit annuale.
Punteggio 4-6	Medio	Priorità Media. Audit secondo cronoprogramma o follow-up mirati.
Punteggio 1-3	Basso	Monitoraggio. Audit a rotazione o rivalutazione in caso di variazioni.

5. AREE DI INTERVENTO P.A.C. (D.A. 1559/2016)

La valutazione è stata effettuata con riferimento alle azioni previste nel piano di attuazione PAC aziendale:

- **A** – Area Generale
- **D** – Area Immobilizzazioni
- **E** – Area Rimanenze
- **F** – Area Crediti/Ricavi

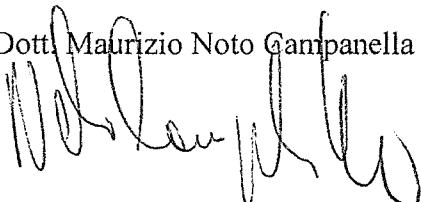
- **G** – Area Disponibilità liquide
- **H** – Area Patrimonio Netto
- **I** – Area Debiti/Costi

Nella redazione del presente documento si è tenuto conto dell'esito delle attività di auditing svolte nell'anno 2025. Tutte le aree classificate ad Alto rischio saranno oggetto di audit prioritario nel 2026. Per le aree a rischio Medio e Basso, si procederà secondo cronoprogramma, con eventuali follow-up in caso di esiti negativi.

Per quanto premesso, si evidenzia di seguito la mappatura dei rischi anno 2026:

Il Responsabile della Funzione Internal Audit

Dott. Maurizio Noto Campanella





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	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"A" AREA GENERALE						
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.	A2.2	Istituzione di una unità di lavoro (con ruoli e responsabilità) per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo.	2	1	2	RISCHIO BASSO
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	A3.2	Avviare progetti di sviluppo (anche attraverso attivazione di bandi per l'acquisizione di forniture e servizi connessi allo sviluppo IT) propedeutici alla plena realizzazione del PAC.	2	1	2	RISCHIO BASSO
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.3	Istituzione del Piano aziendale del CRIL coerente con la struttura organizzativa ed i centri di responsabilità aziendali e con le indicazioni regionali di cui al DDG n°874 del 3 maggio 2013	2	1	2	RISCHIO BASSO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI						
D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni.	D1.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	2	1		RISCHIO BASSO
D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D2.3	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furto) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1	3	3	9	RISCHIO ALTO
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	3	3	9	RISCHIO ALTO
D4) Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti.	D4.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla corretto, completo ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D6.2	Applicazione di un processo operativo finalizzato alla corretta e completa individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.	2	3	6	RISCHIO MEDIO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"E" AREA RIMANENZE						
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 fra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a tento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E1.5	Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso).	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E1.9	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5	3	3	9	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 fra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerali) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti) c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerali o numerali sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1	3	3	9	RISCHIO ALTO
E4) Definire 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.	3	3	9	RISCHIO ALTO
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				RISCHIO MEDIO
	E5.2	Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.				RISCHIO MEDIO
	E5.3	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
	E5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti				RISCHIO MEDIO
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 fra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale.	E7.1	Adozione di un funzionigramma, (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione fra quantità inventariate e quantità rilevate; la valorizzate in contabilità generale.	2	3	6	RISCHIO MEDIO

ASP AGRIGENTO U.O. INTERNAL AUDIT
PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI AUDIT 2025
 Responsabile delle funzioni di I.A. : dott. Nata Campanella Maurizio
 Referente P.A.C. Aziendale Dott.ssa Beatrice Salvago

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"F" AREA CREDITI E RICAVI						
F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2	Definizione di una procedura di "contabilità per commessa" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi correlati.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
"G" AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE						
G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.	G1.3	Applicazione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	G4.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
G5) Tracciare, in modo chiaro, evidente e ripercorribile, tutti i controlli svolti sulle operazioni di Tesoreria (inclusa l'attività di riconciliazione contabile con le risultanze dell'Istituto Tesoriere, dei conti correnti postali, delle casse economiche, ecc.).	G5.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione dei documenti originali (ottenuta dall'Istituto Tesoriere, dall'ente postale, ecc.).	2	2	4	RISCHIO MEDIO
"H" AREA PATRIMONIO NETTO						
H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto.	H1.2	Applicazione della procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziari, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono.	H2.1	Riconciliazione dei contributi per investimenti iscritti nel PN con indicazione del cespote/i di riferimento.	2	2	4	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.	H3.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	1	2	2	RISCHIO BASSO

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	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"I" AREA DEBITI E COSTI						
I1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari; documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.	I1.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
I2) 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.	I2.3	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
I4) 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 penali da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debiti certi.	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.	3	3	9	RISCHIO ALTO
I5) Formalizzare i flussi informativi e consentire la percomibilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale.	I5.6	Applicazione di procedure atte a rilevare e regolamentare le tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato, ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
I6) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti (e dei correlati costi).	I6.1	Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati le cui principali funzioni concernano: la determinazione dei fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture dei fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc..	2	3	6	RISCHIO MEDIO
I7) 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	3	3	9	RISCHI ALTO
I8) Realizzare analisi comparate periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.	I8.3	Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento	2	1	2	RISCHIO BASSO
DATA DI EMISSIONE		Redatto da Internal Audit Dott. Noto Campanella Maurizio	Verificato da : Referente P.A.C. Dott.ssa Beatrice Salvago		Approvato dal Direttore Generale Dott. Giuseppe Copodieci	

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"A" AREA GENERALE						
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.	A2.2	Istituzione di una unità di lavoro (con ruoli e responsabilità) per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti fra i dati preventivi e consuntivi di periodo.	2	1	2	RISCHIO BASSO
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	A3.2	Avviare progetti di sviluppo (anche attraverso attivazione di bandi per l'acquisizione di forniture e servizi connessi allo sviluppo I) propedeutici alla piena realizzazione del PAC.	2	1	2	RISCHIO BASSO
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.3	Istituzione del Piano aziendale dei CRIL coerente con la struttura organizzativa ed i centri di responsabilità aziendali e con le indicazioni regionali di cui al DDG n°874 del 3 maggio 2013	2	1	2	RISCHIO BASSO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI						
D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni.	D1.2	Applicazione di una procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D2.3	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1	3	3	9	RISCHIO ALTO
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	3	3	9	RISCHIO ALTO
D4) Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti.	D4.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D6.2	Applicazione di un processo operativo finalizzato alla corretta e completa individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.	2	3	6	RISCHIO MEDIO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"E" AREA RIMANENZE						
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 detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute; d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E1.5	Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso).	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E1.9	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5	3	3	9	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 fra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti) c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di	3	3	9	RISCHIO ALTO
	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1	3	3	9	RISCHIO ALTO
E4) Definire 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.	3	3	9	RISCHIO ALTO
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	2	3	6	RISCHIO MEDIO
	E5.2	Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.				RISCHIO MEDIO
	E5.3	Individuazione dell'unità 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				RISCHIO MEDIO
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 fracciaibilità degli scarichi di magazzino e dei trasferimenti al reparto; la riconciliazione tra quantità inventariale e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale.	E7.1	Adozione di un funzionigramma, (aggiornarlo ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione fra quantità inventariale e quantità rilevate; la valorizzate in contabilità generale.	2	3	6	RISCHIO MEDIO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	PROBABILITA'	IMPATTO	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"F" AREA CREDITI E RICAVI						
F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2	Definizione di una procedura di "contabilità per commesso" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi correlati.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
F2) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai debitori.	F2.1	Attuazione, con periodicità almeno annuale, di procedure di richiesta di conferma esterna (circolarizzazione) sui saldi creditori dell'Azienda ad una data presabilità e riconciliazione con le informazioni presenti in Co.Ge, moltandone gli scostamenti.	3	3	9	RISCHIO ALTO
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 contabile.	F4.4	Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo e accurato nonché registrate nei conti di Co.Ge. e che tutte le prestazioni rese vengano registrate ancorché non ancora fatturate alla chiusura del periodo contabile.	3	2	6	RISCHIO MEDIO
F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi.	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test di cut off	2	3	6	RISCHIO MEDIO
"G" AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE						
G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.	G1.3	Applicazione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	G4.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
G5) Tracciare, in modo chiaro, evidente e ripercorribile, tutti i controlli svolti sulle operazioni di Tesoreria (inclusa l'attività di riconciliazione contabile con le risultanze dell'Istituto Tesoriere, dei conti correnti postali, delle casse economiche, ecc.).	G5.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione dei documenti originali (ottenuta dall'Istituto Tesoriere, dall'ente postale, ecc.).	2	2	4	RISCHIO MEDIO
"H" AREA PATRIMONIO NETTO						
H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto.	H1.2	Applicazione della procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziari, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterlizzazioni che ne discendono.	H2.1	Riconoscimento dei contributi per investimenti iscritti nel PN con indicazione del cespote/i di riferimento.	2	2	4	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.	H3.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	1	2	2	RISCHIO BASSO

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	RETING	LIVELLO DI RISCHIO
"I" AREA DEBITI E COSTI						
I1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.	I1.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
I2) 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.	I2.3	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	2	2	4	RISCHIO MEDIO
I4) 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 penalità da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debili certi.	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.	3	3	9	RISCHIO ALTO
I5) Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale.	I5.6	Applicazione di procedure atte a rilevare e regolamentare le tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionale, ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica.	2	3	6	RISCHIO MEDIO
I7) 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	3	3	9	RISCHI ALTO
I8) Realizzare analisi comparate periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.	I8.3	Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento	2	1	2	RISCHIO BASSO
DATA DI EMISSIONE		Redatto da Internal Audit Dott. Noto Campanella Maurizio	Verificato da : Referente P.A.C. Dott.ssa Beatrice Salvago		Approvato dal Direttore Generale Dott. Giuseppe Capodieci	



(ALLEGATO 2)

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' P.A.C.

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

PIANO ANNUALE AUDIT ANNO 2026

1. PREMESSA E QUADRO NORMATIVO

L'istituzione della funzione di Internal Audit nelle aziende sanitarie rappresenta un obbligo normativo previsto dal Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (P.A.C.).

In conformità al D.A. n. 1559 del 5 settembre 2016 (GURS del 23/09/2016), la Regione Siciliana ha stabilito per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'obbligo di istituire una funzione di Internal Audit indipendente e obiettiva, mirata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.

L'Internal Audit svolge una funzione di controllo indipendente di secondo livello. Su input della Direzione Strategica, essa adotta un metodo di pianificazione sistematica attraverso la redazione di un Piano Audit Annuale.

L'ASP di Agrigento, con deliberazione n. 1045 del 30.05.2024, ha conferito l'incarico di Dirigente Analista con funzioni di Internal Audit.

Il **Piano Annuale Audit 2026**, in linea con la nota dell'Assessorato della Salute **prot. n. 1079 del 13/01/2026**, definisce le azioni e le procedure che saranno verificate nel corso dell'anno solare e ne individua i relativi centri di responsabilità. Il documento è così strutturato:

- Azione/Procedura oggetto di audit;
- Tipo di intervento audit;
- Azione afferente l'obiettivo oggetto di verifica;
- Struttura aziendale auditata;
- Cronoprogramma delle attività da svolgersi nell'anno solare;
- Livello di Rischio.

Le procedure aziendali previste dal P.A.C. sono state implementate e aggiornate mediante i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione C.S. n. 901 del 23.05.2023: disciplina delle azioni per le aree Generale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Patrimonio Netto e Disponibilità Liquide.
- Deliberazione C.S. n. 1806 del 10.10.2023: aggiornamento delle procedure per le aree Generale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi.

- Deliberazione C.S. n. 1971 del 03.11.2023: implementazione delle procedure per le aree Generale, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Debiti e Costi.
-

2. TIPOLOGIE DI INTERVENTO E SCOPI

La programmazione annuale prevede le seguenti tipologie di intervento:

- **Audit di Conformità:** verifica della coerenza tra prassi interne, procedure e requisiti legislativi.
- **Audit Operativi:** monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza dei processi e dei relativi controlli a presidio degli obiettivi aziendali.
- **Controlli Periodici:** verifica (follow-up) dell'attuazione dei piani d'azione concordati con i responsabili dei processi a seguito di precedenti interventi.

Gli scopi principali sono:

- Definire gli ambiti di verifica e individuare le Strutture aziendali coinvolte.
 - Chiarire il ruolo della funzione di audit rispetto all'organizzazione.
 - Fornire metodologia di supporto ai Dirigenti per l'identificazione e la mitigazione dei rischi.
 - Stabilire la tempistica certa del processo di audit.
-

3. OBIETTIVI DELL'ATTIVITÀ PER L'ANNO 2026

Gli obiettivi, coerenti con la strategia aziendale e basati sugli esiti delle attività del 2025, riguardano:

1. Verifica delle procedure PAC: corretta applicazione dei momenti di controllo amministrativo-contabili.
 2. Standard Informativi: monitoraggio dell'implementazione dei software necessari per il raggiungimento degli standard *PAC compliant*.
 3. Audit ad hoc: attività derivanti da aggiornamenti normativi o richieste specifiche della Direzione Strategica.
-

4. METODOLOGIA E FASI DEL PROCESSO

Il Piano risponde alle aspettative di mitigazione dei rischi del management e accerta la conformità normativa. Le attività seguono gli standard internazionali dell'Internal Audit (Indipendenza, Obiettività, Riservatezza e Competenza) e si articolano nelle seguenti fasi:

1. Programmazione: definizione dell'incarico, obiettivi e cronoprogramma.
2. Kick-off meeting: apertura formale e acquisizione documentale.
3. Analisi preliminare (Desk): studio della documentazione e analisi dei processi.
4. Incontri tecnici: validazione delle risultanze con i *process owner*.
5. Campionamento: test su un campione di operazioni tramite check-list.
6. Reporting: stesura e condivisione del rapporto di audit.
7. Riunione di chiusura: sintesi finale dell'intervento.
8. Follow-up: eventuale verifica delle azioni correttive intraprese.

4. CRITERI DI SELEZIONE E SCELTE OPERATIVE

Dando seguito alle direttive contenute nella nota prot. n. 1079 del 13/01/2026 emanata dall'Assessorato della Salute, l'attività si concentrerà sui seguenti ambiti PAC

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

Criteri guida per la pianificazione:

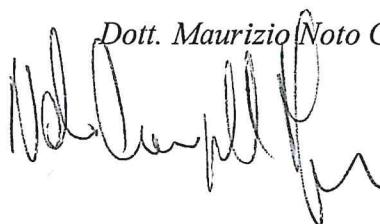
- Obiettivi di interesse Regionale assegnati all'Azienda.
- Politiche di contenimento della spesa (monitoraggio Corte dei Conti).
- Evoluzione dell'assetto organizzativo e rideterminazione di ruoli e responsabilità.
- Sinergia con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (L. 190/2012).

6. MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Il Piano annuale è dinamico: potrà subire variazioni o integrazioni per esigenze aziendali impreviste, motivazioni di carattere sanitario o nuove indicazioni assessoriali. Ogni scostamento sarà giustificato nella Relazione Consuntiva Semestrale.

Di seguito il Piano Annuale audit anno 2026

Il Responsabile della Funzione Internal Audit

Dott. Maurizio Noto Campanella




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	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURA	CRONOPROGRAMMA		LIVELLO DI RISCHIO
						1° SEMESTRE	2° SEMESTRE	
"A" AREA GENERALE								
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.	A2.2	Istituzione di una unità di lavoro (con ruoli e responsabilità) per l'attività almeno trimestrale di analisi degli scostamenti tra i dati preventivi e consuntivi di periodo.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali			RISCHIO BASSO
"A" AREA GENERALE								
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	A3.2	Avviare progetti di sviluppo (anche attraverso attivazione di bandi per l'acquisizione di forniture e servizi connessi allo sviluppo IT) propedeutici alla piena realizzazione del PAC.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	ICT Servizio Informatico Aziendale			RISCHIO BASSO
"A" AREA GENERALE								
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	A4.3	Istituzione del Piano aziendale dei CRIL coerente con la struttura organizzativa ed i centri di responsabilità aziendali e con le indicazioni regionali di cui al DDG n°874 del 3 maggio 2013	conformità	Raccolta di evidenze sulle attività svolte	U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Statistici Aziendali			RISCHIO BASSO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni.	D1.2	Applicazione di una procedura in cui le diverse fasi relative ad autorizzazione, acquisizione, gestione, ammortamento ed alienazione o dismissione delle immobilizzazioni, siano controllate da soggetti aziendali diversi.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P. UOS PATRIMONI			RISCHIO MEDIO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D2.3	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P. UOS PATRIMONI			RISCHIO ALTO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P. UOS PATRIMONI				RISCHIO ALTO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D4) Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti.	D4.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	U.O.C. Servizio tecnico - U.O.C. Servizio Provveditorato			RISCHIO MEDIO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.2	Applicazione del processo operativo finalizzato alla corretta, completa ed immediata individuazione dei cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, contributi in conto esercizio, conferimenti, lasciti, donazioni.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P. UOS PATRIMONI			RISCHIO MEDIO
"D" AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D6.2	Applicazione di un processo operativo finalizzato alla corretta e completa individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	U.O.C. Servizio Tecnico			RISCHIO MEDIO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURA	CRONOPROGRAMMA	LIVELLO DI RISCHIO
"E" AREA RIMANENZE							
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 detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione della quantità inventariata (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rilevata da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO N.2 farmacie ospedaliere e 7 reparti		RISCHIO ALTO
	E1.5	Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso).		Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica			RISCHIO ALTO
	E1.9	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 e E1.5	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica			
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 prenumerali) ed apposita 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 prenumeratione dei documenti) c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerali o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o liene la contabilità di	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO N.2 farmacie ospedaliere e 7 reparti		RISCHIO ALTO
	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica			
E4) Definire 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.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti		RISCHIO ALTO
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 bimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti		RISCHIO MEDIO
	E5.2	Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.					RISCHIO MEDIO
	E5.3	Individuazione dell'unità 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					RISCHIO MEDIO
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 fraccibilità 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 della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate; la valorizazione in contabilità generale.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO 2 farmacie ospedaliere e 7 reparti		RISCHIO MEDIO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURA	CRONOPROGRAMMA	LIVELLO DI RISCHIO
"F" AREA CREDITI E RICAVI							
F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei corrispettivi ricavi).	F1.2	Definizione di una procedura di "contabilità per commessa" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziamento delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi corrispettivi.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	Dipartimento di Prevenzione		RISCHIO MEDIO
F2) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai debitori.	F2.1	Attuazione, con periodicità almeno annuale, di procedure di richiesta di conferma esterna (circolarizzazione) sui saldi creditori dell'Azienda ad una data prestabilita e riconciliazione con le informazioni presenti in Co.Ge, motivandone gli scostamenti.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO ALTO
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 contabile.	F4.4	Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo e accurato, nonché registrate nei conti di Co.Ge, e che tutte le prestazioni rese vengano registrate ancorché non ancora fatturate alla chiusura del periodo contabile.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi.	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test di cut off	Operativo	Estrazione a campione sull'origine del credito e sulla competenza dell'anno	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
"G" AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE							
G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.	G1.3	Applicazione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni.	Operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	N.2 Casse Aziendali		RISCHIO MEDIO
G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.	G4.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
G5) Tracciare, in modo chiaro, evidente e ripercorribile, tutti i controlli svolti sulle operazioni di Tesoreria (inclusa l'attività di riconciliazione contabile con le risultanze dell'Istituto Tesoriere, dei conti correnti postali, delle casse economiche, ecc.).	G5.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione dei documenti originali (ottenuta dall'Istituto Tesoriere, dall'ente postale, ecc.)	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
"H" AREA PATRIMONIO NETTO							
H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto.	H1.2	Applicazione della procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto.	Conformità	Raccolta di evidenze sulle attività svolte	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziati, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono.	H2.1	Riconciliazione dei contributi per investimenti iscritti nel PN con indicazione del cespite/i di riferimento.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		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.	H3.2	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	Conformità	Raccolta di evidenze sulle attività svolte	UOC S.E.F.P.		RISCHIO BASSO

OBBIETTIVO	COD. AZIONE	AZIONE	TIPOL. INTERV. AUDIT	AZIONE AFFERENTE L'OBBIETTIVO OGGETTO DI VERIFICA	STRUTTURA	CRONOPROGRAMMA	LIVELLO DI RISCHIO
T' AREA DEBITI E COSTI							
I1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informalivo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.	I1.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	Dipartimento di prevenzione		RISCHIO MEDIO
I2) 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.	I2.3	Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO MEDIO
I4) 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 penali da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debiti certi.	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.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	N.2 Distretti Sanitari di base		RISCHIO ALTO
I5) Formalizzare i flussi informalivi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale.	I5.6	Applicazione di procedure atte a rilevare e regolamentare le tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionale, ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica.	operativo	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	Dipartimento cure Primarie		RISCHIO MEDIO
I7) 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	operativa	Audit operativo e raccorda di evidenze sull'attività svolte, intervista con il personale e con il responsabile dell'unità oggetto di verifica	UOC S.E.F.P.		RISCHIO ALTO
I8) Realizzare analisi comparate periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.	I8.3	Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento	operativa	Raccolta e verifica delle relazioni accompagnatici dei principali flussi economici inviati in assessorato	UOC S.E.F.P.		RISCHIO BASSO
DATA DI EMISSIONE		Redatto da Internal Audit Dott. Natale Campanella Maurizio		Verificato da : Referente P.A.C. Dott.ssa Beatrice Salvago	Approvato dal Direttore Generale Dott. Giuseppe Capodieci		



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 30 GEN. 2026

Agrigento, li 30 GEN 2026

**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**