

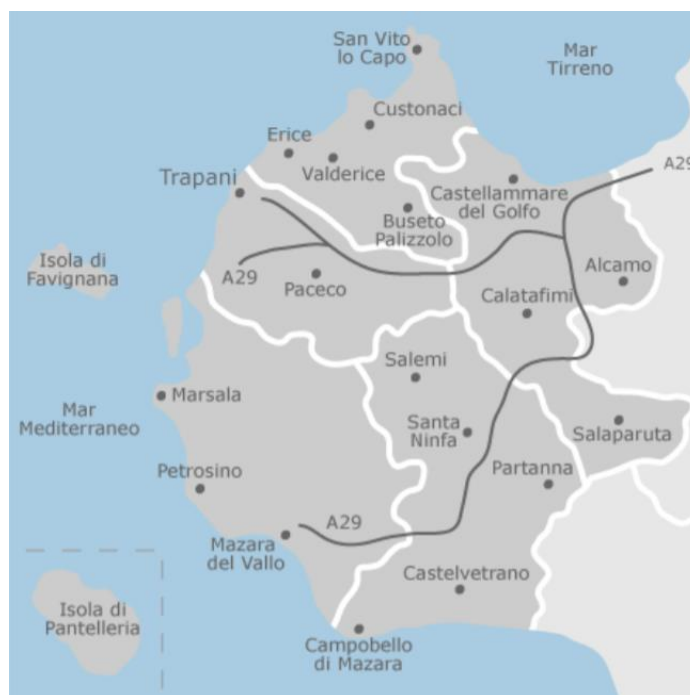


Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI N. 1 – 91100 TRAPANI
TEL. (0923) 805111 – FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI



Piano triennale *Internal Audit* 2022-2024

Piano annuale *Internal Audit* 2022

Relazione Risk Assessment

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

PIANO *INTERNAL AUDIT* 2022-2024

SOMMARIO

PREMESSA

- 1. IL PIANO DEGLI AUDIT 2022-2024: CONTENUTI, MAPPATURA DEI RISCHI,
CRITERI DI SELEZIONE, SCELTE OPERATIVE, OBIETTIVI**
- 2. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE**
- 3. PIANIFICAZIONE E RISORSE**
- 4. CRONOPROGRAMMA**

PREMESSA

Con D.A. n. 1559 del 5 settembre 2016, pubblicato in G.U.R.S. il 23 settembre 2016, la Regione siciliana ha previsto, all'azione A1.7, l'obbligo per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale di istituire «una funzione d'**internal audit** indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale».

Il controllo interno afferente l'attività dell'*Internal Auditing* (di seguito anche I.A.), come precisato dall'Assessorato con nota prot. n. 65013 del 2 agosto 2016, ha la finalità di esaminare i processi amministrativo-contabili e gestionali, nonché di fornire un supporto alla Direzione Strategica, per un costante miglioramento di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità. L'attività di *audit* mira, pertanto, ad assicurare che l'azione istituzionale sia in linea con le strategie assunte ed improntata a canoni di corretta gestione e buon andamento dell'azione amministrativa.

L'I.A. adotta una metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi e dei rischi, al fine di assistere la Direzione Strategica nella valutazione ed adeguatezza del sistema dei controlli interni, nella garanzia di applicazione dei requisiti minimi definiti dalle normative, nella verifica della conformità dei comportamenti alle procedure operative definite e nell'identificazione e valutazione delle aree operative maggiormente esposte a rischi.

Il sistema di controllo interno e di gestione dei rischi è costituito dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative adottate dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, quali l'attendibilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione ed il rispetto della normativa applicabile al settore in cui opera l'Ente.

Per lo svolgimento della funzione di *Internal Auditing*, l'A.S.P. di Trapani ha istituito, con deliberazione n. 756 del 10/3/2016, la relativa Unità Operativa Semplice nell'ambito dell'U.O.C. Servizi di *Staff*; la struttura è stata poi prevista anche nel nuovo Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n. 482/2020 del 4/6/2020 (deliberazione di presa d'atto n. 830/D.G. del 25/6/2020).

Tale struttura ha il compito di fornire supporto alla Direzione Strategica:

- nell'attività di armonizzazione delle procedure amministrative, assicurandone la costante rispondenza alla *mission* aziendale;
- nell'attività di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'Azienda;
- nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Provvede alla diffusione della cultura di autovalutazione dei rischi e dei controlli, con l'obiettivo di dotare ciascun *process-owner* di una metodologia e di strumenti di autodiagnosi dei rischi e dei controlli, in grado di assicurare un sistema di controllo interno efficace ed efficiente nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Infatti, nell'ambito dei processi gestionali ed organizzativi acquista particolare rilievo la responsabilizzazione del personale, di pari passo con la valutazione dei risultati conseguiti, al fine di realizzare le migliori condizioni di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Con deliberazione n. 3833 del 2/10/2017, avente ad oggetto “*Funzioni e competenze delle strutture alle dirette competenze del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo*”, sono state delineate nel dettaglio “funzioni e competenze” anche di tale U.O.S., come di seguito:

- *Monitora, in modo sistematico, l'adeguatezza e l'operatività del sistema dei controlli affidati ai competenti assetti aziendali, segnatamente in ordine:*
 - *al corretto uso delle risorse aziendali economiche, finanziarie e patrimoniali;*
 - *alla regolare applicazione delle procedure regolamentari e delle disposizioni operative vigenti;*
 - *all'utilizzo dei beni materiali ed immateriali dell'Azienda;*
 - *al controllo dei risultati conseguiti dai progetti Aziendali;*
- *Predisporre reports sulle verifiche effettuate.*
- *Formula proposte migliorative dell'organizzazione aziendale.*
- *Monitora il sistema aziendale dei controlli.*
- *Effettua analisi dei processi, dei relativi rischi e dell'efficacia dei controlli effettuati.*
- *Effettua supervisione interna sui processi e sulle attività di tipo amministrativo, caratterizzati da rischi potenziali significativi, al fine di supportare la Direzione Strategica nell'assicurare la conformità alle leggi, ai regolamenti, alle discipline interne e di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali.*

All'esito della procedura selettiva, indetta con deliberazione del Direttore Generale n. 2408 del 12.09.20019, sono stati reclutati, con contratto a tempo determinato, i Collaboratori Amministrativi Prof. *dott. Attilio Bonavires* ed il *dott. Pietro Di Gaetano*, assegnati all'U.O.S. *Internal Audit*.

Pertanto, il Gruppo Operativo di *Internal Audit* per l'anno 2022, è composto dai *dott.ri Bonavires Attilio e Pietro Di Gaetano*, funzionari assegnati esclusivamente all'U.O., e da funzionari di diverse strutture aziendali, individuati in base alle competenze e professionalità in ambito giuridico ed economico, nelle persone dei dottori *Colicchia Laura, Incandela Francesca, Mezzapelle Rosa Alba, Pinco Michele e Raspanti Salvatore*.

La funzione di ***Internal Audit*** opera – quale organismo di controllo interno, indipendente e autonomo, trasversale alle diverse articolazioni aziendali – con il compito di svolgere, anche mediante l'ausilio di un Gruppo Operativo, attività di vigilanza ed identificazione delle criticità, nonché di azioni correttive volte al miglioramento dell'efficacia della gestione aziendale.

Con deliberazione n. 297 del 6/2/2018 è stato approvato il Manuale *Internal Audit P.A.C. Compliant*, nel quale sono delineati le funzioni ed i compiti dell'attività di *Internal Audit*, nonché descritto il sistema di controllo interno di cui è dotato l'A.S.P. di Trapani.

1. IL PIANO DEGLI AUDIT 2022-2024: CONTENUTI, MAPPATURA DEI RISCHI, CRITERI DI SELEZIONE, SCELTE OPERATIVE, OBIETTIVI

Il presente Piano di *Audit* è redatto su base triennale, aggiornato annualmente, ed è adottato con Deliberazione del Direttore Generale/Commissario Straordinario, su proposta formulata dal responsabile della funzione di *audit* e dal responsabile aziendale P.A.C.

La pianificazione triennale di *audit* indica l'ordine, sulla base dei rischi prioritari (*risk scoring*), delle attività di *audit* da svolgersi in ciascuno degli anni del triennio. Il piano fissa gli obiettivi degli interventi di *audit* da realizzarsi nel periodo di riferimento, le cui priorità sono attribuite in funzione del livello di rischio connesso ai diversi ambiti di *audit*, per cui la prima fase dell'attività di pianificazione è costituita dalla mappatura dei possibili oggetti d'*audit*, seguita dalla valutazione di livelli di rischio ad essi connessi.

L'I.A., quindi, nell'ambito della propria funzione consultivo/propositiva finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale, ha elaborato il documento contenente la mappatura dei rischi, previa condivisione con la Direzione Strategica aziendale.

La metodologia di valutazione dei rischi adottata dalla funzione di *Internal Audit* si è fondata sull'adozione di un modello di valutazione in termini di probabilità di accadimento e di impatto. 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, quindi, di tipo qualitativo.

Pertanto, sono stati adottati i seguenti criteri di valutazione:

(P) PROBABILITÀ (*) DI ACCADIMENTO		
RATING	PROBABILITÀ	DESCRIZIONE
1	Impossibile	Evento negativo mai o raramente verificatosi o verificabile ($\leq 5\%$)
2	Improbabile	Evento negativo che si può generare solo in particolari circostanze ad oggi inesistenti per la tipologia di attività svolta ($\leq 25\%$)
3	Possibile	Evento che si è verificato in realtà analoghe e che potrebbe presentarsi anche nell'ASP TP come conseguenza di particolari circostanze ($\leq 60\%$)
4	Probabile	Evento negativo che si è verificato nell'ASP TP, seppur raramente, e tale da influenzarne lo svolgimento delle attività ($\leq 80\%$)
5	Molto Probabile	Evento negativo quasi certo generato anche da circostanze routinarie e già verificatosi nell'Ente ($> 80\%$)

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

IMPATTO (**)		
RATING	IMPATTO	DESCRIZIONE
1	Immateriale	Conseguenze praticamente nulle sull'attività e sugli obiettivi
2	Basso	Conseguenze minime che non generano una priorità di intervento
3	Medio	Conseguenze che influenzano l'efficiente conduzione dell'attività e in quanto tali meritevoli di considerazione

4	Alto	Conseguenze rilevanti sull'efficienza e adeguatezza dell'attività e che potrebbero comportare modifiche anche di strategie aziendali
5	Elevato - Significativo	Conseguenze pericolose per la continuità dell'attività e in quanto tali il presidio deve essere prioritario e costante

(**) **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 utilizzando la seguente matrice, moltiplicando il *rating* assegnato all'impatto per quello assegnato alla probabilità.

RACM <i>(Risk Assessment Criteria Matrix)</i>			IMPATTO				
			1	2	3	4	5
			Immateriale	Basso	Medio	Alto	Pericoloso
PROBABILITÀ	5	Molto Probabile	5	10	15	20	25
	4	Probabile	4	8	12	16	20
	3	Possibile	3	6	9	12	15
	2	Improbabile	2	4	6	8	10
	1	Impossibile	1	2	3	4	5

Definendo i dati di probabilità ed impatto si è ottenuta la misurazione del **rischio inerente**, ovvero del rischio che non tiene conto delle azioni di controllo.

MISURAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO INERENTE		
RATING	RISCHIO INERENTE	DESCRIZIONE
1	Remoto	Rischio inerente non rilevante
2 ≤ 5	Basso	Rischio inerente esiguo per il quale le azioni di mitigazione non sono una priorità
5,01 ≤ 11	Medio	Rischio inerente meritevole di considerazione per il quale è opportuno attivare una risposta al rischio stesso
11,01 ≤ 18	Alto	Rischio inerente elevato per il quale è necessario attivare un costante presidio e una efficiente risposta
≥18,01	Elevato	Rischio inerente massimo per il quale è indispensabile una risposta efficiente, tempestiva, costante e immediata

Si riporta matrice Risk Assessment che sintetizza i livelli di rischio in relazione alle singole azioni.

Impatto

	Impatto				
	Immateriale 1	Basso 2	Medio 3	Alto 4	Elevato 5
1 Impossibile		BASSO	BASSO D1.1, D2.1, D2.2, D3.1, D3.2, D4.1, D4.3, D7.2, E1.1, E1.5, E1.8, E2.1, E2.3, E3.1, E3.3, E3.6, E5.1, E5.3, F1.2, F1.4, F1.6, F4.1, F5.3, G1.2, G3.1, G4.1, G5.1, G5.2, G5.3, H1.1, H2.3, H3.2, H3.3, H4.2, I1.1, I2.3, I6.1	BASSO	MEDIO
2 Improbabile	BASSO	BASSO D4.2 G3.3	MEDIO D1.2, F4.3, H4.3, I6.2, I6.3	MEDIO D4.4, D5.4, D6.4, D7.3, E1.3, E1.4, F5.2, F6.1, F6.2, F6.3, G4.2, H1.2, H2.2	MEDIO
3 Possibile	BASSO	MEDIO A1.5, A1.6, E7.1	MEDIO D3.5, E2.2, F1.3, I2.2	ALTO D2.4, E1.6, E1.7, F1.8, F4.2, G1.3, I1.2, I1.5	ALTO
4 Probabile	BASSO	MEDIO	ALTO E5.2	ALTO D2.5, E1.2, F1.7, F4.4, F4.6	ELEVATO
5 Molto Probabile	MEDIO	MEDIO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO

Probabilità

RISK ASSESSMENT CRITERIA MATRIX

Occorre rammentare che con nota prot. n. 11786 del 28/2/2020, assunta al prot. n. 26948 del 3/3/2020, l'Assessorato della Salute, Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci, ha rilevato la necessità che, con riferimento al Piano annuale del 2020, tenuto conto delle macrocriticità riscontrate nell'anno 2019, le attività di Audit avessero particolare riguardo alle procedure aziendali Area Immobilizzazioni e Area Rimanenze, al fine di verificarne l'effettiva realizzazione degli inventari fisici.

Inoltre, con nota prot. n. 19942 del 28/4/2020, assunta in pari data al prot. n. 45775, l'Assessorato della Salute ha, tra l'altro, comunicato che, in forza delle disposizioni emanate con il D.A. n. 189 del 6 marzo 2020, veniva fissata la data del 30/6/2021, quale termine per la definizione dell'avviato percorso di Consolidamento del P.A.C., prorogandola rispetto alla scadenza già prevista con D.A. n. 10/2019 del 10/1/2019.

Con successiva nota prot. n. 20021 del 28/4/2020, assunta al prot. n. 50000 del 12/5/2020, l'Assessorato, alla luce della situazione di emergenza nazionale generata dalla diffusione pandemica del virus COVID-19 e le correlate misure emanate ai fini del contenimento della propagazione del contagio, che hanno fortemente condizionato le strutture sanitarie ed amministrative delle Aziende, ha differito la scadenza per la trasmissione del report, già fissato per il 30/6/2020, alla data di chiusura della seconda semestralità 2020.

Tuttavia, la predetta situazione emergenziale – che, com'è noto, si è protratta per l'intera annualità ed è tutt'ora in corso – ha limitato l'espletamento delle attività di audit previste nel Piano Annuale 2020, approvato giusta deliberazione n. 165 del 30/1/2020, consentendo alla funzione di Internal Audit di effettuare soltanto attività di monitoraggio documentale volta ad accertare l'avvenuta ottemperanza da parte delle strutture aziendali alle azioni di miglioramento specificamente già segnalate.

Conseguentemente, il Piano di Audit per l'anno 2021 è stato elaborato, oltre che sulla base dell'esame della mappatura dei rischi già predisposta, anche alla luce delle indicazioni fornite per l'anno 2020 dall'Assessorato della Salute, nella richiamata nota prot. n. 11786 del 28/2/2020, con particolare riferimento all'Area Immobilizzazioni ed all'Area Rimanenze, nonché avendo riguardo alle attività di monitoraggio documentale posta in essere. Relativamente all'Area immobilizzazioni è stata ampliata la dimensione del campione auditato focalizzando l'attività sull'esecuzione degli inventari fisici e sulla regolamentazione degli accessi a protezione e salvaguardia dei beni aziendali.

Relativamente ai verbali di presa in carico dei beni, con nota prot. 124391 del 09.11.2021 a firma del Direttore Amministrativo e del Referente P.A.C. integrata con ulteriore e-mail di quest'ultimo è stata ribadita l'importanza e la responsabilità in capo ai consegnatari dei beni ricevuti in custodia, il cui inadempimento potrebbe comportare anche l'avvio di eventuali procedimenti di responsabilità.

Pertanto, il Piano di Audit per l'anno 2022 è stato elaborato sulla base dell'attività espletata dal Gruppo Operativo Internal Audit relativamente al 1° e 2° semestre 2021 e, in riscontro alla nota dell'Assessorato della Salute prot. n. 14657 del 15.03.2021 acquisita al prot. n. 32966 del 15.03.2021, è stata trasmessa la nota prot. n. 79961 del 05.07.2021 con la quale sono stati indicati gli esiti dell'attività aggiornati alla data del 30.06.2021, unitamente alla griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche, predisposta dal gruppo operativo.

Dall'analisi della griglia è emerso che a fronte di n. 44 strutture verificate solo n. 21 hanno conseguito esito positivo (pari a 47,7%), n. 7 sono state esitate con riserva (pari al 15,9%), n. 12

hanno riportato esito negativo pari al 27,2%) e per n. 4 non è stato possibile verificare l'azione per deficit di competenza della struttura auditata.

Le criticità riscontrate nel primo semestre 2021 sembrerebbero derivare tanto dalla parziale conoscenza dei manuali P.A.C. quanto dalla non corretta applicazione delle procedure, adottate dai responsabili alla carenza di personale e di ulteriori supporti strumentali, a cui si è aggiunta la perdurante situazione emergenziale.

A seguito delle note dell'Assessorato della Salute prot. 45248 del 14.10.2021 e nota prot. 55252 del 17.12.2021 rispettivamente acquisite al prot. aziendale n. 118075 del 14.10.2021 e n. 146866 del 17.12.2021 è stata trasmessa la griglia di rilevazione sull'attuazione delle verifiche aggiornata al 31.12.2021, in tal caso predisposta in uno con i consulenti della società Intellera Consulting S.R.L.

Pertanto, l'attività del 2° semestre 2021 è stata finalizzata al superamento delle criticità emerse nel semestre precedente, all'attuazione del piano di audit 2021 nonché all'auditing di ulteriore strutture per ottemperare al raggiungimento della percentuale di almeno il 70% delle stesse: ciò in osservanza della scadenza di cui alla nota assessoriale prot. n. 11786 del 28.02.2020, inizialmente prevista al 31.12.2021 successivamente prorogata al 31.12.2022, come da nota prot. n. 55252 del 17.12.2021 e in esecuzione del Decreto Assessoriale n. 1211 del 22 novembre 2021.

In tale circostanza, il Gruppo Operativo Internal Audit, stante l'oggettiva impossibilità temporale del raggiungimento di almeno il 70% delle strutture da verificare con audit fisici, ha predisposto questionari, a risposta aperta e chiusa, attinenti all'azione oggetto di verifica e corredati da relativa documentazione.

Tuttavia, stante l'inottemperanza al richiesto riscontro da parte di talune strutture è stato proposto alla Direzione Strategica di assegnare a ciascun Responsabile, tra gli obiettivi annuali, quello della pedissequa applicazione delle procedure P.A.C. di rispettiva pertinenza.

Ancora, nel Piano di formazione Aziendale è stato proposto ed approvato un progetto formativo al fine di favorire la maggiore diffusione in Azienda della cultura dei controlli e l'omogenea applicazione delle procedure PAC già adottate dall'Asp di Trapani, nonché di individuare i fattori di miglioramento per consentire la compiuta applicabilità dei controlli nelle singole procedure aziendali.

Oltre alle attività sopra evidenziate, la funzione di *Internal Audit* effettuerà le verifiche circa l'avvenuta attuazione, da parte delle strutture aziendali, delle azioni di miglioramento, già segnalate in relazione alle criticità rilevate in occasione dei precedenti *audit*.

Obiettivi generali

L'Associazione Italiana *Internal Auditor* (AIIA) individua fra gli obiettivi del sistema di controllo interno: la rilevanza, l'affidabilità e la credibilità delle informazioni finanziarie ed operative; l'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse dell'organizzazione; l'osservanza di leggi, regolamenti, contratti e norme etiche ed aziendali.

Il **primo obiettivo** (definito anche di *reporting*) rappresenta la capacità aziendale di produrre informazioni che rispecchino la realtà aziendale considerata.

Per poter essere considerata attendibile, un'informazione deve essere innanzitutto coerente con il contesto nel quale si inserisce.

Si ha attendibilità delle informazioni quando si perseguono i seguenti sotto-obiettivi:

- **esistenza delle informazioni:** tutte le informazioni prodotte devono riflettere operazioni realmente esistenti;
- **completezza delle informazioni:** tutte le operazioni o le condizioni poste in essere in azienda devono essere rappresentate dalle informazioni prodotte;
- **accuratezza delle informazioni:** vale a dire l'esattezza dei calcoli e delle elaborazioni;
- **classificazione delle informazioni** rispetto a chiari e corretti parametri;
- **"timing"** delle informazioni: inteso come corretta tempistica delle informazioni;
- **conformità delle informazioni alla legge ed ai principi generalmente accettati;**
- **corretta descrizione e presentazione delle informazioni nei bilanci e in altri report aziendali.**

Il secondo obiettivo del sistema di controllo interno, definito anche obiettivo di *operation*, è costituito dall'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse dell'organizzazione.

Il terzo obiettivo – di *compliance* – attiene alla conformità dei comportamenti delle persone e degli *output* aziendali, alle leggi ed ai regolamenti, così come di ogni altra eventuale disposizione normativa che disciplina il settore in cui opera l'organizzazione.



Piano triennale Audit 2022-2024

ASP Trapani

I Sem. II Sem.

Area	OBIETTIVO	AZIONE	UU.OO	2022	2023	2024	
A) GENERALE							
A) GENERALE	A1 - Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio	A1.5 Redazione e divulgazione del Codice Etico Aziendale.	UOC Risorse Umane	X			
		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.	UOC Risorse Umane			X	
	D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni	D1.4 Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	D1.1: Predisposizione 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.	UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali	X		
			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.	UOS Bilancio	X		
				UOS Gestione del Patrimonio	X		
D) IMMOBILIZZAZIONI	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 riscontrasse 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 rettifiche in contabilità generale e nel Libro cespiti." D2.2 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo." D2.4 "Pianificazione e realizzazione di 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 D2.1."	UOC Provveditorato ed economato Dipartimento del Farmaco UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Trapani-Salemi UOC Dipendenze Patologiche - Ser.d. UOC Distretto di Castelvetrano n. 54 UOC Laboratorio di Sanità Pubblica UOS Assistenza Cure primarie, specialistica interna ed esterna Castelvetrano UOS Assistenza Cure primarie, specialistica interna ed esterna Mazara Del Val UOS Assistenza protesica, integrativa, riabilitativa, distrettuale Castelvetrano UOSD. Chirurgia pediatrica Trapani UOS Gestione rifiuti aziendali UOS Hospice Salemi UOS Igiene degli alimenti e delle bevande UOC MCAU Marsala UOC Pronto Soccorso Castelvetrano UOSD Odontoiatria e stomatologia Salemi UOSD. Gestione emergenza-urgenza rete ospedale/territorio UOC Anestesia e rianimazione Trapani-Salemi UOSD. Anestesia Castelvetrano UOC Ostetricia e ginecologia.Mazara Del Vallo UOSD. Radiodiagnostica Mazara Del Vallo UOS Patologia clinica Mazara Del Vallo UOC Radiodiagnostica Marsala UOC Oncologia Medica Con Posti Letto Castelvetrano UOS Farmacia Ospedaliera Castelvetrano UOSD Chirurgia Della Mammella Marsala UOS Igiene Alim. Prod. Zoot. Marsala-Mazara	X			
		D2.5 Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici;	UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali		X		



Area	OBIETTIVO	AZIONE	I Sem. II Sem.			
			2022	2023	2024	
D3 - Proteggere e salvaguardare i beni	<p>D3.3 " Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni."</p>	<p>D3.1 "Definizione, formalizzazione ed adozione di regolamento sull'accesso interno di terzi ai locali aziendali con evidenza di ruoli e responsabilità del personale." D3.2 " Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo".</p>	Dipartimento del Farmaco	F-UP		
			<p>UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Trapani-Salemi UOC Dipendenze Patologiche - Ser.d. UOC Distretto di Castelvetrano n. 54 UOC Laboratorio di Sanità Pubblica UOS Assistenza Cure primarie, specialistica interna ed esterna Castelvetrano UOS Assistenza Cure primarie, specialistica interna ed esterna Mazara Del Val UOS Assistenza protesica, integrativa, riabilitativa, distrettuale Castelvetrano UOSD Chirurgia pediatrica Trapani UOS Gestione rifiuti aziendali UOS Hospice Salemi UOS Igiene degli alimenti e delle bevande UOC MCAU Marsala UOC Pronto Soccorso Castelvetrano UOSD Odontoiatria e stomatologia Salemi UOSD Gestione emergenza-urgenza rete ospedale/territorio UOC Anestesia e rianimazione Trapani-Salemi UOSD. Anestesia Castelvetrano UOC Ostetricia e ginecologia Mazara Del Vallo UOSD. Radiodiagnostica Mazara Del Vallo UOS Patologia clinica Mazara Del Vallo UOC Radiodiagnostica Marsala UOC Oncologia Medica Con Posti Letto Castelvetrano UOS Farmacia Ospedaliera Castelvetrano UOSD Chirurgia Della Mammella Marsala UOS Igiene Alim. Prod. Zoot. Marsala-Mazara</p>	F-UP		
	D3.5	D3.5: Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	UOC Gestione Tecnica		X	
D4 - Predisporre con cadenza almeno annuale un piano degli investimenti	<p>D4.7 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 e D4.3</p>	<p>D4.1: Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Tale procedura dovrebbe essere discussa e definita all'interno di un processo di programmazione investimenti che coinvolga comitati tecnici per valutazioni di necessità, opportunità e convenienza; D4.2: Applicazione del processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. D4.3: Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti. D4.4: Applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti.</p>	UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali		X	X
			UOS Ingegneria Clinica		X	X
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.	D5.4	D5.4 : Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	UOC Provveditorato ed economato		X	X
			UOC Gestione Tecnica		X	X
			UOS Gestione del Patrimonio		X	
			UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali		X	



Piano triennale Audit 2022-2024

Area	OBIETTIVO	AZIONE	U.U.OO		I Sem. II Sem.		
			2022	2023	2022	2024	
D) IMMOBILIZZAZIONI	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 al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini)	U.O.S Bilancio		X		
	D7 - Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale.		UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali		X		
E) RIMANENZE	E1 - Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini – reparti/servizi – terzi) delle scorte	<p>D7.2: Predisposizione di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo di ammortamento tra le schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 118/2011 e nella Consistica applicativa.</p> <p>D7.3: Applicazione della procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento.</p> <p>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 sovrintendono 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; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario"</p> <p>E1.2 "Applicazione di procedure per inventari fisici periferici";</p> <p>E1.3 "Definizione di controlli sui riepiloghi d'inventario tali da garantire che: a, persone diverse dai magazzinieri o da chi tiene la contabilità di magazzino predispongano i riepiloghi d'inventario; b, si instaurino adeguate procedure per garantire la completezza e la correttezza dei riepiloghi d'inventario; c, vengano valorizzate le differenze d'inventario; d, la riconciliazione tra le giacenze fisiche e le giacenze contabili e quindi la correttezza delle eventuali differenze d'inventario sia garantita da adeguate procedure di cut-off; e, si prevedano apposite riconciliazioni sui sezionali di magazzino dei vari reparti; f, adeguati controlli ed analisi vengono effettuati sulle differenze d'inventario; g, anche i controlli sulle differenze di inventario siano svolti da persone indipendenti dai magazzinieri o da chi tiene la contabilità di magazzino; h, il responsabile approvi i risultati dell'indagine ed i valori finali delle differenze di inventario, e rediga una relazione in merito all'esito dello stesso; i, sia prevista una preventiva autorizzazione per apportare ogni rettifica ai saldi contabili.</p> <p>E1.4 "Garantire l'adeguamento del dato contabile, delle rimanenze alle risultanze dell'inventario, mediante il recepimento delle differenze inventariali."</p> <p>E1.8 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."</p>	UOS Gestione del Patrimonio		X		
				U.O.S Bilancio		X	
				UOC Risorse Economiche, Finanziarie E Patrimoniali		X	
				UOS Gestione del Patrimonio		X	
				UOC Anestesia E Rianimazione Trapani-Salemi;	F-UP		
				UOC Disretto Sanitario Di Mazara Del Vallo;	F-UP		
				UOC Disretto Sanitario Di Marsala;	F-UP		
				UOC Disretto Sanitario Di Trapani;	F-UP		
				UOC Ostetricia E Ginecologia Mazara Del Vallo;	F-UP		
				UOC Patologia Clinica Mazara Del Vallo;	F-UP		
				UOC Meccanico P.O. Trapani;	F-UP		
				UOC Pneumologia Trapani;	F-UP		
	UOC Anatomia Patologica P.O. Di Trapani;	F-UP					
	UOS Cure Primarie E Assistenza Convvenz. Int/Est Trapani;	F-UP					
	UOC Cardiologia P.O. Mazara Del Vallo;	F-UP					
	UOC Anestesia E Rianimazione P.O. Mazara Del Vallo;	F-UP					
	UOC Pediatria E Neonatologia Castelvetrano;	F-UP					
	U.O.C Radiodiagnostica P.O. Marsala;	F-UP					
	Dipartimento Dei Servizi E Delle Scienze Radiologiche;	F-UP					
	UOSD Radiodiagnostica Mazara Del Vallo	F-UP					
	UOS Dipendenze Patologiche Ser.D. Alcamo;	F-UP					
	UOS Serv. Ammin. Integr. Distretti Ospedalieri Alcamo E Pantelleria;	F-UP					
	UOS Assistenza Protetica, Integrativa, Riabilitativa, Residenziale E Semiresidenziale Alcamo		X				
	UOC Igiene Degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche		X				
	UOC Cardiologia Con Utic ed Emodinamica Trapani		X				
	UOS Dipendenze Patologiche Ser.D Trapani - Pantelleria		X				
	UOC Pediatria Con Talassemia Trapani	F-UP					

Area	OBIETTIVO	AZIONE	UU.OO	2022	2023	2024
E2 - Individuare i movimenti in entrata ed in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte	E2.6 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1	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 (ades. 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 magazzino Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs. 118/2011 e nella Circolare applicativa." E2.2 "Applicazione della procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino." E2.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."	Dipartimento di Chirurgia UOC Cardiologia Con UTIC ed Emodinamica Trapani UOC Cardiologia con UTIC Marsala UOC UTIC con Cardiologia Mazara Del Vallo UOC Cardiologia con UTIC Castelvetrano UOSD. Cardiologia Riabilitativa Alcamo UOC Ortopedia Trapani UOC Ortopedia Marsala UOS Ortopedia Mazara Del Vallo UOC Assistenza Farmaceutica territoriale UOS Ortopedia Castelvetrano	X	X	X
			Tutte le strutture previste nell'obiettivo E1 in F-UP			
E3 - Rilevare gli aspetti gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione tra i due sistemi	E3.7 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (E3.1, E3.2, E3.3, E3.4, E3.5 e E3.6)	E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)." 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 co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti." E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo." E3.5" In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaco) prevede procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i precievi di materie prime e di carichi di semilavorati e /o prodotti finiti " E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."	UOC Risorse Economiche, Finanziarie e Patrimoniali			X
E5 - Calcolare il turnover delle scorte in magazzino e delle scorte obsolete (scadute e/o non più utilizzabili nel processo	E5.4 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti (E5.1, E5.2 e E5.3)	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." E5.3 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo."	UOS Farmacia Ospedaliera di Trapani UOS Farmacia Castelvetrano UOSD Farmacia Ospedaliera Mazara del Vallo UOS Farmacia Ospedaliera di Alcamo UOS Farmacia Ospedaliera di Marsala UOS Farmacia Ospedaliera di Trapani	X	X	X



Servizio Sanitario Nazionale
 Regione Siciliana
 VIA MAZZINI N. 1 - 91100 TRAPANI
 TEL. (0923) 805111 - FAX (0923) 873745
 Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

ASP Trapani

Piano triennale Audit 2022-2024



I Sem. II Sem.		2022	2023	2024
Area	OBBIETTIVO	AZIONE	UU.OO	
	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	<p>E7.1 Adozione di un funzionigramma, (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiarimate: nominativi, ruoli e responsabilità per le attività di: verifica merci ricevute e quantità ordinate; rilevazione scarichi di magazzino e trasferimenti al reparto; riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate; la valorizzate in contabilità generale.</p>	<p>UOS Servizio Amm Integrato Ospedali Alcamo e Pantelleria</p> <p>UOS Servizio Amm Integrato Ospedali Castelvetroano</p> <p>UOC Gestione Amministrativa ambito territoriale Trapani Salemi</p> <p>UOC Gestione Amministrativa ambito territoriale Mazara del Vallo Castelvetroano</p>	F_UP
F1 - Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi)	F1.11: verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.2, F1.4, F1.6 e F1.8	<p>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</p> <p>F1.3: 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 correlati.</p> <p>F1.4: Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita il processo di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività</p> <p>F1.6: Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da comparazione alla spesa sanitaria (ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visita prenotata a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti.</p> <p>F1.7: Implementazione di una procedura di verifica dei ricavi da comparazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visita prenotata a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti.</p> <p>F1.8: Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. prestazioni di Medicina del lavoro, prestazioni di medicina legale, visite fiscali, ecc.); c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali.</p>	<p>UOC Distretto Sanitario Castelvetroano</p> <p>UOC Distretto Sanitario Marsala</p> <p>UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione</p> <p>UOC Igiene degli Alimenti di origine animale</p> <p>UOC Distretto Sanitario Trapani</p> <p>UOC Controllo di Gestione e SI Aziendali</p> <p>UOC Risorse Economico Finanziarie e Patrimoniali</p> <p>UOC Medicina Legale e Fiscale</p> <p>CUP P.O. Alcamo</p> <p>CUP Distretto Alcamo</p> <p>CUP Mazara</p> <p>CUP Pantelleria</p> <p>UOC Risorse Umane</p> <p>UOC Gestione Amministrativa delle Attività Convenzionate</p>	F_UP
F4 - Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere crediti sia accompagnata da opposti documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile	F4.7: Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1, F4.2, F4.3 e F4.4	<p>F4.1: Predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito. Tra i controlli da prevedere si evidenziano principalmente: controlli dei provvedimenti di assegnazione delle risorse da parte della Regione, Stato o altri Enti Pubblici, controlli dei prospetti trasmessi dalle casse CUP, bollettini postali, fatture o altri documenti comprovanti le prestazioni ecc. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 118/2011 e nella Cassistica applicativa;</p> <p>F4.2: Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito.</p> <p>F4.3: Applicazione 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</p> <p>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 Co.Ge e che tutte le prestazioni rese vengano registrate ancorchè non ancora fatturate alla chiusura del periodo contabile</p>	<p>UOC Distretto Sanitario Castelvetroano</p> <p>UOC Distretto Sanitario Marsala</p> <p>UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione</p> <p>UOC Igiene degli Alimenti di origine animale</p> <p>UOC Distretto Sanitario Trapani</p> <p>UOC Controllo di Gestione e SI Aziendali</p> <p>UOC Risorse Economico Finanziarie e Patrimoniali</p> <p>UOC Medicina Legale e Fiscale</p> <p>CUP P.O. Alcamo</p> <p>CUP Distretto Alcamo</p> <p>CUP Mazara</p> <p>CUP Pantelleria</p> <p>UOC Risorse Umane</p> <p>UOC Gestione Amministrativa delle Attività Convenzionate</p>	F_UP



Area	OBIETTIVO	AZIONE	UO/LO	2022	2023	2024
	F4.6	F4.6: Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza tra i partitari clienti e contabilità generale.	UOC Risorse Economico Finanziarie e Patrimoniali	X		
	F5.4: Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1	F5.4: Implementazione di un sistema di reportistica che rappresenti i crediti in base all'anzianità. F5.3: Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da assestare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.	UOC Risorse Economico Finanziarie e Patrimoniali			X
	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; F6.2: Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correlati. F6.3: Attivazione di un sistema di monitoraggio (almeno trimestrale) extracomabile dei ricavi per prestazioni sanitarie rese nel periodo di competenza sulla base dei flussi di produzione sanitaria (ricoveri, prestazioni specialistiche, file F ecc.) e riconciliazione a fine esercizio dei dati di produzione aziendali con i dati di produzione regionali.	UOC Controllo di Gestione e SI Aziendali		X	
	G1 - Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'istituto tesoriere	G1.2: Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni; G1.3: Applicazione di una procedura formalizzata per la gestione delle Casse Economiche e delle Casse Prestazioni.	Dipartimento di prevenzione; CUP Distretto Sanitario Alcamo; CUP P.O. Alcamo; CUP Mazara del Vallo; CUP Pantelleria			
	G3 - Realizzazione controlli periodici da parte di personale interno, terzo dalle funzioni di tesoreria	G3.1: Definizione di una procedura formalizzata che preveda dei controlli periodici documentati, con evidenza almeno trimestrale e realizzati da personale indipendente alle funzioni di tesoreria (es. internal audit). G3.2: Applicazione della procedura formalizzata per i controlli periodici realizzati da personale indipendente alle funzioni di tesoreria (es. internal audit). G3.3: Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale.	UOC Gestione amm. delle attività convenzionate; UOC Gest amm ambito territoriale M. del Vallo-Castelvetrano; UOC Gestione amm ambito territoriale Trapani-Solemi.			X
	G4 - Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile	G4.1: Definizione di una procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione; G4.2: Applicazione della procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti (quali reversali di incasso, mandati di pagamento, distinte di versamento in banca) e che tali documenti siano controllati e approvati prima della loro rilevazione.	Casse Economiche / CUP Casse Economiche / CUP	X	X	X



		I Sem. II Sem.						
		2022	2023	2024				
Area	OBIETTIVO	AZIONE						
		UU.OO						
H) PATRIMONIO NETTO	<p>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.)</p>	<p>G5.1: Adozione di procedure volte a disciplinare i controlli da porre in essere sulle operazioni di Tesoreria quali ad esempio: firma dei mandati da parte del personale incaricato, coerenza con i giustificativi di spesa, evidenziazione dell'avvenuto pagamento sui giustificativi di spesa al fine di prevenire duplicazioni di pagamento, controllo della sussistenza di eventuali azioni legali o di incassi coattivi, sussistenza di eventuali cessionari di crediti ecc.</p> <p>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.)</p> <p>G5.3: Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli (data, responsabile, tipo di controllo) sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle dell'Istituto Tesoriere</p>						X
	<p>H1 - Autorizzare formalmente e preliminarmente le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto</p>	<p>H1.1: Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto, quali ad esempio: modifiche del fondo di dotazione, ripiani perdite, movimenti per i cespiti acquistati con contributi in conto capitale e relative sterilizzazioni, distribuzione di eventuali utili ecc. Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Circolare applicativa</p> <p>H1.2: Applicazione della procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto.</p>		X				
	<p>H2 Riconciliare i Contributi in conto capitale ricevuti, nonchè i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziati, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono</p>	<p>H2.1: Definizione di una procedura e schemi extracontabili di raffronto tra contributo residuo e cespiti di riferimento al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo del contributo da utilizzare per la sterilizzazione.</p> <p>H2.2: Applicazione della procedura e predisposizione di report periodici (formalizzati) per la riconciliazione tra i contributi in c/capitale ovvero in c/esercizio se destinati all'acquisto di cespiti, il valore dei cespiti finanziati tenendo conto delle sterilizzazioni effettuate, con indicazione dei cespiti di riferimento, del contributo residuo e del valore netto contabile, anche alla luce delle recenti disposizioni previste dalla legge n° 228 del 24 dicembre 2012.</p>		X				
	<p>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</p>	<p>H3.1: 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.</p> <p>H3.2: Applicazione della procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta di associare a ciascun contributo in c/capitale la deliberazione di assegnazione e il titolo di riscossione da parte dell'azienda.</p>		X				



Piano triennale Audit 2022-2024

Area	OBIETTIVO	AZIONE	U.U.OO	I Sem. II Sem.			
				2022	2023	2024	
D) DEBITI E COSTI	<p>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</p>	<p>12.2: Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle operazioni che originano, modificano o estinguono il debito. 12.3: 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;</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione; Dipartimento di Prevenzione Veterinaria UOC Risorse finanziarie e patrimoniali; UOC Ass. Farm osp. Mazara, Marsala, Castelb., Pantelleria e Alcamo; UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Trapani-Salemi; UOC Distretto Sanitario di Mazara del Vallo; UOC Distretto Sanitario di Marsala; UOC Distretto Sanitario di Trapani; UOC Distretto Sanitario di Alcamo; UOC Distretto Sanitario di Pantelleria; UOC Distretto Sanitario di Castelvetrano; UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Mazara del Vallo; UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Marsala UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Trapani/Salemi; UOC Gestione Tecnica; UOC Provveditorato ed Economato; UOC Affari generali contratti e convenzioni; UOS Farmacia ospedaliera Salemi UOS Farmacia ospedaliera Alcamo; UOC Cure Primarie</p>	X	X		
				F-UP			
	<p>16 - Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione del debito (e dei correlati costi)</p>	<p>16.1: 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.; 16.2: Applicazione di una procedura che garantisca che le diverse fasi dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti siano applicate da soggetti aziendali separati; 16.3: Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura (16.1)</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione Veterinaria UOC Risorse finanziarie e patrimoniali; UOC Ass. Farm osp. Mazara, Marsala, Castelb., Pantelleria e Alcamo; UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera Trapani-Salemi; UOC Distretto Sanitario di Mazara del Vallo; UOC Distretto Sanitario di Marsala; UOC Distretto Sanitario di Trapani; UOC Distretto Sanitario di Alcamo; UOC Distretto Sanitario di Pantelleria; UOC Distretto Sanitario di Castelvetrano; UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Mazara del Vallo; UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Marsala UOC Direzione Amministrativa P.O./Distretto Trapani/Salemi; UOC Gestione Tecnica; UOC Provveditorato ed Economato; UOC Affari generali contratti e convenzioni; UOS Farmacia ospedaliera Salemi UOS Farmacia ospedaliera Alcamo; UOC Cure Primarie</p>	X	X		
				F-UP			

2. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

La funzione di *Internal Auditing* per ogni azione auditata procede alla rendicontazione delle risultanze delle verifiche effettuate, facendo riferimento ai processi e alla documentazione esaminata ed assegnando un giudizio sulla conformità del processo. In caso di riscontro di eventuali irregolarità e/o “non conformità” saranno indicate le misure correttive da intraprendere, con indicazione altresì della tempistica proposta per il superamento delle criticità. Possono essere, inoltre, individuati aspetti e suggerimenti migliorativi che potranno essere adottati al fine del miglioramento della gestione del processo.

L’aggiornamento del piano di *audit* avviene anche sulla base degli esiti dell’attività di *audit*, di cui si fornirà, altresì, riscontro all’Assessorato della Salute, mediante compilazione di apposita griglia di rilevazione, secondo quanto prescritto dall’Assessorato stesso.

3. PIANIFICAZIONE E RISORSE

Per la pianificazione relativa al triennio 2022-2024 si è tenuto conto delle seguenti finalità:

- rispondere alle aspettative del *management* in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi;
- verificare l’efficacia del sistema dei controlli 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 d’azione relativi agli *audit* effettuati.

Le attività di *audit* verranno svolte nel rispetto dei principi contenuti nel Codice di Comportamento aziendale, adottato in conformità a quanto stabilito dal D.P.R. n. 62 del 16/4/2013, ed agli *standard* internazionali professionali di indipendenza, obiettività, riservatezza e competenza, e prevedono i seguenti *step*:

1. programmazione e definizione dell’incarico (definizione degli obiettivi, individuazione del *team* e stesura del cronoprogramma);
2. confronto con la Direzione Strategica per l’apertura formale delle attività, la notifica del calendario di *audit* e l’acquisizione di elementi utili;
3. analisi documentazione agli atti, studio dei controlli interni, predisposizione dello strumento di *audit*, elaborazione di elementi di verifica e controllo, individuazione del campione da cui estrarre le aree soggette a indagine;
4. incontri tecnici intermedi per validare lo strumento e per eventuali modifiche/chiarimenti;
5. stesura definitiva dello strumento ed estrazione del campione;
6. *reporting* (predisposizione di rapporto di *audit*);
7. chiusura delle attività di *audit*, riunione conclusiva;
8. eventuale *follow up*.

4. CRONOPROGRAMMA

Gli interventi di *audit*, come sopra individuati, verranno espletati nel corso dell'anno 2022, secondo il cronoprogramma indicato nella tabella di cui all'allegato 1. Alle strutture oggetto di *audit* sarà preventivamente comunicato l'avvio del procedimento di verifica.

Al fine di garantire l'effettività e l'efficacia delle azioni poste in essere dalla funzione di *Internal Audit*, nel corso del 2022 sarà fondamentale:

- rafforzare le conoscenze degli *auditor*, anche di quelli facenti parte del Gruppo Operativo a supporto della relativa funzione aziendale, mediante eventi formativi sulle tematiche tipiche dell'*Internal Auditing*, con particolare riferimento all'analisi del rischio;
- creare una forte sinergia tra le funzioni di *Internal Auditing*, il Responsabile della Qualità, il Collegio Sindacale, l'Organismo Indipendente di Valutazione, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, condividendo percorsi, strumenti di analisi dei rischi e modalità di conduzione degli *audit*;
- prevedere all'interno della *check list* preliminare degli *audit* la valutazione dello stato di conoscenza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici da parte degli operatori coinvolti.

Il Gruppo di Lavoro Internal Audit

Dott.ssa Rosalba Mezzapelle

Dott. Attilio Bonavires

Dott. Francesca Incandela

Dott. Michele Pinco

Dott. Pietro Di Gaetano

Dott. Salvatore Raspanti