AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.; Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività vertflche LA I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nei Piano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura Il superamento delle intraprendere con - TIQUA elsunna D- Livello non sono state F - Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto criticità che persistono al fine di garantire Azione di rschio. Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche Area verifica verifica il pieno e completo raggiungimento degli verificate in sede di Audit programmazione Descrizione percepito approvato con programmate nel proposta per il superamento Piano Annuale obiettivi di certificabilità dei dati e del delibera n. 70 del Plano Annuale AUDIT delle criticità. AUDIT 2024 (SI blland al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 /NO) AREA DEBITÍ E COSTI : U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI PIAZZA ARMERINA Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. U.O.C. Distretto Territoriale La "Commissione distrettuale per la verifica di congruità", che nel Piazza Armerina corso dell'audit effettuato in data 18/01/2024 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita 25/11/2022, era risultata inattiva al punto I1.5 " Acquisto prestazioni sanitarie da Medio nel corso del biennio precedente 11 | 11.7 | privato. Definizione di una procedura formalizzata ai SI SI SI è stata ricostulta ed è risultata fini della remunerazione delle prestazioni nella quale correttamente operante avendo siano previsti i punti a), b) c) .." effettuato diversi accessi presso le strutture convenzionate per valutarne la corretta funzionalità.

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Sepérale

Il Directiore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	O- Livello di rschio percepito	Ċ	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit		H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2002 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	/ NO)	programmate nel Plano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
. ,1	3		€ 1,4 1,5 E 1,4 1,5			, right	AREA D	EBITI E COSTI `- U.O.C. Servizio Risc	rse Umane		Ĉijĸ L		
	 - - - - - - - - - -	Definizione ed applicazione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno inerenti la gestione giuridica , il trattamento economico e la gestione dile presenze del personale dipendente			onl del P.A.C.	Alto				Si	SI		SI
15	15,3 - 15,4	Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e sistema gestionale del personale che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta dei costi maturati di periodo (ancorchè non liquidati). Laddove i sistemi di contabilità generale e di gestionale del personale risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantirne l'allineamento.	U.O.C. SERVIZIO RISORSE UMANE	24/01/2024	procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.	Medio	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			SI	SI		SI
	15.5 - 15.6	Gestione di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale. Definizione ed applicazione di procedure atte a rilevare e regolamentare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato, ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica.	U.O.C. SE		Verifica applicazione delle p	Medio				SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

			.=	R	esponsabile F	P.A.C.: Dr.ss		ri Omella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	/2022)			
Area	Azlone	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	percepito	E-Sitto verificio La principalita	F- Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e del bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiaro evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventaria 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 nievazione delle quantità inventariate (ex canteggi, pesature ecc); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) agni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	– Piazza Armerina		an a	Alto Alto	MANENZE	Nel precedente audit del 26/10/2023 era emersa una criticità riguardante la mancata effettuazione dell'inventario periodico. Nell'audit di follow up è stata data evidenza della documentazione relativa all'effettuazione dell'inventario al 31/12/2023	The Brown of the Section	SI	S1		SI
E2	ľ	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1°Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da mogazzino, in cui sia prevista tra 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; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenziolmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse do persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tilene la contabilita' di magazzino.	U.O.S.D. Radiologia - P. O. "Chiello"	01/02/2024	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	a	Le precedenti criticità sono state superate in quanto il processo di carico e scarico di magazzino è risultato applicato con correttezza e non sono state rilevate differenze tra i dati contabili e la giacenza fisica. Il personale ha acquisito una maggiore dimestichezza nell'utilizzo del programma informatico di gestione dell'armadio di reparto.		SI	SI		SI
E5	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso	۵			Si	SI	-	SI
		e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di opprovigionamento che tengono conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				SI	Si		SI

II Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Glarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche I.A. J) Attività di programmata } Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nel Piano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle D- Livello intraprendere con annuale AUDIT A - U.O. non sono state B - Data C - Oggetto F - Fattori di criticità rilevati Azlone riticità che persistono al fine di garantire di rschio Area Indicazione della tempistica алло 2024 effettuate le verifiche verificate verifica verifica Descrizione în sede di Audit programmazione li pieno e completo raggiungimento degli percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel Piano Annuale obiettivi di certificabilità dei dati e del delle criticità. delibera n. 70 del Plano Annuale AUDIT AUDIT 2024 (SI bilanci al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 / NO) /NO) AREA DEBITT E COSTT U.O.C. Serviulo Légale The second of the second of the second The state of the s relazione alle U.O.C. Servizio Legale 'erifica applicazione delle procedure In I pertinenti azioni del P.A.C. Attivazione di un sistema di ricognizione del 16/02/2024 contenzioso in essere alla data di chiusura del bilancio e stima da parte del servizio affari legali ovvero legali ALTO 14 | 14.4 esterni incaricati dall'azienda, del rischio di SI Si SI soccombenza per ciascuna causa e la relativa quantificazione degli oneri da accontonare a fondo rischi.

Il Responsabile Internal Audit

/Il Direttore Generale

II Directore Amministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

L				R	esponsabile f	A.C.: Dr.ss		ri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	2022)			
			A-U.O. verificate	B - Data verifica	C - Opgetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito verifiche I.A	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	i) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L.) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e del bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
1	<u> </u>		ارار . نه: -			AREA	RIMANEI	IZE - U.O.S.D. Radiologia - P. O. Ba	ssilotta" – Nicosia				s.2
Ε	1 E1.	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E1.1 "Definizione di procedure per inventori 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 economali. 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 di ogni rettifica da opportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Basilotta" – Nicosia		au .	Alto		Nel precedente audit del 23/11/2023 era emersa una criticità riguardante la mancata effettuazione dell'inventario periodico. Nell'audit di follow up è stata data evidenza della documentazione relativa all'effettuazione dell'inventario al 31/12/2023		SI	SI		SI
E2	: E2.	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposito documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per I resi a fomitori; b) i controlli da porre in essere per garantire lo completa e 65 tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita' di magazzino.	U.O.S.D. Radiologia - P. O. "Ba	22/20/20	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto		Il processo di carico e scarico di magazzino è risultato applicato con correttezza, così come in precedenza, ma il personale ha acquisito una maggiore dimestichezza nell'utilizzo del programma informatico di gestione dell'armadio di reparto.		SI	SI		SI
E5	ES.	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistemo di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				SI	SI		St
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengono conto dei turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				SI 	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di programmata .) Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nel Plano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle D- Livello intraprendere con annuale AUDIT non sono state A - U.O. B - Data C - Oggetto F - Fattori di criticità rilevati riticità che persistono al fine di garantire Azione di rschio Indicazione della tempistica anno 2024 Area effettuate le verifiche verificate verifica verifica In sede di Audit programmazione Descrizione Il pieno e completo raggiungimento degli percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel Plano Annuale obiettivi di certificabilità dei dati e dei delibera n. 70 del delle criticità. Plano Annuale AUDIT AUDIT 2024 (SI bilanci al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 / NO) /NO) AREA DEBITT E COSTT - LLO.C. Servido Legale /erifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. U.O.C. Servizio Affari Generali Attivazione di un sistema di ricognizione del 28/02/2024 contenzioso in essere alla data di chiusura del bilancio e stima da parte del servizio affari legali ovvero legali 14 | 14.4 esterni incaricati dall'azienda, del rischio di SI SI Sī soccombenza per ciascuna causa e la relativa quantificazione degli oneri da accontonare a fondo rischi.

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

II directore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

_		_			responsable r	-M.C. D1:35		eri Ornella (in aspettativa a far data	aai 19/09/2022 - Delibera n. 1385)	[2022]			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito		F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con dell'bera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	Plano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità del dati e del bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
			u 10			AREA RIN	ANENZE	U.O.S.D. Laboratorio Analisi - P. G	. *Basilotta* – Nicasia	1 9		2 9	3
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E.1. "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmoceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico vengo 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 di ogni rettifica da apportare ai saldi contobili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contobile venga allineato alle risultanze dell'inventorio	"Basilotta" – Nicosia		dn.	Alto		Nel precedente audit del 23/11/2023 era emersa una criticità riguardante la mancata effettuazione dell'inventario periodico. Nell'audit di follow up è stata data evidenza della documentazione relativa all'effettuazione dell'inventario al 31/12/2023		SI	SI		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1º Predispositione di uno procedura relotivo a conchi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'ialtro: 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 formitori; b) i controli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti Interni prenumerati o numerati sequenziolmente; d) che le autorizzozioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contobilita' di magazzino.	U.O.S.D. Laboratorio Analisi - P. O.	14/03/2024	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto		Il processo di carico e scarico di magazzino è risultato applicato con correttezza e tempestività (nel precedente audit era stato rilevato qualche ritardo discendente dalla effettuazione di lavori di ristrutturazione in Reparto).		SI	SI		SI
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				SI	SI		SI
		e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over del beni e delle obsolescenze"				Medio				S 1	SI		SI

11 Responsabile Internal Audit

John Lame

Il Directore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività Al echilher I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nel Plano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle D- Livello intraprendere con annuale AUDIT non sono state A - U.O. F - Fattori di criticità rilevati B - Data C - Oggetto criticità che persistono al fine di garantire Azione di rschio Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche Area verificate verifica verifica în sede di Audit Descrizione programmazione li pieno e completo raggiungimento degli percepito proposta per Il superamento approvato con programmate nel Piano Annuale obiettivi di certificabilità del dati e del delle criticità. delibera n. 70 del Plano Annuale AUDIT AUDIT 2024 [SI blland al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 / NO) /NO) AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Cure Primarie - U. O. S. Medicina Specialistica Convenzionata e Medicina Penítenziaria Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. Verifica di corretta esecuzione della procedura definita Medicina Specialistica Convenzionata e Medicina ai punti 15.5 "Gestione di altre tipologie di rapporti di U.O.C. Cure Primarie - U. lavoro assimilati al dipendente e dei medici della 15/03/2024 Penitenziaria medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslovorista e previdenziale. Defibizione 15 | 15.8 SI SI SI di perocedure atte a rilevare e regolamentare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economico".

II Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

IlDirettore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmeio - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) I) Attività di programmata L.) Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024, Audit realizzata G Misure correttive da nel Plano razioni ner le mali l'azienda assicura il superamento della nel 2024 come D- Livello intraprendere con TICLLA eleumon mon sono stata criticità che parsistono al fina di F - Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C-Oggetto di rachio Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifich garantire II pieno e completo verificate verifica In sede di Audit Descrizione rogrammazk proposta per il superamento approvato con programmate nel ragglungimento degli oblettivi di Piano Annuale delibera n. 70 Piano Annuale certificabilità del dati e del bilanci si delle criticità. AUDIT 2024 IS del 18/01/2024 30.06.2025 (SI/NO) / NO) (SI /NO) AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Fronomico Finanziario Patrimoniule Predisposizione ed applicazione di una procedura che prevede appropriati controlli atti a garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle SI St SI operazioni che originano, modificano o estinguono il Adozione di una procedura di archiviazione del documenti contabili originali (da cui hanno avuto 12.3 origene le transazioni) che consenta una immediata e SI SI SI puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed ndividuazione del documento. Adozione di controlli periodici e documentabili con riguardo in particolare a: riscontro tra i saldi del conti Individuali ed i saldi del conti di riepilogo, il riscontro 12.4 delle risultanze contabili dell'azienda con gli estratti SI Si SI conto inviati dal fomitori di propria iniziativa o su richiesta dell'azienda stessa, riconciliazione partitario fornitori con il libro giornale. Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punti i3.2 "Adozione di una proceduro SI SI SI che consenta di evidenziare e di ripercorrere l controlli svoiti.." 13 | 13.6 Verifica di corretta esecuzione della procedura ď. 10/04/2024 definita al punti 13.4 "Adozione di una procedura цì SI SI SI per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: ķ a) b) c)_..* ن Ö Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punti I4,1 " predisposione di uno procedura che disciplinì e renda documenabili per 12 SI SI ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei casti per fatture da ricevere" Medio Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in CO.GE SI Sī SI delle carte contabili trasmesse dal tesoriere o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze dì assegnazione giudiziarle" 16 16.3 Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte St SI SI a riscontrare la corretta applicazione della procedura. Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte 17 | 17.3 a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e SI SI SI contabilità generale. Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "predisposizione di una 18 | 18.5 procedura di controllo ed analisi comparativa della SI Sî SI spesa nel tempo e nello spazio con Individuazione di un set di indicatori di riferimento".

1.Responsabile Internal Audit

Hours Legy-

Il direttire Anuministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

			•	F	Responsabile F	A.C.: Dr.ss		eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	/2022)			
Area		Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	-	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nei Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (St /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L.) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci
<u> </u>	; r		3	: :	2 y y	AREA RII	ANENZE	-U.O.C. SALUTE MENTALE - U. Q	S. C.S. M. Leonforte		3 4	<u></u>	
E1	£1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventani fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruali e responsabilità, differenziate per i magazzini formaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventanio 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 di ogni erettifica da appartare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	. S. C. S. M. Leonfarte		ne alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto				SI	SI		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1*Predispositione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia previsto tra l'aitro: a) apposita documentazione interna (can 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 parre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di toli documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuoti 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 lo contabilita' di magazzino.	U.O.C.SALUTE MENTALE - U.O.	18/04/2024	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto				SI	SI		SI
ES	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivozione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"			Veri	Basso				SI	SI		Si
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	_			Medio				Si	SI	! 	SI

Il Responsabile Internal Audit

Al Direttore Generale

II Directore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

L					Responsabile P	A.C.: Dr.ss	Monasti	eri Ornella (in aspettativa a far data o	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	(2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito verifiche L	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuzie AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di
				i	,	AREA RIA	IANENZE	- U.O.C. Servizio Trasfusianole - P. C). "Umberto I" – Enna 🕞 💎				***
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (alimeno annuali), con chiara evidenzo di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziote per i magazzini farmoceutici centroli e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. 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 detengona la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesoture ecc); c) sia definiti o il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute di ogni rettifica da apportare al saldi contabili sia preventivamente autarizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Umberto I" – Enna		e alle pertinenti azioni dei P.A.C.	Alto				SI	Si		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1*Predispositione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cul sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di ocquisto e per i resi a farnitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita' di magazzino.	U.O.C. Servizio Trasfusionale - P. O.	30/04/2024	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alta				SI	SI		SI
ES	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del tum over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"			Veril	Basso				SI	SI		SI
		e E5.2 "implementazione di procedure e programmi di approvigionomento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				SI	Si		SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Genérale

Il Directore Amministrativo We

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche I.A I) Attività di programmata .) Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024. G Misure correttive da nel Piano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle D- Livello Intraprendere con annuale AUDIT non sono state A - U.O. B - Data C-Oggetto F - Fattori di criticità rilevati criticità che persistono al fine di garantire Azlone di rschlo Indicazione della tempistica anno 2024 Area effettuate le verifiche verificate verifica verifica in sede di Audit Descrizione programmazione il pieno e compieto raggiungimento degli percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel Piano Annuale obiettivi di certificabilità dei dati e dei delle criticità. delibera n. 70 del Piano Annuale AUDIT **AUDIT 2024 (SI** blianci al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 / NO) /NO) 37.4 F AREA DEBITT E COSTI - U.O. C. Servizio Farmaceutico Territoriale James Harriston Servizio Farmaceutico Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte Verifica applicatione delle procedure in relatione alle pertinenti azioni del P.A.C. a riscontrare la corretta applicazione della procedura definita al puntì 16.1 e 16.2: "Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi 03/05/2024 dell'acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti **Territoriale** siano applicate da soggetti aziendali separati le cui Medio 16 | 16.3 | principali funzioni concernano: la determinazione dei SI SI SI fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e

Carela y.l.

controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei

relativi documenti, ricevimento e controllo delle fatture del fornitori, rilevazione contabile del debito,

autorizzazione ai pagamento delle fatture ecc.."

ن

o

Il Direttore Generale

Directore Amministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Glarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

oxdot				R	lesponsabile P	A.C.: Dr.ss:	Monast	eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	/2022)			
Area	Azione	The second secon	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito verifiche I	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Plano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 19/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
		The second secon) 		3		ARE	A RIMANENZE - U.O.C. Laboratarlo	Analisi .			3	
E1		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (alimeno annuali), con chiara evidenza di tempi, ozioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini formoceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. 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 detengano la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventoriate (ex conteggi, pesature ecc); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai soldi contobili sia preventivamente autorizata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventorio	Analisi - P. O. "Umberto I" – Enna - b) U.O.S. U.O.S. Laboratorio Analisi - P. O. "Chiello" – erina	- 09/11/2023	rocedure di pertinenza	Alto	Z.			SI	Prevista nel 2024 esclusiva mente	-	SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da mogazzino, in cul sia prevista tra 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 gurantire la completa e tempestiva registrozione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita" di magazzino.	- Analisi: a) U.O.C. Laboratorio / - P. O. "F.B.C." – Leonforte - c) Plazza Arm	20/10/2023 - 09/05/2024	Verifica corretta applicazione della procedure di pertinenza	Alta				Si	per la U.O.S. Laborator io Analisi P. O. "F.B.C." — Leonforte		SI
ES		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"	U.O.C. Laboratorio Laboratorio Analisi			Basso				SI			SI
		e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	U.O.			Medio				S1			SI

Il Responsabile Internal Audit

Plano Lagra

Il pirettore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Omella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

<u> </u>				_	Responsabile	P.A.C.: Dr.ss		eri Omella (in aspettativa a far data d	lal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	(2022)			<u></u>
Area		Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	69	F - Fattori di criticità rilevati în sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Plano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 {SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	programmate nel	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
Ĵ.	u ui		j.,	j 4 j		water 17g	, AREA	CREDITI: E RICAVI - Dipartimento Vi	terinario 2 6 3 5 4 4				
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 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 eriogate; d) l'mplementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	inario	17/05/2024	iale applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio				Si	Si		SI
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.9:"Implementazione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione del ricavi per servizi resi a pagamento."	Dipart		Verifica punt	Medio	7.23			SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Priestore Amministrativo Josepha UI We

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nel Piano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle D- Liveilo intraprendere con annuale AUDIT non sono state A - U.O. F - Fattori di criticità rilevati B - Data C - Oggetto riticità che persistono al fine di garantire Azione di rschlo Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche Area verificate verifica verifica In sede di Audit programmazione Descrizione l pleno e completo raggiungimento degli percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel Piano Annuale obiettivi di certificabilità dei dati e dei delibera n. 70 del Piano Annuale AUDIT delle criticità. **AUDIT 2024 (SI** biland al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (SI 2024 / NOI /NO) AREA DEBITT E COSTI - U. O. C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero 48<u>7., (</u> Servizio Farmaceutico Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. a riscontrare la corretta applicazione della procedura definita ai punti 16.1 e 16.2; "Predisposizione di una procedura che garantisca che le diverse fasi Ospedaliero 29/05/2024 dell'acquisizione, rilevazione e gestione del debiti siano applicate da soggetti aziendali separati le cui Medio 16 | 16.3 | principali funzioni concernano: la determinazione dei SI SI SI fabbisogni; correttezza procedure di gara, emissione delle richieste di approvvigionamento, ricevimento e controllo delle merci o dei servizi ed emissione dei ن relativi documenti, ricevimento e controllo delle

Il Responsabile Internal Audit

fatture del fornitori, rilevazione contabile del debito, autorizzazione al pagamento delle fatture ecc.."

ö

z,

Jobbus Of We

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Glarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di programmata .] Se NO - Indicare le Audit realizzata M) All'esito degli audit al 30/06/2024, G Misure correttive da nel Plano ragioni per le quali nel 2024 come l'azienda assicura il superamento delle intraprendere con D- Livelio nnuale AUDIT non sono state B - Data A - U.O. C - Oggetto F - Fattori di criticità rilevati criticità che persistono al fine di garantire Azione di rschlo Area Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche verificate verifica verifica in sede di Audit Descrizione programmazione il pieno e completo raggiungimento degli percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel Piano Annuale oblettivi di certificabilità dei dati e del delibera n. 70 del delle criticità. Piano Annuale AUDIT AUDIT 2024 [SI bilanci al 30.06.2025 (SI/NO) 18/01/2024 (51 2024 / NOI /NO) AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Nicosia *1 1000 (1.); (2s) U.O.C. Distretto Territoriale -윤 Verifica applicazione delle procedure relazione alla pertinenti azioni del P.A.C. La "Commissione distrettuale per 30/05/2024 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita la verifica di congruità", che Nicosia Ricostituire la Commissione e al punto 11.5 " Acquisto prestazioni sanitarie da dovrebbe effettuare accessi rioprendere le attività di verifica 11 | 11.7 | privato. Definizione di una procedura formalizzata al SI presso le strutture convenzionati SI SI presso le Strutture fini della remunerazione delle prestazioni nella quale per valutarne la corretta convenzionate siano previsti i punti a), b) c) .." funzionalità, non ha svolto attività nel corso dell'ultimo biennio.

II Responsabile Internal Audit

A Direttore Génerale

Il pirettore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

-					esponsable r			teri Ornelia (in aspettativa a far data	dai 13/03/2022 - Delibera II. 1383	720221			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	, ,	LA F - Fattori di criticità rilevat	proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	Plano Annuale AUDIT 2024	l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita in punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini formaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o ecanomali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico vengo effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendono alla custodia delle giocenze e che detengano la contobilità di magazzino; b) slano 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 soldi contobili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contobile venga allineato alle risultanze dell'inventario	- P. O. "Umberto I" – Enna		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Alto				SI	SI		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'aitro: 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; c) c) che i prelicu(), 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 contabilita' di magazzino.	U.O.C. Cardiologia – U.O.S. Unità Coronarica	13/06/2024	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto				SI	SI		SI
ES		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"	O.O		Veri	Basso				SI	SI		SI
		e E5.2 "implementazione di procedure e programmi di approvigionomento che tengano conto del turn over del beni e delle obsolescenze"				Medio				SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit

House Generale

II Directore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

				_ R	tesponsabile i	P.A.C.: Dr.59	Monast	eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	/2022)			
Area	Azione		A - U.O. verificate	, B - Data , verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	proposta per II superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)		l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di
				1	7	···· ÄREJ	RIATANE	NZE-U; O. C. Oncologia - P.O. 1	Umberto l' — Enna			-	
Es	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E1.1 "Definizione di procedure per inventori 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 economali. La procedura deve prevedere tra l'oltro che: a) l'inventario fisico venga effettuato do persone indipendenti da quelle che sovraintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siono definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc); c) sio definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica do apportare al saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Umberto I" – Enna		ocedure di pertinenza	Alto		Nel corso dell'audit del 11/04/2023 non era stata data evidenza documentale delle modalità di effettuazione dell'inventario dell'armadietto di reparto alla data del 31/12/2022.	Nel corso del "follow up" del 18/07/2023 la criticità è risultata superata essendo stata data evidenza documentale della corretta effettuazione di un inventario infra- annuale.	NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1º Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scorichi da magazzino, in cul sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di ocquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e sempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trosferimenti 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 contabilita' di magazzino.	U.O.C. Oncologia – P.O. "U	18/07/2023	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto				NO			SI
ES	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti ES.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				NO			SI
		e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto dei turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				NO			SI

Il Responsabilia Internal Audit

Il Directore Generale

If Directore Ammir istrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmeto - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

L				F	Responsabile F	A.C.: Dr.ss		teri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschla percepito	بخنسا	F - Fattori di criticità rilevati più in sede di Audit	indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	AUDIT 2024	l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
	· ·		4		d)	S AREA	SILIALIA	NZE U.O.C. Anestesio – P.O. TE	asilotta" - Nicosia		*.e.a 3,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2.1
E1	£1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punt E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici flueno 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 economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone lindipendenti da quelle che sovraintendono alla custadia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventoriate (ex conteggi, pesature ecc); c) sio definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) agni rettifica da apportare al saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventorio	"Basilotta" – Nicosia		ďn	Alto		Nel corso dell'audit del 29/06/2023 non era stata data evidenza documentale delle modalità di effettuazione dell'inventario dell'armadietto di reparto alla data del 31/12/2022.	Nel corso del "follow up" del 24/07/2023 la criticità è risultata superata essendo stata data evidenza documentale della corretta effettuazione di un inventaño infra- annuale.	NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a corichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'oltro: 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 fomitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita" di magazzino.	U . O . C . Anestesia – P.O. "Ba	24/07/2023	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto		Nel corso dell'audit del 29/06/2023 erano stati riscontrati ritardi negli scarichi della Farmacia Ospedallera che si riverberavano con del disallineamenti tra giacenze contabili e fisiche del reparto audito.	Il riallineamento effettuato tra contabilità e giacenze fisiche discendente dall'inventario infra- annuale ha consentito di correggere le discrasie emerse nel corso del perecedente audit.	NO			SI
ES	E5,4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivozione di un sistema di monitoroggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				NO			SI
		e ES.2 "implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				NO .			SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttoro Generale

InDirectore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

L				R	esponsabile F	P.A.C.: Dr.ss	 eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A-U.O. verificate	8 - Data verifica	C - Oggetto verifica	D-Livello di rschio percepito	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di
£1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti 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 centroli e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. 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 definitì 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 di goni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Umberto I" – Enna		and the state of t	Alto	 7		NO			SI
E2		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 Predisposizione di una procedura relativa o carichi e scarichi da magazzino, in cui sia previsto tro 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 fomitori; bi i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nei sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita di magazzino.	U.O.C. Terapia Intensiva - P.O.	02/08/2023	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto			NO			SI
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrole del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso			МО			Si
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio			NO			SI

Il Responsabile Internal Audit

II Direttore Generale

Il Directore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

<u></u>					Responsabile	P.A.C.: Dr.s	sa Monaste	ri Ornella (in aspettativa a far data o	lal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	(2022)			
Area	Azione		A - U.O. verificate	K - Flata verifica	1	percepito	, ,	1	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 de 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 como da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire Il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci
			* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		, + " raf		AREA RIN	IANENZE - LI.O.C. SERVIZIO PROVV	EDITORATO		*	in the state of th	
E1	E1.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti 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 economali. 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); ol sa definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ognì rettifica da apportare ai soldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventorio	• Magazzino Economale - MAGAZZINI ICOSIA / ENNA / PIAZZA ARMERINA	5/2023 (Nicosla) - 05/06/2023 (Piazza Armerina) - 25/05/2022 (Leonforte)	ocedure e loro puntuale applicazione in relazione ti azioni del P.A.C.	Alto	MŠ.			SI	Prevista nel secondo semestre 2024 per n.		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto 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 prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i corichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da parre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengono 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 contabilita' di magazzino.	U . O . C . Servizio Provveditorato - Magaz ECONOMALI DI LEONFORTE / NICOSIA /	04/10/2023 (Enna) - 04/05/2023 (N	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro pu alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto				SI	1 Magazzino Economale		SI

Il Responsabile Internal Audit

	g g			<u>c</u>		8	ELS	E 2 E 2	-	Ares	П		Γ
c E5.2 "Implementatione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	Verifica della corretta esecutione delle procedure definite al punti ES.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over della escorte di magazzino, delle merci obsolete e scotare".	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita i punit E3.5 "In caso di produzione interna di produtti finiti (ari esempio IVA, produzione di tradisfarmono) prevedere procedure di difficazione del casti e riamonificazione ara i prelieri ci materie paime ed casti e riamonificazione ara i prelieri ci materie paime ed casti di semilarerati di o prodotti fiata"	Venitra della corretta esecutione della procedura definita al punti E3.3 "Formolizzatione di regole per assicurore comunque il corretta roccordo tra comtolalità generale e controlalità sezionale di magniziono citraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tobella di na cocordo tra magnifiche di magnizione e conti di ca ge, sullo base di cutteri condivisi tra il sarvizi commetti	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti 53.7 "Codove i sistema di controllatà penerode e contabilità di magaziono i sistemo diversi e mon integrati, odottare un aistemo di roccodo tra i ordi concluite e gestimoli al fine di giornatire che la rentazione delle intenentare de dotto gestionali corrispondo alla variazione delle aimanenze da deti conclubili (CI)"	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punit E3.1 "Implementazione di sistenzi integrati tra controllata generale e controllata sezionele di magazziono che porentizano un immediato traffronto e una delevizione complutta in Co.Ge (fottura da ricevere e fotturazione attivo) ed in controllatità di magazziono (rariato), sandali).	Verifica della corretta esecusione della procedura definita è junito EX.1 Predisposizione di una procedura el definita è junito EX.1 Predisposizione di una procedura relotiva a cui cilo e scandibi dia magazzina, in cui sia previstra tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumernit) e di apposite atorizzazioni per trati i cui cilo in magazzina per materiali di acquista e per i resi a famitara; b) i controli da poere in essere per garantire la complete a tempestiva replatrazione di tali documenti pi complete a tempestiva replatrazione di tali documenti per i perileri, i tradferimenti e i resi seregiono effettuali con documenti interni pernumerati o numerati sequencificatere; d) che i e autorizzazioni di tali movimenti siono emesse di operzone indipendienti rispetto a di gestica i magazzina o tiese ia contabilite di mogazzina.	e E.I.S "Predispositione di procedure specifiche per la 1.5 gestione dei comit daposito (es proces), materiali monouso),"	Veritica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1. "Orfinizione di procedura per Inventual Ficial Pofinizione di procedura per Inventual Ficial Pofinizione di responsabilità, differentiale per i magazini farmaceniale centrali e/o pedigirità e/o presso i repute e/o economali. La procedura deve prevetera tra l'oltro che: al l'inventualo ficialo verape effettuario da persone indipendenti de quele de tecnimientandono alla la custodia delle giazente e che detangono la contabilità di mogazzino; a vivele de tecnimientandono alla la custodia delle giazente e che detangono la contabilità di mogazzino; a vivele de tecnimientandono alla la custodi delle giazente e che detangono la contabilità di possono definati i metodi per la riferozione delle quantità inventivitate (es conteggi, pesatrar e ce); o sia definita il rottomento delle mendi a lento rigita, obsolete e sadiste di opri i rettamento della contabili sia preventivamente da apportante oi salidi contabili sia preventivamente della veraga all'inventario dell'inventario		Azione Describione		GRIGUAE	
υ.	.O.C. Serv		o Ospedallero - a) Far		ı" di Enna; b) Farm	acia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina; c) Fa	rmacia P. O. "Basilotta" di Nico	sia; d) Farmacia P. O. "F.B.C." di Leonforte	4	A-U.O. wriftcate		I RILEVAZIO	
				24/08/2023 (Plazza	Armerina) - 19/09/	(2023 (Enna) - 16/06/2022 (Nicosla) - 23/06	/2022 (Leonforte)			B - Data verifica	22	OTTO SALING	
				Veril	ica corretta stesura	ed applicazione delle procedure di pertine	nza	· 		C - Oggetto verifica	sponsabila Pu	STATO DI ,	
Medio	Basso	Basto	Medio	Medio	Alto	Alto		Aho	UK VZEV	D- Livello di rechio percapito	lesponsabila P.A.C.: Dr.ssa Mor	ATTUAZIOI	AZIENI
									WANENZE -	Ballic Com insure (FCA)	onesteri Om	VE DELLE V	DA SAN
					5 5				OPATIVAZAS COLLIANCES SA	Fattori dierticità nievati In sede di Audit	ella (in aspattativa a fer data s	/ERIFICHE DEGLI INTERI 2 - Delibera n. 924 del 15/11/2	HARIA PROVINC
									CO OSAITWOLASO CO	G Misure correttive de intreprendere con Indexione della tempistica proposta par il superamento delle criticità.	tal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - <u>AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024</u> Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Glantiazo Carmeto - Dell'era n. 924 del 15/11/2015 (modificata con dell'era n. 407 del 30/05/2017)	IALE - ENNA
IS	SI	S	SI	S	žī.	ñ	₹3 	R	AND COLUMN	H) Actività programmata nel Plano enmusia AUDIT anno 2024 esproveto con dell'ann n. 70 del 18/01/2024 (SJ /NO)	1385/2022)	A ALLA DATA [07 del 30/05/2017	
-			Pre	vista nel sec	ondo seme	stre 2024 per n. 2 Farmac	ie ospedaliere			() Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Pino Amuale Audit 2024 (si / NO)) DET 3D GINGNO	
									A CANADA	L J Sa ND - Indicare la regioni per la quali non sono stata effermata la verificha programmata sal Piano Annuale August 2024		2024	
Sī	ñ	জ	ñ	ē.	ñ	ō	ñ	ñ		All selto degli auditi al 30/04/2024, Exidencia assicure il superamento delle critichi che puratarono al fine di garantire il pieno e completo reggiungimento degli observoi di cardificabilità dei delle dol bilandi ai 30.04.2025 (SI/NO)			







,		, - .	<u>,</u>				,				<u>-</u>	<u></u>		 _		 -	
	<u> </u>	3	├		7		 _		T =	 	, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>			, z	7		Area
Attraction di un sixtema di mortunggio periodico del carriqui (g.) incoded e finitari i con redericione della surpra e sespina regara, publicar e con substanza e presione di un starra peritorsia per la rendicontazione del casti correlati.	Attractione diun strema di montrozgio periodico per la F&1. Il residene della compatenza di periodio della operazioni che hammo generato ar adice nicusi effettuando test cas- off.	Verifica di corretta erecucione sielas prazodes sieffetta al perito. (S.A.* Dishelidore el aldelicione di una prozodes a peritodes i sirveno (S.4 erassale) el occumenta per l'attitud di nichial dell'estalerazia salazione sel richia di eliphitti del credit e per la tituq accumicammenti al richi valutatione or estit.	Weifled doorste sexulated dels procedes advista a penti percient (d.4." Application della procedes aria, apartis de tata la pristi inci loggiste a fatuazione vengano distanta in modo tempetivo ed accurato nonche registrate nel cent di COGL."	d p d p d	Venific d correct a recurrons della procedura dell'era al purei in un dendi 14.2 i polluctione di bun procedura che preveda appropriati controlla atti a puantire la correctoraza formade a sociazza della operazioni che un'ignano il un edito.	Verifical descript examinous data procedura debeta el pardi precedent (4.1" prologonations di una procedura the parenda appropriato controlla data a parantira la correctora formada e controlla (data operation) bis originamo il crestio".	indedications dell'utilità responsabile e debe azioni di commito da E3.3 espiritare per parentre il committa, completo e temperovo applingimento dell'obsettivo.	F3.2 Definitions of unused indicated distintinents per Farea credits attack	Attuations, con periodicità atmeno semestrate ed in modo F3.1 decumentato, di antidi companyite di consocio cra valori di budgat estari di consumitiva dell'anno in cono e dell'anno precedenta.	refresation dell'anti repossate e dele acier il concos di 12.3 scalene per pendre 0 commo, competo e impesso replandimento dell'olettico.	For Lineal dark fault in inputs de intériou de conforma sed on a prevente, l'externe de direct e reference de la residazione di previent di velifica alumentra quel del servicio pagamenti interio promoto della committere se o data di interiorio promoto della conforma, commoto quella committere committante il presto (mano, cont.) commente della committere committante il presto (mano, cont.) commente di apolicioni esco.	kouziere, con précidint domes mendes, di procedere di édesses el production en en el production en la section del deleva al an deta personale a e réconstituiron con le information present in Code, motivation el recotamenti.	Verlida di corrette esecutione dalla grocciour definita di porto l'ELLI PLE-Scholora di una procedura di evoquativa esi menutari finanziarione di littori per sendi rei a paparmonto de preveda devenutari di finanziario di littori per sendi rei a paparmonto de preveda devenutari di Alberdoni del positroni di la colla di everguo propriazzio di apparento de le procedura de la procedura de resultari devenutari del procedura	vierifica di cometta sevezione della piccodera definita di punco ZLA.*Continue di una procolora di verifica dei fictari di commensionale di apera verifica (Taleg) tre conventa di acembari la confucordenza ta vicilia prococca a sistema, pressalori engata, imporpratima ed loquali formati.	writes of contins essentions delta procedura deletits at pusto 11.4-Madeira d'un repairmente ainmais per la psidone dell'essential di libera pressione essential qualit si norto ministrati processor del control del estical è reprocedura i a montratario dell'essential essential.	which if items execution disks process article is publicated from process of "carabilities connected by it publicates at managed would a statute for references best by public at managed would a statute on references when	Arlose
			J.O.C. SERV	IZIO ECON	IOMICO FI	INANZIARI	O PATR	IMONIA	ILE	29/09/2023			U. O. CO.C. SERVIZIO ECO	NOMICO FINANZ	ZIARIO PATRIMON	IALE	A-U.O. B-Data warificate warifica
				Verific	a corretta	stesura ed :	attualità	delle pro	cedure e			relazione alle pe	ertinenti szioni del P.A.C.			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	C-Ogeth
ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	МЕОЮ	MEDIO		82330			Medio		Alto	Alto	Basso	Samo .	D- Uvello di sschio percepita
0.00	300		<i>ማ</i> ማፈት የ	1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	4523							_					7073 LI
		30 - 50 cm										a tabela ici.	2 50				S SET Can risena 24
		E stata evviata una attività di verifica sulla sussistenza dei crediti che ha condento alla cancellazione di molti di essi risultati insussistenzi. Permane la criticità derivante dalla non completa voltazione sulla reole esigibilità di una parte consistenze dei crediti risultanti in bihacio.								consistente.	migliorata rispetto al passato, non risulta passato, non risulta estesa ad un notevole numero di micro-crediti il cul importo complessivo è	L'attivkà di	La critità rifevata in precedenti autit, increate la mancata contabilizzazione dei ricavi per prestazioni effettuate presso la R.S.A. di teoriforte per gianni 2021 e precedenti, causata dalla presso de de de de de de precedenti, causata dalla data de parte della U.O.C. competente, è stata superata.				F. Fattori di cribità rilovati industriane della rilovati industriane della rilovati proporte per il superandi della cribità. della cribità, della cribita cribità, della cribita cr
		Verificare la reale esignifità del crediti di più lunga data e procedere, previa corretta valutazione alla loro svalutazione e/o straicio		,							Estendere l'attività di circolarizzazione a tutti i crediti.						
₽	SI	হ	SI	Si .	Σ	SI	SI	SI	SI	SI	∑.	ম	₹.	ñ	<u>≈</u>	St	Attività reammata si Plano ale AUDIT ano 2024 no 2024 novato con bera n. 70 A/01/2024 si /NO)
NO O	NO	NO	NO	S S	No.	NO	NO	No	NO.	NO	NO	NO	NO	°NO	NO	NO	1) Artività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Plano Annual Audit 2024 (S / NO)
Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 7023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestra 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestro 2023	Prevista nel secondo semestro 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	Prevista nel secondo semestre 2023	1) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non nono extra effettute le verifiche programanta nel Placo Annuale AUDIT 2024
S	SI	5	SI	SI	SI	SI	SI .	SI	SI	SI	S	25	Z.	SI	ē.	SI	Sa NO - Indicare is All All'entro degli sudita il 20/04/2028, regioni pre le quali Fazinda subtura il supremento della none sono rata Critish de peritrona al fine di grantira il jai non e compète pergramanta sulla regioni programanta della region







AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche I.A I) Attività di) Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024. programmata Audít realizzata G Misure correttive da nel Piano ragioni per le quali l'azienda assicura II superamento delle nel 2024 come Intraprendere con D- Livello annuale AUDIT non sono state criticità che persistono al fine di F - Fattori di criticità rilevati A - U.O. 8 - Data C - Oggetto da Azione di rschlo Indicazione della tempistica effettuate le verifiche garantire il pieno e completo anno 2024 Area verificate verifica verifica in sede di Audit programmazione Descrizione percepito programmate nel raggiungimento degli oblettivi di proposta per Il superamento approvato con Piano Annuale delibera n. 70 Piano Annuale certificabilità dei dati e dei bilanci al delle criticità. AUDIT 2024 (SI 30.06.2025 (SI/NO) del 18/01/2024 **AUDIT 2024** / NO) (St/NO) AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE - U.O.C. Servizio Provveditorato - Cassa Economale Nicosia 21/09/2023 (Nicosia) - 05/12/2019 (Enna) - 18/03/2021 (Leonforte) Verifica applicatione delle procedure in refazione alle pertinenti azioni del P.A.C. Casse Economali Enna - Nicosia U.O.C. Servizio Provveditorato Leonforte - Piazza Armerina Verifica di corretta esecuzione della procedura G1 G1.5 definita al punto G1.2 " predisposizione di una Medio NO SI procedura formalizzata per la gestione delle casse economali e delle casse prestazioni"

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttoro Generale

ippirettore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

_				1	kesponsabile	P.A.C.: Dr.ss	ssa Monasteri Ornella (în aspettativa a far data da	ii 19/09/2022 - Delibera n. 1385/.	2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livelio di rschio percepito	F - Fattori di criticità rilevati	Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nei Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
L	:			* 111			AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Te	ecolco				
61	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	C. Servizio Tecnico	31/10/2023	azione delle procedure in relazione alle pertinentì azioni dei P.A.C.	Medio			NO			SI
16	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.	U. O.		Verifica applicazion pertin	Alto			NO			SI

II Responsabile Internal Audit

Directore Generale

lipinettore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Omelia (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attīvità verifiche LA I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024, Audit realizzata G Misure correttive da nel Piano ragioni per le quall l'azienda assicura il superamento delle nel 2024 come D- Livello Intraprendere con annuale AUDIT criticità che persistono al fine di non sono state Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto da Azione di rschlo Indicazione della tempistica anno 2024 garantire il pieno e completo Area effettuate le verifiche verificate verifica verifica in sede di Audit Descrizione programmazione percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel raggiungimento degli obiettivi di Plano Annuale certificabilità del dati e del bilanci al delle criticità. delibera n. 70 Piano Annuale AUDIT 2024 (SI del 18/01/2024 **AUDIT 2024** 30.06.2025 (SI/NO) / NO) (SI/NO) AREA DEBITI E COSTI - Dipartimento Salute Mentale Dipartimento Salute Mentale Verifica applicazione delle procedure relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. 29/11/2023 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 "Acquisto prestazioni sanitarie Medio 11.7 da privato. Definizione di una procedura formalizzata SI NO ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c) .."

Il Responsabile Internal Audit

l Direttore Generale

Ilipirettore Amministrative

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Glarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettațiya a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di programmata 1 Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024. Audit realizzata G Misure correttive da ragioni per le quali nel Piano l'azienda assicura il superamento delle nel 2024 come Intraprendere con D- Livelio annuale AUDIT non sono state criticità che persistono al fine di F - Fattori di criticità rilevati A - U.O. C - Oggetto B - Data da di rschio Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche garantire il pieno e completo Azlone Area verifica verificate verifica In sede di Audit programmazione Descrizione percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel raggiungimento degli oblettivi di Piano Annuale certificabilità del dati e dei bilanci al delle criticità. delibera n. 70 Piano Annuale AUDIT 2024 (SI del 18/01/2024 30.06.2025 (SI/NO) **AUDIT 2024** /NO) (St/NO) ີ່ຮົ AREA GENERALE - U.O.C. SERVIZIO TECNICO Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. U. O. C. Servizio Tecnico – U.O.S. Gestione Rete e Dati La Struttura è stata Verifica di corretta esecuzione della procedura audita nel corso del definita al punto A3.3 "Implementazione di un monitoraggio effettuato sistema informativo per rilevazione, elaborazione e 08/02/2022 dal Dipartimento Prevista nel rappresentazione dei dati contabili che risulti A3 A3.4 adequatamente integrato con tutte le funzioni Pianificazione Strategica SI NO secondo SI aziendali e con chiare e definite linee di semestre 2024 dell'Assessorato

responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del

all'operatività del singolo"

processo autorizzatorio con adequati blocchi/limiti

Il Direttor Generale

Regionale Sanità nella

sede dell'A.S,P. in data

21/06/2023

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività yarifithe LA I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024. Audit realizzata G Misure correttive da nel Plano ragioni per le quali l'azienda assicura il superamento delle nel 2024 come D- Livello Intraprendere con annuale AUDIT criticità che persistono al fine di non sono state - Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto di rschio Azione Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche garantire il pieno e completo Area verificate verifica verifica in sede di Audit programmazione Descrizione percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel raggiungimento degli objettivi di Piano Annuale certificabilità dei dati e dei bilanci al delle criticità. delibera n. 70 Piano Annuale AUDIT 2024 (SI del 18/01/2024 **AUDIT 2024** 30.06.2025 (SI/NO) / NO) (SI/NO) hat. der AREA GENERALE - U.O.C. SERVIZIO AFFARI GENERALI Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. U.O.C. Servizio AA. GG. Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redozione di una procedura 11/02/2022 interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del Prevista nel A1 A1.8 flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e 51 NO SI secondo condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, semestre 2024 amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie. che abbiano impatto in bilancio"

II Responsabile Internal Audit

Il Directore Generale

Il pirettore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data da) 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

⊢					Responsabile	P.A.C.: Dr.SS		eri Ornella (in aspettativa a far data	gai 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	2022)			
Anna	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	8 - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	E-Esito verifiche L	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per II superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Plano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	programmate nei	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità del dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
L		*				A	REA GENI	ERALE: - U.O.C. SERVIZIO CONTROLL	O DI GESTIONE				
A	2 A2.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità" e A2.4 "Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati attenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione"	Servizio Controllo di Gestione	18/02/2022	a corretta stesura ed attualità delle procedure e loro applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Basso		La Struttura è stata audita nel corso del monitoraggio effettuato dal Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato Regionale Sanità nella sede dell'A.S.P. in data 21/06/2023		SI	NO	Prevista nel secondo semestre 2024	SI
A	1 A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata. "Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale"	U.O.C.		Verifica corrett puntuale applicaz								

II Responsabile Internal Audit

l Direttore Generale

Il Direttore Amministrative

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di) Se NO - Indicare le programmata M] All'esito degli audit al 30/06/2024, Audit realizzata G Misure correttive da ragioni per le quall l'azienda assicura II superamento delle nel Piano nel 2024 come intraprendere con D- Livelio annuale AUDIT non sono state criticità che persistono al fine di - Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto Azione di rschio Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche garantire il pieno e completo Area verificate verifica verifica In sede di Audit Descrizione programmazione percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel raggiungimento degli oblettivi di Piano Annuale delibera n. 70 Piano Annuale certificabilità del dati e dei bilanci al delle criticità. AUDIT 2024 (SI del 18/01/2024 **AUDIT 2024** 30.06.2025 (SI/NO) / NO) (SI/NO) 10. 8.4 AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO ere, iller i b Servizio Provveditorato Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in refazione alle pertinenti azioni del P.A.C. Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo Medio D4 operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni 25/02/2022 intervento programmato). Prevista nel D4.7 SI NO SI secondo semestre 2024 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di uno D4 ن

Il Responsabile Internal Audit

o

=

procedura formalizzata di controllo del budget

stabilito nel plano degli investimenti".

Il Direttore Generale

Il Directore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

_	_				Responsabile	P.A.C.: Dr.ss		eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	(2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito verifiche L	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (Si/NO)
			*		:		AREA	MMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZI	O TECNICO				-
D3	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.			ire e loro szloni del	Alto				-			
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).	vizio Tecnico	2022	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio						Prevista nel	
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabllito nel piano degli investimenti".	. O. C. Servi	07/03/2022	stesura ed attua azione in relazion P.A.C.	Σ				SI	NO	secondo semestre 2024	SI
D6		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (onche su base campionaria) , delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fotture, contratti, ordini).			Verifica corretta puntuale applica	Media							

Il Besponsabile Internial Audit

l Direttore Seperale

Il Pirestore Amministrativo ULE

ONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - <u>AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GI</u>
--

	<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	1	Area	Т	П	
	E		837	10000000	5 6 6 7 6 7 6 7 6 7 6 7 6 7 6 7 6 7 6 7	613		Azione		П	
e E.S.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano canta dei turn over dei beni e delle obsolestenze"	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai pun'il ES. I "Attivazione di un astenno di montrargogio trimestrole del trum over delle scorte di mogazzino, delle merci obsolere e scodute"	Verifica della corretta esecutione della procedura definita al junul E.3. "Formalizzazione di regale per assicurare comunque il corretto raccardo tra controbilità perinerale e controbilità sezionale di imagazzino attraverso la munuterzione e l'applicamento della tabella di recordo tra trapolita in alla ciabella di recordo tra anagraficate di magazzino e conti di cage, sudio base di criteri condivisi tra i servidi coinvolui."	Verifica della cometta execuzione della procedura definita al punti 83.7 haddone i sistemi di controlatrò generale a controlatrò di magazzio ni sinathno diversi e non integrati, odottore un sistemo di raccordo tro i dati controlate e gestionali a fine di genantre dei e di controlatro della innonenza dal dari gestionali corrispondo alla variataina e della innonenza da dati controlati (CI)*	Veriliza della corretta essecuzione della procedura definita a la punti 83.1 "implamentazione di astreni integrati fue contabilità integrati fue contabilità per note e contabilità estimate di magazzino che parantizzano un immediato rafficato e una ni encolone compunta in Co.G.e (gitture de l'icener e fatturatione entivo) el di contabilità di magazzino (carita), scando)?	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punto EL II Predisposizione di una pocadio a riunto punto EL II Predisposizione di una pocadio a riunto e circità i a scarichi de magazzio, il opposito documentazione interna (con buoni prenumenta) de apposite autorizzationi per tutti i cardini a mogazzione per materiali di acquisto e per i reia i faminari. b) i controli da porre in essere per garantre la completa e i empesiva repsistrazione di tuli documenti i completa e i empesiva repsistrazione di modazzio. c) che i prelieri, i trosferimenti e i resi vengano difertuali com documenti interni prenumenti o immenti sequencialmente; c) che i profitazione di tuli modimenti siano emesse di perame i della mogazzione di dine di mogazzione di perame indipendenti i ispetto a chi gestisce i mogazzione incontanti dene il contabilità di magazzione.	Verifica della corretta esecuzione della procedura per definita al panti ELA "Definizione di procedura per inventari fisici periodici folimeno annuali, con chiaro evidinto di termo, caloni, ruole e responsibilità, dell'inventari di termo, caloni, ruole e responsibilità, dell'inventari di termo, caloni, ruole e responsibilità differenzia de per inogozzia foncionali. La procedura deve prevedere tra i intro che: 10 limentario i lisco vengo difettuolo de persone indipendental da quelle che se ovanistrationo cilio indipendental da quelle che se ovanistrationo cilio dimograziano; delle picente e che detengono la contrabilità di impagnizio; delle picente e che detengono la contrabilità bi sinno definiti i mattadi per la rilevazione e che. Li pia definhe il testimenta delle merci a lanto ripiro, dicolette a scandare di contrabili si preventivomente autorizzato; di dono contobile vengo cilinento cile risultanze dell'inventario		Descrizione			GRIGUAI
			ι	J.O.C. Servizio F	Farmaceutico Territoriale			A - U.D. verificate		Resp) RILEVAZION
				09/	08/2022			B - Data c	Res	onsabile del	AE SULLO
		Verifica corret	ta stesura ed attualità de	elle procedure e loro p	puntuale applicazione in relazione alle pertinenti a	azioni dei P.A.C.		C - Oggetto verifica	ponsabile PJ	la funzione d	STATODI
Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	AUCEA R	D- LiveBo di rachio percepito	rc: Dr.ssa y	il LA:: Dr. Gla	AZIEN
							NANA	Tem Con riserve Wild >	fonastę:	7 m	NE DE
					dell'Assessorato Regionale Sanità nella sede dell'A.S.P. in data 21/06/2023	La Struttura è stata audita nel corso del monitoraggio effettuato dal Dipartimento Planificazione Strategica	AREA RIMANENZE - U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	ri Omeila (in aspettativa a far data	rmelo - Dalibera n. 924 del 15/11	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA Ituazione delle verifiche degli internal audit - <u>Agg</u>
•							TIMEDING TENERAL COST	G Misure correttive da Intraprendere con Indicaziono della tempistra proposta per Il superemento delle criticità.	Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in espetrativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)	Responsabila della handone di LA.: Dr. Glaritzo Carmelo - Dalibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con dalibera n. 407 del 30/05/2017)	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGUA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNAȚA ALLA DAȚA DEL 30 GIUGNO
NO	NO	ON	NO	ON	O	NO		ny soutant nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvento con del 18/01/2024 (SI/NO)		107 del 30/05/2017	A ALLA DATA C
	_							g Attività di Audit resilizzate asel 2024 come de programmation e Plano Annuale AUDIT 2024 (SI/NO)			EL 30 GIUGNO
								L) Se NO - Indicare la regioni per le quali non sono situte effettuata la verifiche programmata nel Plano Annuala ALIDIT 2024			22024
R	S.	∞	æ	हा	<u>≈</u>	S	Control of the contro	M) All estito degli sudit el 30/04/2024, (azienda estitore il supermanno della criticali che prastotoro il fine di gerantire il pinno e compieto negli impimento degli obiettivi di certito bilità del data del Bunci al 50.06.2015 (51/nc)			







GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

\perp		<u>_</u>		R	esponsabile P	P.A.C.: Dr.ss		eri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito werffiche	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (Si /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità del dati e del bilanci
				N. 4		AREA	RIMANE	NZE-U.O.C. Radiologia-F.O.	Umberto (* – Enna				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiaro evidenza di tempi, ozioni, ruali e responsabilità, differenziate per i magazzini farmoceulita centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovicintendono alla custodia delle giocenze e che detengono lo contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc); c) sia definiti oli trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai soldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Umberto I" -Enna		ocedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 Predispositione di una procedura relativa a corichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) epposita 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 toli documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenziolimente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o titene la contobilita' di magazzino.	U. O. C. Radiologia del P. O. "L	26/10/2022	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto				NO			SI
55		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				NO		5	SI
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio	7			NO			SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Directore Generale

II Direttore Amministrativo

ANNA - ANNA PROVINCIALE - ENNA

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

at punt E.J. "Attivozione di un sistemo di monitoroggio trimestrale del tum over delle scorte di magazzino, delle Deni e delle obsoletre e scadure E.S.2. "Implementazione di procedure e programmi di Deni e delle obsolescenze" ON S S ON S S S S ON ON D S S S S S S S S S S S S	
IZ ON ON Oligonolione di un osi sicema di moniscondi moniscond	15
Verifica della concussore della procedure definite	ıs
Here is contrability of magazino. 10 and the contrability of magazino et al. 1 and	IS
Verifies della conetta essenzione della procedura definità y forth CELL "Obsoluzione di procedura definità periodelle (inferior omanchi), con chiora evidenza di tempi, periodelle (inferior omanchi), con chiora evidenza di tempi, periodelle periode per per delle periode per l'eco of inferioration periode periode per periode of procedural pièco vergo effettuato de persone indipendental de cerelle che controlitation delle periode of periode ce delle cherention e noito custodia periode ce celle cherention e noito interiodia of sind offinità in factodi per in miscassione delle merci a larito chio.	IS
AREA RINANIENZE - U. O. C. Neurologia – P.O. "Umberto 1" – Entre	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Activity of the more against the more ag	ənfi is onotziməq ədə bibititə itəlqmoə o onəlq il ətitnsteg ivittəldo ilgəb otnəmignuigger nelid ləb ə itsb ləb billidesilitmə
All Selfon - On 9-2 () Attivities (M) Attivities (M) Attivities (M) Attivities (M) All Selfon degli audit al 30/06/2024, stemmers (M) All Selfon degli audit al 30/06/2024,	

My Source Amministration of the Marie In Control of the Marie In the M

elication englished II

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

					чезролзавие н	'.A.U.: Ur.ssa	Monaster	i Ornella (in aspettativa a far data	121 19/09/2022 - Delibera n. 1385,	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	Confrieerva Mail: 8	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (Si /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L.) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nei Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pleno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci
						AREA RIMA	NENZE - U	. O . S. D. Medicina Generale — P	O. "F.B.C." – Leanforte	1445	. ,	* 1	
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E.1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (alimeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsobilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economoli. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendono alia custodio delle giocenze e che detengano 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 doto contabile venga allineato alle risultanze dell'inventorio). "F.B.C." – Leonforte		ocedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 *Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scorichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'oltro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resì a formitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita di magazzino.	U.O.S.D. Medicina Generale – P.O.	09/11/2022	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivozione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci absalete e scadute"				Basso				NO			SI
		e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto dei turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				NO			SI

Il Responsabile Internal Audi

Il Direttore generale

Josepha Libre

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

				R	lesponsabile P	.A.C.: Dr.ssa	Monast	eri Omelia (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Esito vertiicha i	F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	t.) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Plano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pleno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
					A	REA RIMANE	NZE - U	O.C. Medicina Generale - P.O.	Chiella" – Plazza Armerina				
E1		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno amuail), 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 economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'Inventario fisico venga effettuoto da persone indipendenti da quelle che sovraintendono allo custodio delle giacenze e che detengano la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventoriate (ex conteggi, pesoture ecc); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportore ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Chiello" – Piazza Armerina		ocedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1*Predisposizione di una procedura relativa a corichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'iatro: 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 fomitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente; d) che le outorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilita' di magazzino.	U.O.C. Medicina Generale – P.O. "Ch	16/11/2022	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti ES.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrole del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso			-	NO			SI
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di opprovigionamento che tengano conto dei turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				NO			SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Mosella Jule

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

L				R	lesponsablie i	A.C.: Dr.ss	Monas	teri Ornella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	/2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Estro verificha		G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (Si /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (St / NO)	programmate nel	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo reggiangimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
	4	<u></u>				AREA RIN	ANENZI	E-U.O.C. Medicina Generale – P.	O. "Umberto I" – Enno	in apple	,		
EI	E1.:	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E.1. "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (alimeno annuali), con chiara evidenza di tempi, ozioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economoli. La procedura deve prevedere tra l'oltro 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 opportare ai soldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Umberto I" – Enna		cedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1*Predisposizione di una procedura relativo a corichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interno (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per moteriali di acquisto e per i resi a fornitari; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita' di magazzino.	U.O.C. Medicina Generale – P.O.	22/11/2022	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto				NO			SI
E 5	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti ES.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				NO			SI
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto dei turn over dei beni e delle obsolescenze"	_			Medio				NO			SI

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di 1.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Omella (in aspettativa a far data dai 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

L				R	tesponsabile F	P.A.C.: Dr.ss	Monast	eri Omella (in aspettativa a far data	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385	/2022)			
Area	Azlone		A-U.O. verificate	B - Oata verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschio percepito	E-Estro verifiche I	F - Fattori di criticità rilevati	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (51 / NO)	L) Se NO- Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Plano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 [5I/NO]
		grand the second		<u> </u>		AREA RIM	WENZE	U.O.C. Medicina Generale – P.C	D. "Basilotta" – Nicasia	- 14/11			
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punti £1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di templ, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centroli e/o periferici e/o presso i reparti e/o economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovraintendona alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevozione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc); c) sia definito il trottamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) agni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzato; el il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventorio	. "Basilotta" – Nicosia		dn	Alto				NO			SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1º Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scorichi da magazzino, in cui sia prevista tra 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 formitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completo e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; 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 contabilita' di magazzino.	U.O.C. Medicina Generale – P.O.	16/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Aito				NO			Si
ES		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti ES.1. "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso				NO			SI
		e ES.2. "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio				NO			SI

U Besponsabile Internal Audit

Il Direttore Senerale

11 Directore Amministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

┝			,			1	a Monasteri Ornella (in aspettativa a lar data d		, 2022)		-	
Area	Aulone	Descrizione	A- U.O. verificate	B - Data verifica	C- Oggetto verifica	D-Livello di rschio percepito	in sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT- anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azlenda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti 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 economali. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrointendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siono definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc); c) sia definito il trottomento delle merci a lento rigiro, obsolete e scodute d) agni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzato; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	"Basilotta" – Nicosia		en de la companya de	Alto	RIMANENZE - U , O . C . Ortopedia P.O. *B	psilotto — Nicasia	NO			SI
E2 .	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 Predisposizione di una procedura relativa a caráchi e scarichi da magozzino, in cui sia previsto tra 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 formitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrozione di tali dacumenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenziolmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilito' di magazzino.	U.O.C. Ortopedia – P.O."Ba	16/05/2019	АИБІТ DI FOLLOW UP	Alto			NO			Si
ES	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite al punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del tum over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso			NO		.,	SI
	JJ:7	e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvigionamento che tengano conto del turni over dei beni e delle obsolescenze"			:	Medio			NO			SI

II Responsabile Internal Audit

II Direttore generale

II pirettore Amministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

L					Responsabile I	P.A.C.: Dr.ss	Monaste	ri Ornella (in aspettativa a far data o	dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto	D- Uvello di rschio percepito	COLLITION	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le qua!! non sono state effettuate le verifiche programmate nel Plano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 [SI/NO]
Ŀ			AREA C	REDITI E RI	CAVI - DIPAR	TIMENTO DI	PREVENZ	ONE (UOCS.LA.N. / UOCS.LA.V. /	UOC S.Pre.S.A.L. / UOC Med Fisco	ie / UOS Med Spo	tiva)		
F1	F1.1:	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8:"Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione del 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 Legale, visite fiscali ecc.) c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erlogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	MENTO DI PREVENZIONE MEDICO	13/09/2022	corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Medio		Articolazioni del Dipartimento audite: U.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.) - U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (S.J.A.N.) - U.O.C. Laboratorio di Sanità		Sī	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	Si
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.9: "Implementazione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento."	DIPARTIMENTO	:	Verifica con	Medio		Pubblica !		SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo Alle

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività verifiche LA I) Attività di programmata] Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024. Audit realizzata G Misure correttive da l'azienda assicura il superamento delle nei Piano ragioni per le quali nel 2024 come Intraprendere con D- Livello annuale AUDIT non sono state criticità che persistono al fine di - Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto da di rschlo Azíone Indicazione della tempistica anno 2024 effettuate le verifiche garantire il pieno e completo Area verificate verifica verifica Descrizione in sede di Audit programmazione percepito proposta per il superamento approvato con programmate nel raggiungimento degli oblettivi di Plano Annuale delibera n. 70 Piano Annuale certificabilità del dati e dei bilanci al delle criticità. AUDIT 2024 (SI del 18/01/2024 AUDIT 2024 30.06.2025 (SI/NO) /NO (SI/NO) AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. Amministrativa Area Nord / U.O.C. Distretto Sanitario di Agira Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6:"Adozione di una procedura di verifica del ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare 0.0 NO SI la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti." Area Nord / Amministrativa Area Nord / Distretto Sanitario di Agira 20/10/2022 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.11 F1.8: Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resì 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.); 돮 SI NO b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite

c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni eriogate;

rifevazione delle attività commerciali

d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la

ن

ó j

Moduo Che

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (In aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

L				 '	responsable r	D1,33		eri Ornelia (in aspettativa a lai data t					
Area	Azione	Descrizione	A-U.O. verificate	B - Data verifica	verifica	D- Livello di rschio percepito	5	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	i) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L] Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità del dati e del bilanci
	1449			/244 T	li⊈¥.		AREA CRE	OITI E RICAVI - U.O.C. Medidna Leg	ale e Fiscale	::			
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8:"Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione del ricavi per servizì resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di iglene 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 eriogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali."	.C. Medicina Legale e Fiscale	31/03/2021	iale applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.9:"Implementazione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento."	0.0		Verifica punti	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

11 Directore Amministrativo le

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

<u> </u>	Respuisable F.A.C.: Dr.Ssa Moliateri Ornella (in aspettativa a lar data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1585/2022) F. Esno H) Attività												
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Lívello di rschlo percepito	ConTriserva W. V	F - Fattori di criticità rilevati în sede di Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M } All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 {SI/NO}
			i ja ti		AREA	DISPONIBI	LITA' LIQU	DE - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO	FINANZIARIO PATRIMONIALÉ		7	1.	
G1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 " predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economali e delle casse prestazion!"			rtinenti azioni	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
G2	G2.2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.			ione alle per	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
G3		Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale	S.E.F.P.	/2022	e in relaz .A.C.	Basso				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
G4	G4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1 " Definizione di in a procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti e che tali documenti siano controllati ed approvati prilma della loro rilevazione	U.O.C.	12/10/2022	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
GS		Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione delle procedure adottate sulle operazioni di tesoreria con predisposizione di relativo report sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle delle banche.			Verifica applica:	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI

Il Responsabile Internal Audit

Direttore Generale

Il firettore Amministrative

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	8 - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rschlo percepito	Al philipse Coul List	F- Fattori di criticità rilevati în sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazione Plano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pleno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci
			windless Stee		ARI	EA PATRIMO	NIO NETT	O - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO F	INANZIARIO PATRIMONIALE				
H1	H1.3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 "Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto"	FINANZIARIO		relazione alle	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
H2		Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.		22		Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
нз	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviozione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origene le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione dei documento"	SERVIZIO ECONOMICO PATRIMONIALE	07/12/2022	Verifica applicazione delle procedure in pertinenti azioni del P.A.C	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI
Н4	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.	n.o.c.		Verifica a	Medio				SI	NO	Previsto nel secondo semestre 2024	SI

II Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024														
		GRIGLIA I	I RILEVAZIO	NE SULL	O STATO D	I ATTUAZI	ONE DE	LLE VERIFICHE DEGLI INTER	NAL AUDIT - <u>AGGIORNAT</u>	A ALLA DATA	DEL 30 GIUGN	D 2024			
			R	esponsabile	della funzion	e di I.A.: Dr. 0	Slarrizzo Ca	armelo - Delibera n. 924 del 15/11/2	2016 (modificata con delibera n. 40	07 del 30/05/2017)					
		Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)													
Area	Azlone	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D-Livello di rschio percepito	A programme of the state of the	F - Fattori di criticità rilevati In sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 {SI/NO}	IJ Attivītā di Audīt realizzata nel 2024 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L] Se NO - Indicare le ragioni per le quail non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M) All'esito degli audit al 30/06/2024, l'azienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli oblettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 30.06.2025 (SI/NO)		
				r gur	14	Harris A	REA DEBI	T E COSTI - U.O.C. Distretto Territo	riale di Agira						
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzato ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c)"	U.O.C. Distretto Territoriale - Agira	04/03/2021	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio				NO			Si		

II Responsabile Internal Audit

Il Directore Generale

IDIrettore Amministrativo

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)

Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

L				1	Responsabile f	P.A.C.; Dr.ss	a Monasteri Ornella (in aspett	tativa a far data da	al 19/09/2022 - Delibera n. 1385/	(2022)			
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B-Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livella di rschlo percepito	F-Ento vertifiche I.A F- Fattori di cri in sede d	il Audit	G Misure correttive da Intraprendere con Indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H] Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2024 approvato con delibera n. 70 del 18/01/2024 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2024 come da programmazion e Piano Annuale AUDIT 2024 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare Ie ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2024	M] All'esito degli audit al 30/06/2024, l'axienda assicura il superamento delle criticità che persistono al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obtettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci
3	ĺ						AREA DEBITI E COSTI - U. O). C. Servizio Provv	reditorato				
11	11.1	Predisposizione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio. La procedura deve tra l'altro prevedere che: a) gli acquisti siano effettuati sulla base di appropriate autorizzazioni interne e, laddove richiesto, sulla base di apposite approvazioni regionali coerentemente, anche, ai budget assegnati b) siano chiaramente definiti i poteri di autorizzare ordinazioni ed i relativi limiti c) gli ordini di acquisto siano emessi sulla base di richieste scritte di approvvigionamento d) gli ordini di acquisto siano numerati in sequenza e) negli ordini di acquisto venga data chiara evidenza delle quantità ordinate, dei relativi prezzi, delle altre condizioni di acquisto siano regolarmente archiviati g) chi autorizza le ordinazioni è indipendente da chi richiede gli approvvigionamenti ecc Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa	O. C. Servizio Provveditorato	09/04/2021	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Media				NO			Sī
11	11.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione del fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.	ü.		ca applicazione d	Medio				NO			SI
ıı	11.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare il rispetto della procedura ed in particolare la sussistenza delle evidenze documentali di tutti i controlli richiesti quali autorizzazioni alla spesa, capienza rispetto al budget, certificazioni varie ecc, con predisposizioni di relativi report delle risultanze delle verifiche			Verlfi	Medio				NO			SI

Il Responsabile Internal Audit

Il Direttore Generale

Il Directore Amministrativo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2024 Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/11/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017) Responsabile P.A.C.; Dr.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data dal 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022) H) Attività I) Attività di programmata) Se NO - Indicare le M) All'esito degli audit al 30/06/2024, Audit realizzata G Misure correttive da nel Plano ragioni per le quali l'azienda assicura II superamento delle nel 2024 come D- Livelio intraprendere con annuale AUDIT non sono state criticità che persistono al fine di · Fattori di criticità rilevati A - U.O. B - Data C - Oggetto da Azione Indicazione della tempistica di rschio anno 2024 effettuate le verifiche garantire il pieno e completo Area verificate verifica verifica In sede di Audit programmazione Descrizione percepito proposta per il superamento programmate nel approvato con raggiungimento degli oblettivi di Plano Annuale delle criticità. delibera n. 70 Piano Annuale certificabilità del dati e del bilandi al AUDIT 2024 ISI del 18/01/2024 **AUDIT 2024** 30.06.2025 (SI/NO) /NO) (SI/NO) AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI ENNA O.C. Distretto Territoriale Verifica applicazione delle procedure In relazione alle pertinenti azioni del P.A.C. La "Commissione distrettuale per la verifica di congruità", che nel corso dell'audit effettuato in data 20/07/2023 Verifica di corretta esecuzione della procedura 30/09/2022, era risultata inattiva definita al punto I1.5 " Acquisto prestazioni sanitarie Medio nel corso del biennio precedente. II | II.7 | da privato. Definizione di una procedura formalizzata NO Si è stata ricostulta ed è risultata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella correttamente operante avendo quale siano previsti I punti a), b) c) .." effettuato diversi accessi presso

ll Respons∯bile internal Audit

Il Direttore Generale

le strutture convenzionate per valutarne la corretta funzionalità.

Ilipirettore Amministrativo