



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche IA			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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo	Con riserva						
<b>AREA GENERALE - U.O.C. SERVIZIO AFFARI GENERALI</b>															
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"	U.O.C. Servizio AA. GG.	11/02/2022	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Basso	X								

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
Il Commissario Straordinario

Visto  
  
Il Direttore Amministrativo

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

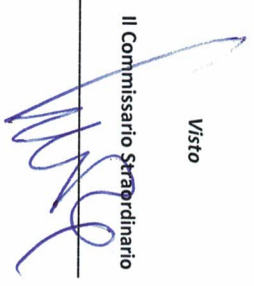
**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	A - U.O. verificata	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
						Positivo	Negativo								
<b>AREA GENERALE - U.O.C. SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE</b>															
A2	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"													
A2	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 ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione"													
		<b>U.O.C. Servizio Controllo di Gestione</b>			<b>18/02/2022</b>			Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.			Basso			X	
A4	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"													

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
Il Commissario Straordinario  


Visto  
Il Direttore Amministrativo  




**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Garrizzo 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	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA GENERALE - U.O.C. SERVIZIO COORDINAMENTO STAFF AZIENDALE</b>															
<b>U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALI</b>															
<b>29/10/2018</b>															
<b>Verifica documentale - Intervista diretta al personale</b>															
<b>Basso</b>															
<b>X</b>															
A5	A5.1	Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito ad: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità.													
	A5.2	Applicazione della procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e del servizio di Internal Audit, in merito ad: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità.													
	A5.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle azioni poste in essere per superare/recepire i rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno													

*[Signature]*  
Il Responsabile Internal Audit

*[Signature]*  
Visto  
Il Commissario Straordinario

*[Signature]*  
Visto  
Il Direttore Amministrativo



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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)

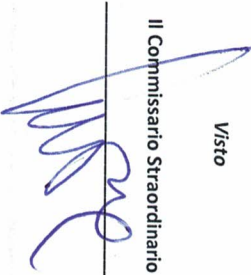
Area	Azione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esto degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
<b>AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO</b>														
D4		U. O. C. Servizio Provveditorato			25/02/2022	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.			Medio					
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).						X							
D4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti".									SI	SI			SI

Il Responsabile Internal Audit:



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo







**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Garrizzo 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)

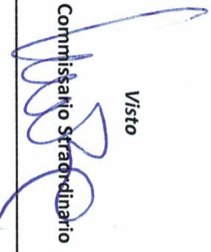
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE</b>															
D1	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	U. O. C. S. E. F. P.	15/11/2021	Follow up	Medio	X				NO			SI	
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1. (Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità)	U. O. C. S. E. F. P.		20/05/2022		Audit di "Follow up"		Alto	X	In assenza di un inventario generale straordinario è proseguita la ricognizione fisica dei cespiti di maggior valore con allineamento tra reale disponibilità dei beni e risultanze del Registro Cespiti. Completata la ricognizione complessiva dei beni delle strutture aziendali territoriali mediante la rilevazione effettuata dai consegnatari delle diverse UU. OO.. E' stata avviata, ma è ancora in itinere, la medesima ricognizione per tutte le altre strutture ospedaliere.	Completamento del processo di ricognizione fisica straordinaria dei beni mobili dell'A.S.P. attraverso la rilevazione dei consegnatari delle strutture non ancora coinvolte nel 2021 (e relativo aggiornamento della banca dati informatica patrimoniale) entro il 31/12/2022.	SI	SI	NO
									Alto						
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici.													
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	U. O. C. S. E. F. P.	15/11/2021	Follow up	Medio	X				NO			SI	
D6	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini).	U. O. C. S. E. F. P.	15/11/2021	Follow up	Medio	X				NO			SI	
D7	D7.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2. Predisposizione di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento.	U. O. C. S. E. F. P.	15/11/2021	Follow up	Medio	X				NO			SI	

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo





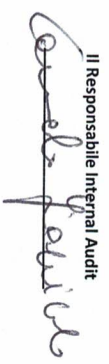
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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. 1395/2022)

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO AFFARI GENERALI</b>														
D3	D3.4	Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore correnti degli stessi.	U. O. C. Servizio Affari Generali	10/02/2021	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Basso	X				NO			SI

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
Il Commissario Straordinario

Visto  
  
Il Direttore Amministrativo





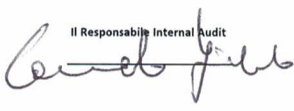
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione e Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo	Con riserva						
<b>AREA RIMANENZE - U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE</b>															
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 sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	U . O . C . Servizio Farmaceutico Territoriale	09/08/2022	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto	X				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'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 sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.				Alto	X				SI	SI		SI	
E3	E3.1	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)"				Alto	X				SI	SI		SI	
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.2 "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"				Medio	X				SI	SI		SI	
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"				Medio	X				SI	SI		SI	
E5	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Medio	X				SI	SI		SI	
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	Medio	X				SI	SI		SI				

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
Il Commissario Straordinario  


Visto  
Il Direttore Amministrativo  










Area	Azione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Etichetta verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevanti 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
						Positivo	Negativo Con riserva								
<b>AREA RIMANENZE - U. O. S. D. Medicina Generale - P.O. "F.B.C." - Leonforte</b>															
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 economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento riporto, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario													
		U. O. S. D. Medicina Generale – P.O. "F.B.C." – Leonforte													
		09/11/2022													
		Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza													
				Alto		X		Le criticità rilevate in precedenti audit sono state superate		SI		SI		SI	
				Alto		X				SI		SI		SI	
				Basso		X				SI		SI		SI	
				Medio		X				SI		SI		SI	
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti ES.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute" e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengono conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"													
		U. O. S. D. Medicina Generale – P.O. "F.B.C." – Leonforte													
		09/11/2022													
		Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza													
				Alto		X				SI		SI		SI	
				Basso		X				SI		SI		SI	
				Medio		X				SI		SI		SI	

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Stradivario

Visto

Il Direttore Amministrativo



Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA RIMANENZE - U. O. C. - Medicina Generale - P.O. "Chiello" - Piazza Armerina</b>														
<b>U. O. C. Medicina Generale - P.O. "Chiello" - Piazza Armerina</b>														
<b>16/11/2022</b>														
<b>Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza</b>														
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti <b>E1.1</b> "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc.); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni verifica da effettuare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario					Alto	X	Le criticità rilevate in precedenti audit sono state superate		SI	SI		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto <b>E2.1</b> "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, 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 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 sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.					Alto	X			SI	SI		SI
ES	ES.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti <b>ES.1</b> "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute" e <b>ES.2</b> "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"					Medio	X			SI	SI		SI
							Basso	X			SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  


Visto  


Il Commissario Straordinario

Il Direttore Amministrativo

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI /NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA RIMANENZE - U. O. C. - Recupero e Riabilitazione funzionale - P.O. "F.B.C." - Leonforte</b>														
<b>U. O. C. - Recupero e Riabilitazione funzionale - P.O. "F.B.C." - Leonforte</b>														
<b>17/11/2022</b>														
<b>Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza</b>														
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 economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario					Alto	X	L'inventario dell'armadietto di reparto alla data del 31/12/2021 non è stato effettuato.	Effettuare l'inventario fisico al 31/12/2022.	SI	SI		SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Preposizione 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 carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completezza e tempestività 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 contabilità di magazzino.					Alto	X			SI	SI		SI
ES	ES.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" e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"					Medio	X			SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo





Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio 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 programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvata con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI /NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esto degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
AREA RIMANENZE - U. O. C. Medicina Generale - P.O. "Umberto I" - Enna														
<b>U. O. C. Medicina Generale - P.O. "Umberto I" - Enna</b>														
<b>22/11/2022</b>														
<b>Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza</b>														
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, controlli e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc.); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	Alto				Alto	X			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 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 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 sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.	Alto				Alto	X			SI	SI		SI
ES	ES.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" e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	Basso				Basso	X			SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo





**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Età verifiche IA			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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione e Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Neutro	Con riserva						
<b>AREA RIMANENZE - U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO</b>															
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 sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc.); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	U. O. C. - Servizio Farmaceutico Ospedaliero - a) Farmacia P. O. "Umberto I" di Enna; b) Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina; c) Farmacia P. O. "F.B.C." di Leonforte	31/05/2022 - 10/06/2022 - 16/06/2022 - 23/06/2022	Follow up in relazione a 1) Adozione formale e piena operatività della procedura per la gestione dei conti deposito; 2) Tempestiva e corretta effettuazione delle operazioni di inventario; 3) Completa e puntuale effettuazione dei carichi e degli scarichi di magazzino.	Alto	X			Le operazioni di inventario risultano effettuate in maniera corretta e nel rispetto della relativa procedura in ciascuna delle quattro farmacie afferenti alla U.O.C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero. Le modeste criticità rilevate in alcune di dette articolazioni nel corso di precedenti audit sono state superate.		SI	SI		SI
	E1.5	e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesti, materiali monauso)."				Alto	X			Permane la criticità relativa alla formalizzazione e piena implementazione della procedura per la gestione dei conti deposito.	Redazione della procedura (tutte le Strutture aziendali sono state coinvolte nell'attività di aggiornamento, revisione o implementazione delle procedure che saranno formalizzate con atto deliberativo nel corso del primo bimestre 2023)	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'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 sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.	U. O. C. - Servizio Farmaceutico Ospedaliero - a) Farmacia P. O. "Umberto I" di Enna; b) Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina; c) Farmacia P. O. "F.B.C." di Leonforte	31/05/2022 - 10/06/2022 - 16/06/2022 - 23/06/2022	Follow up in relazione a 1) Adozione formale e piena operatività della procedura per la gestione dei conti deposito; 2) Tempestiva e corretta effettuazione delle operazioni di inventario; 3) Completa e puntuale effettuazione dei carichi e degli scarichi di magazzino.	Alto	X					SI	SI		SI
	E3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)"				Alto	X					SI	SI		SI
E3	E3.7	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.2 "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"	U. O. C. - Servizio Farmaceutico Ospedaliero - a) Farmacia P. O. "Umberto I" di Enna; b) Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina; c) Farmacia P. O. "F.B.C." di Leonforte	31/05/2022 - 10/06/2022 - 16/06/2022 - 23/06/2022	Follow up in relazione a 1) Adozione formale e piena operatività della procedura per la gestione dei conti deposito; 2) Tempestiva e corretta effettuazione delle operazioni di inventario; 3) Completa e puntuale effettuazione dei carichi e degli scarichi di magazzino.	Medio	X					SI	SI		SI
	E3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"				Medio	X					SI	SI		SI
E5	E5.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaco) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i prelievi di materie prime ed i carichi di semilavorati e/o prodotti finiti"	U. O. C. - Servizio Farmaceutico Ospedaliero - a) Farmacia P. O. "Umberto I" di Enna; b) Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina; c) Farmacia P. O. "F.B.C." di Leonforte	31/05/2022 - 10/06/2022 - 16/06/2022 - 23/06/2022	Follow up in relazione a 1) Adozione formale e piena operatività della procedura per la gestione dei conti deposito; 2) Tempestiva e corretta effettuazione delle operazioni di inventario; 3) Completa e puntuale effettuazione dei carichi e degli scarichi di magazzino.	Basso	X					SI	SI		SI
	E5.4	Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"				Basso	X					SI	SI		SI
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio	X					SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit

Visto  
Il Commissario Straordinario

Visto  
Il Direttore Amministrativo

Area	Azione	Descrizione	A-U.O. verificate	B-Dati verificati	C-Oggetto verificato	D-Livello di rischio percepito	E-Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevanti in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI /NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
AREE RIMANENZE - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE															
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 economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario													
U . O . C . Servizio Economico Finanziario Patrimoniale															
22/09/2021															
Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.															
			Medio	Medio	Alto	Alto									
			X	X	X	X									
E3	E3.7	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"													
U . O . C . Servizio Economico Finanziario Patrimoniale															
22/09/2021															
Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.															
			Medio	Medio	Alto	Alto									
			X	X	X	X									

Il Responsabile Internal Audit  
*[Firma]*

Visto

Il Commissario Straordinario

Visto

Il Direttore Amministrativo





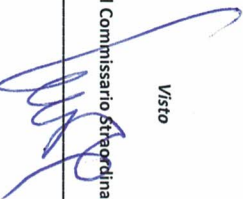
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI /NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
<b>AREA RIMANENZE - U. O. C. Ortopedia - P.O. "Basilotta" - Nicosia</b>														
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 economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario					Alto	X		NO				SI
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predispizione 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 carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completezza 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 contabilità di magazzino.	<b>U. O. C. Ortopedia - P.O. "Basilotta" - Nicosia</b>					Alto	X		NO			SI
			<b>16/05/2019</b>			<b>AUDIT DI FOLLOW UP</b>								
						Medio								
						Basso								
						X								
						X								
						NO								
						NO								
						SI								
						SI								

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo





Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio 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 programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 25/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
							Positivo	Negativo								
<b>AREA RIMANENZE - U. O. C. - Ortopedia - P.O. "Chiello" - Piazza Armerina</b>																
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 economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute di ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzati; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario				Alto			X	A SEGUITO DEI RILEVNI EFFETTUATI NEL CORSO DEL PRECEDENTE AUDIT DEL 13/12/2018, IL PERSONALE DEL reparto ha preso conoscenza delle procedure di gestione del magazzino provvedendo ad applicarle. Z) Non è stato effettuato l'inventario di fine anno alla data del 31/12/2018. E' stato effettuato un inventario periodico alla data del 01/05/2019.				SI	NO	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 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 fornitori; b) controlli da porre in essere per garantire la completezza 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 contabilità di magazzino.				Alto			X	Il reparto effettua il carico e lo scarico dell'armadietto dei farmaci in utilizzati L'attività non risulta però puntualmente gestita. Dalle verifiche a campione sono emersi risultati discordanti tra le rimanenze effettive in armadietto rispetto ai dati riportati sulle schede di carico e scarico.				SI	NO	SI
ES	ES.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" e ES.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Basso			X					SI	NO	SI
			<b>U. O. C. Ortopedia - P.O. "Chiello" - Piazza Armerina</b>													
			<b>21/06/2019</b>													
			<b>AUDIT DI FOLLOW UP</b>													
			<b>Medio</b>													

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Visto

Il Commissario Strordinario



Il Direttore Amministrativo







**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2022 come da programmazione e Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
							Positivo	Altezzativo	Con riserva								
<b>AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE</b>																	
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.2: "Definizione di una procedura di "contabilità per commessa" per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi correlati."	U. O. C.-O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE	20/09/2022		Basso	X					NO			SI		
F1	F1.11.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.4: "Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definito il processo di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività."				Basso	X							NO			SI
F1	F1.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6: "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."				Alto	X							SI	SI		SI
F1	F1.11 F1.8	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 resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione del Dipartimento e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.); c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"				Alto	X				La contabilità commerciale separata rileva la mancata contabilizzazione dei ricavi per prestazioni effettuate presso la R.S.A. di Leonforte a causa della ritardata comunicazione dei dati da parte della Struttura che ha causato una incompleta dichiarazione dei ricavi di natura commerciale.	E' stato raccomandato alla Struttura audita di porre in essere ogni opportuno rimedio per poter ottenere i flussi informativi con tempestività.		SI	SI		SI
F2	F2.1	Attuazione, con periodicità almeno annuale, di procedure di richiesta di conferma esterna (circolarizzazione) sui saldi creditori dell'Azienda ad una data prestabilita e riconciliazione con le informazioni presenti in Co.Ge, motivandone gli scostamenti.	U. O. C.-O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE	06/12/2021		Medio	X		L'attività di circolarizzazione è stata effettuata solo per i crediti superiori ad € 1000. I processi operativi finalizzati ai riscontri periodici con le risultanze dei creditori sono svolte con correttezza e, rispetto alle precedenti verifiche, è stato verificato un netto miglioramento.	Estendere l'attività di circolarizzazione a tutti i crediti.		SI	SI		NO		
F2	F2.2	Per i clienti per i quali la risposta alla richiesta di conferma saldi non è pervenuta, l'esistenza dei crediti è verificata mediante la realizzazione di procedure di verifica alternative quali ad esempio pagamenti ricevuti dall'azienda successivamente alla data di riferimento della conferma, controllo della documentazione sottostante il credito (fatture, ordini, documenti di spedizione ecc..				Medio	X							SI	SI		NO
F2	F2.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.				Medio	X							SI	SI		NO
F3	F3.1	Attuazione, con periodicità almeno semestrale ed in modo documentato, di analisi comparative di controllo tra valori di budget, valori di consuntivo dell'anno in corso e dell'anno precedente.	U. O. C.-O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE	06/12/2021		Basso	X					NO			SI		
F3	F3.2	Definizione di un set di indicatori di riferimento per l'area crediti e ricavi.				Basso	X							NO			SI
F3	F3.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.				Basso	X							NO			SI
F4	F4.1	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1 " predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito".	U. O. C.-O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE	06/12/2021		Medio	X					NO			SI		
F4	F4.2	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito"				Medio	X							NO			SI
F4	F4.3	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in CO.GE ed individuazione del documento.				Medio	X							NO			SI
F4	F4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 " Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo ed accurato nonche registrate nei conti di CO.GE..."				Alto	X							NO			SI
F5	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1 "Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti" al f.do svalutazione crediti.	U. O. C.-O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE	06/12/2021		Alto	X		A causa delle carenze di organico, i processi operativi finalizzati ai riscontri periodici con le risultanze dei creditori non raggiungono un grado di approfondimento ottimale e, conseguentemente, parte dei crediti non risulta oggetto di analisi sulla loro esigibilità.	Verificare la reale esigibilità dei crediti di più lunga data e valutare la possibilità di una loro svalutazione e/o stralcio		SI	SI		NO		
F6	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test cut-off.				Alto	X							NO			SI
F6	F6.2	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correlati.	Alto	X							NO			SI			

Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.

Il Responsabile Internal Audit  
*Carmelo Giarrizzo*

Visto  
Il Commissario Straordinario  
*Ornella Monasteri*

Visto  
Il Direttore Amministrativo  
*Ornella Monasteri*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022

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)

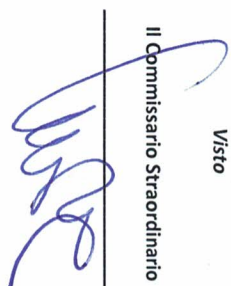
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6: "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."					Alto	X			SI	SI		SI
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 erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"		20/10/2022	Verifica corretta applicazione delle procedure di pertinenza	Alto		X	E' stato rilevato, presso il S.E.F.P. che nell'ambito della contabilità commerciale separata non erano stati contabilizzati i ricavi della R.S.A. di Leonforte a causa della ritardata comunicazione dei dati da parte della Struttura. Benché tale Struttura applichi la procedura in maniera corretta, tale processo, però, è stato implementato con ritardo rispetto alle necessità di conteggiare le somme in discorso tra le partite 2021.	E' stato raccomandato alla Struttura audita di necessario che la Struttura audita di predisporre puntuali e precisi flussi informativi che consentano a tutte le strutture coinvolte di svolgere entro i termini definiti tutte le attività di fatturazione, contabilizzazione e riscossione di tali partite.	SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit



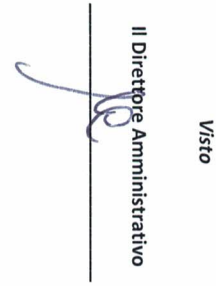
Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo







**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Giarrizzo Carmelo - Delibera n. 924 del 15/12/2016 (modificata con delibera n. 407 del 30/05/2017)


Responsabile P.A.C.: Dr.ssa Monasteri Ornelli (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 di verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevanti in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzate nel 2022 come da programmazione e Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA CREDITI E RICAVI - U. O. C. CURE PRIMARIE</b>															
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6: "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."		24/02/2021	Verifica corretta stesura ed attualità delle procedure e loro puntuale applicazione in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Alto	X		La cassaforte, utilizzata per la conservazione del denaro contante detenuto nel periodo intercorrente tra un prelievo e l'altro dei portavalori, non garantisce la necessaria sicurezza, sia per la modestia della cassaforte stessa, sia per la sua ubicazione che la rende facilmente visibile a chiunque acceda nei locali della cassa. Il denaro contante viene prelevato dai portavalori con frequenza quasi giornaliera rendo, comunque, quasi superfluo l'utilizzo della cassaforte.		SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI	
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6: "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."		15/03/2021	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Alto	X		La cassaforte, utilizzata per la conservazione del denaro contante detenuto nel periodo intercorrente tra un prelievo e l'altro dei portavalori, non garantisce la necessaria sicurezza, sia per la modestia della cassaforte stessa, sia per la sua ubicazione che la rende facilmente visibile a chiunque acceda nei locali della cassa. Il denaro contante viene prelevato dai portavalori con frequenza quasi giornaliera rendo, comunque, quasi superfluo l'utilizzo della cassaforte.		SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI	
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.7: "Implementazione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."		02/04/2021	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Alto	X		La cassaforte, utilizzata per la conservazione del denaro contante detenuto nel periodo intercorrente tra un prelievo e l'altro dei portavalori, non garantisce la necessaria sicurezza, sia per la modestia della cassaforte stessa, sia per la sua ubicazione che la rende facilmente visibile a chiunque acceda nei locali della cassa. Il denaro contante viene prelevato dai portavalori con frequenza quasi giornaliera rendo, comunque, quasi superfluo l'utilizzo della cassaforte.		SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI	
F1.11		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.7: "Implementazione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti."													

Il Responsabile Internal Audit



Visto



Visto



Il Commissario Straordinario

Il Direttore Amministrativo



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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.: D.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 di verifica	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. Medicina Legale e Fiscale</b>															
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto <b>F1.8:</b> "Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina legale, visite fiscali ecc.) c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	<b>U.O.C. Medicina Legale e Fiscale</b>			<b>31/03/2021</b>			Verifica puntuale applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.			Medio	Medio	NO	SI
F1.11		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto <b>F1.9:</b> "Implementazione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento."							Medio	Medio	NO	NO	NO	SI	

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
Il Commissario Straordinario

Visto  
  
Il Direttore Amministrativo

Area	Azione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)			
						Positivo	Negativo									
<b>AREA CREDITI ERICAVI - Dipartimento Veterinario</b>																
F1	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 erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	<b>Dipartimento di Prevenzione Veterinario</b>			<b>15/05/2020</b>			<b>Verifica puntuale applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.</b>			Medio	Medio	SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	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."				Medio	X	Con riserva				SI	NO		SI		

  
Il Responsabile Internal Audit

  
Visto  
Il Commissario Straordinario

  
Visto  
Il Direttore Amministrativo



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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.: D.ssa Monasteri 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 rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
						Positivo	Negativo								
<b>AREA CREDITI ERICAVI - U. O. C. Servizio Controllo di Gestione</b>															
F6	F6.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio(almeno trimestrale) extracontabile dei ricavi per prestazioni sanitarie rese nel periodo di competenza sulla base dei flussi di produzione sanitaria (ricoveri, prestazioni specialistiche, file F ecc.) e riconciliazione a fine esercizio dei dati di produzione aziendali con i dati di produzione regionali.			U. O. C. Controllo di Gestione		24/04/2019	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.		Basso	x				
										SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI		

*Il Responsabile Internal Audit*

Visto  
Il Commissario Straordinario

*(Signature)*

Visto  
Il Direttore Amministrativo

*(Signature)*

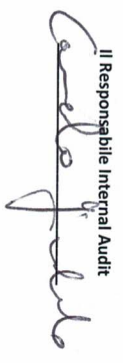
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE</b>														
G1	G1.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 " predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economiche e delle casse prestazioni"												
G2	G2.2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.												
G3	G3.2	Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale												
G4	G4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1 " Definizione di in a procedura formalizzata che garantisce che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti e che tali documenti siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione												
G5	G5.5	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.												
			<b>U. O. C. S.E.F.P.</b>		<b>12/10/2022</b>		<b>Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.</b>							
							Medio	X			SI	SI		SI
							Medio	X			SI	SI		SI
							Basso	X			SI	SI		SI
							Medio	X			SI	SI		SI

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
Il Commissario Straordinario  


Visto  
Il Direttore Amministrativo  




**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Garrizzo 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	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio 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 programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)		
						Positivo	Negativo	Con riserva								
<b>AREA DISPONIBILITÀ LIQUIDE - U.O.C. Servizio Provveditorato - Cassa Economale Area Nord</b>																
G1	G1.5	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 prestazioni"			Medio			X			NO			SI		
		<b>U.O.C. Servizio Provveditorato - Cassa Economale Area Nord</b>			<b>18/03/2021</b>			Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.								

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
Il Commissario Straordinario

Visto  
  
Il Direttore Amministrativo







**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
<b>AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Piazza Armerina</b>														
11	11.7													
	Verifica <del>di</del> corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisito prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c) .."													
		<b>U.O.C. Distretto Territoriale - Piazza Armerina</b>												
		<b>25/11/2022</b>												
		Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.												
		<b>Medio</b>												
						X								
							La "Commissione distrettuale per la verifica di congruità", che dovrebbe effettuare accessi presso le strutture convenzionate per valutarne la corretta funzionalità, non ha svolto attività nel corso dell'ultimo biennio.	Tale attività, che avrebbe potuto essere svolta anche mediante le evidenze documentali da richiedere alle strutture stesse, deve riprendere ricostituendo la Commissione.	SI	SI				

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
Il Commissario Straordinario

Visto  
  
Il Direttore Amministrativo









**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Cure Primarie</b>														
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c) .."	U.O.C. Cure Primarie	15/05/2020 e 20/07/2020	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio	X				SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI

*[Firma]*  
Il Responsabile Internal Audit

Visto

Il Commissario Straordinario

*[Firma]*

Visto

Il Direttore Amministrativo

*[Firma]*



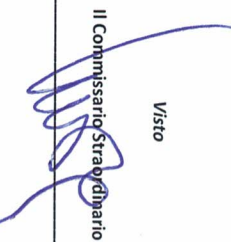


Area	Azione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI/NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI/NO)	L) Se NO - indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
<b>AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Provveditorato</b>														
	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:													
11	11.1	a) gli acquisti siano effettuati sulla base di appropriate autorizzazioni interne e, laddove richiesto, sulla base di apposite approvazioni regionali coerentemente, anche, al 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 f) gli ordini 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				Medio	X			NO				SI
	11.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.				Medio	X			NO				SI
	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				Medio	X			NO				SI
<b>U. O. C. Servizio Provveditorato</b>														
<b>09/04/2021</b>														
<b>Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.</b>														

Il Responsabile Internal Audit



Visto



Il Commissario Strad Ordinario

Visto



Il Direttore Amministrativo

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifica 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Legale</b>														
14	14.4	Attivazione di un sistema di ricognizione del contenzioso in essere alla data di chiusura del bilancio e stima da parte del servizio affari legali ovvero legali esterni incaricati dall'azienda, del rischio di soccombenza per ciascuna causa e la relativa quantificazione degli oneri da accontornare a fondo rischi.	U.O.C. Servizio Legale - U.O.C. Servizio Affari Generali		25/11/2021	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	ALTO	X			SI	NO	Carenza di tempo causata da alcuni periodi di astensione dal servizio da parte dell'Internal Audit nel corso dell'anno	SI

*[Signature]*  
Il Responsabile Internal Audit

*[Signature]*  
Visto  
Il Commissario Straordinario

*[Signature]*  
Visto  
Il Direttore Amministrativo



Responsabile della funzione di I.A.: Dr. Gianrico Cammelo - Dellibera 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 del 19/09/2022 - Dellibera n. 1385/2022)

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verifica	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Stato verifica I.A.		F - Fattori di criticità rilevanti in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmate nel Piano annuale AUDIT - anno 2022	I) Attività di Audit realizzate nel 2022 come programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) 1) SI NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) 1) ARRETRATO degli audit al 31.12.2022. L'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo adempimento agli obblighi di certificazione nei dati e nei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)
							Positivo	Negativo						
<b>AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Economico Finanziario Patrimoniale</b>														
12.1 - 12.2		Predisposizione ed applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la completezza e accuratezza formale e sostanziale delle operazioni che originano, modificano o estinguono il debito.												
12.3		Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento.				Medio			La procedura necessita di una revisione che venga come della piena implementazione del c.d. Fascicolo elettronico per la gestione delle liquidazioni e pagamento delle fatture. L'operatività della struttura, nell'ambito delle azioni P.A.C. oggetto di audit, non risente di tale criticità riguardante esclusivamente il disegno procedurale.	Tutte le procedure aziendali sono state aggiornate, revisionate o implementate "ex novo". Nel corso del primo bimestre 2023 saranno formalizzate con atto deliberativo	SI	NO		SI
12.4		Adozione di controlli periodici e documentabili con riguardo in particolare al riscontro tra i saldi dei conti individuali ed i saldi dei conti di riporto. Il riscontro delle risultanze contabili dell'azienda con gli estratti conto inviati dai fornitori di propria iniziativa o su richiesta dell'azienda stessa, riconciliazione partitario fornitori con il libro giornale.				Medio			La procedura necessita di una revisione in relazione ai "controlli del ciclo passivo". L'operatività della struttura, nell'ambito delle azioni P.A.C. oggetto di audit, non risente di tale criticità riguardante esclusivamente il disegno procedurale.		SI	NO		SI
13		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolta;"				Medio					SI	NO		SI
13.6		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 "Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c)..."				Medio					SI	NO		SI
14		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 "Predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"				Medio					SI	NO		SI
14.6		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in CO.GE delle carte contabili trasmesse dal tesoriere o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie"				Medio					SI	NO		SI
16		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.									SI	NO		SI
16.3		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.									SI	NO		SI
17		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitario fornitori e contabilità generale.				Medio			La procedura necessita di una revisione in relazione ai "controlli del ciclo passivo". L'operatività della struttura, nell'ambito delle azioni P.A.C. oggetto di audit, non risente di tale criticità riguardante esclusivamente il disegno procedurale.	Tutte le procedure aziendali sono state aggiornate, revisionate o implementate "ex novo". Nel corso del primo bimestre 2023 saranno formalizzate con atto deliberativo	SI	NO		SI
17.3		Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitario fornitori e contabilità generale.				Medio					SI	NO		SI
18		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento"									SI	NO		SI
18.5		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "Predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento"									SI	NO		SI

U.O.C. S. E. F. P.

18/12/2020

Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.

Il Responsabile Internal Audit  


Il Commissario Straordinario  


Il Direttore Amministrativo  






**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

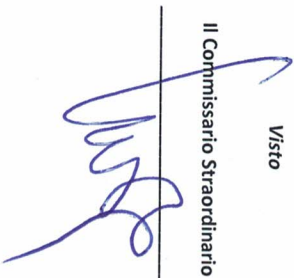
**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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.: D.ssa Monasteri 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 rischio 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI / NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
						Positivo	Negativo							
<b>AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Anziani e Cure Domiciliari</b>														
15	15.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 "Gestione di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giustavorista e previdenziale. Defibizione 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. Assistenza Sanitaria di Base, Anziani e Cure Domiciliari	05/11/2019	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio	X							

Il Responsabile Internal Audit  


Visto  
  
 Il Commissario Straordinario

Visto  
  
 Il Direttore Amministrativo

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verificata 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 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI /NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Farmaceutico Territoriale</b>															
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte 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 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.."	U. O. C. Servizio Farmaceutico Territoriale	28/11/2019	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.	Medio	X							NO	SI

*Elisabetta*  
**Il Responsabile Internal Audit**

*Amico*  
**Il Commissario Straordinario**

*De*  
**Il Direttore Amministrativo**



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA**

**GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

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.: D.ssa Monasteri Ornella (in aspettativa a far data del 19/09/2022 - Delibera n. 1385/2022)

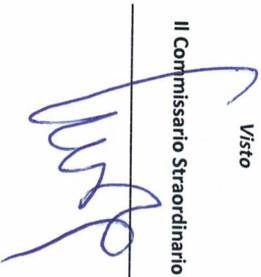
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.	H) Attività programmata nel Piano annuale AUDIT - anno 2022 approvato con delibera n. 97 del 26/01/2022 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2022 come da programmazione Piano Annuale AUDIT 2022 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2022	M) All'esito degli audit al 31.12.2022, l'azienda certifica il superamento delle criticità al fine di garantire il pieno e completo raggiungimento degli obiettivi di certificabilità dei dati e dei bilanci al 31.12.2022 (SI/NO)	
							Positivo	Negativo							
<b>AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero</b>															
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte 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 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.."	U. O. C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero		28/11/2019	Verifica applicazione delle procedure in relazione alle pertinenti azioni del P.A.C.		Medio	X					NO	SI

Il Responsabile Internal Audit



Visto

Il Commissario Straordinario



Visto

Il Direttore Amministrativo

