

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO PATRIMONIALE														
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.	14/02/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X					SI	SI	
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (<i>in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti</i>) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1.(<i>Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità</i>)				Alto	X			Dall'audit è emerso come l'ultimo inventario fisico generale dei cespiti di proprietà dell'Azienda sia stato effettuato diversi anni addietro. Tale circostanza ha riflessi negativi sulle relative poste di bilancio che, conseguentemente, potrebbero rivelarsi non aderenti all'effettiva consistenza del patrimonio aziendale. Molti beni censiti non riportano il numero di inventario	Predisposizione di un capitolato tecnico di gara per l'affidamento del servizio di ricognizione fisica straordinaria dei beni mobili dell'A.S.P. ed il relativo aggiornamento della banca dati informatica patrimoniale. Nello more, ricognizione fisica a campione rivolta, innanzitutto, sui beni di maggior valore.	SI	SI	
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici.				Alto	X					SI	SI	
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.				Medio	X					SI	SI	
D6	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (<i>anche su base campionaria</i>), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (<i>analisi fatture, contratti, ordini</i>).				Medio	X					SI	SI	
D7	D7.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2 " <i>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.</i> "				Alto	X					SI	SI	
AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO AFFARI GENERALI														
	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 corrente degli stessi.	U.O.C. Servizio AA. GG.	20/02/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Basso	X					SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO TECNICO														
D3	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	U. O. C. Servizio Tecnico	13/03/2019	mentale - Intervista diretta al personale	Alto			X	La procedura è poco dettagliata e non rispecchia l'effettivo iter, descritto dal personale intervistato, per l'effettuazione delle diverse modalità d'intervento da parte del Servizio Tecnico. Non sono chiari compiti e responsabilità assegnate alle diverse articolazioni del servizio. La procedura di gestione e trattamento delle richieste di intervento per l'effettuazione di opere di manutenzione è applicata con buona professionalità e competenza. Ma gli interventi sono esclusivamente su impulso esterno al servizio e non si ha evidenza di un processo di monitoraggio periodico sulle misure di sicurezza adottate per la protezione dei beni soggetti a deterioramento fisico	Le procedure vanno tutte riviste, meglio articolate e dettagliate ed occorre definire più dettagliatamente compiti e responsabilità assegnate alle diverse strutture ed articolazioni (predisposizione delle matrici di responsabilità). Avviare un processo di monitoraggio periodico delle misure di sicurezza adottate per la protezione dei beni soggetti a deterioramento fisico	SI	SI	
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).				Alto			X	La procedura è abbastanza dettagliata ed esplicita le varie fasi per la corretta gestione delle attività che derivano dall'attività in questione.	Vanno meglio chiarite le modalità ed i settori coinvolti per la determinazione della graduatoria delle priorità degli interventi, la procedure per il controllo del budget fissato con il piano degli investimenti, le modalità del monitoraggio trimestrale per singolo provvedimento di spesa della compatibilità tra il piano degli investimenti ed il budget assegnato.	SI	SI	
		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".				Medio			X			SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
D6	D6.1	Definizione di un processo operativo finalizzato alla corretta e completa individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare.			Verifica docu	Medio		X	La procedura non riporta con precisione le attività di individuazione delle manutenzioni straordinarie da capitalizzare e necessita di una profonda revisione . Non sono ben chiariti i compiti e le responsabilità assegnate alle diverse articolazioni del servizio deputati alle richiamate attività. La procedura , pur individuando i centri di responsabilità in ordine a determinazione degli interventi necessari, autorizzazione e responsabilità nella predisposizione delle priorità, identificazione del budget, controllo dello stesso, ecc., non definisce il processo di condivisione e/o un flusso informativo con gli uffici finanziari al fine di procedere alle necessarie scritture contabili che ne derivano	Definire meglio la procedura prevedendo una maggiore condivisione dei flussi informativi. Occorre intervenire, oltre che con la definizione della procedura, anche con un aggiornamento del software di gestione dei documenti che dovranno essere liquidati per ciascun intervento, al fine di individuare già in sede di liquidazione quegli interventi e le relative somme che devono essere, poi, oggetto di capitalizzazione.	SI	SI		
AREA IMMOBILIZZAZIONI - U.O.C. SERVIZIO PROVVEDITORATO														
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).	U. O. C. Servizio Provveditorato	19/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Alto		X	La procedura risulta disarticolata e non descrive in maniera puntuale tutto l'iter di formazione ed approvazione del piano degli investimenti. Occorre rivederla dettagliando compiti e responsabilità assegnate alle diverse articolazioni aziendali nella predisposizione, autorizzazione, applicazione e controllo delle attività relative all'area specifica oggetto dell'odierno audit (predisposizione della matrice delle responsabilità). Il piano degli investimenti per l'anno 2019 è stato predisposto ma non prevede una scala delle priorità. Non viene predisposto un report periodico con l'analisi degli scostamenti tra programmato e realizzato.	Vanno chiarite le modalità ed i settori coinvolti per la determinazione della graduatoria delle priorità degli interventi, la procedura per il controllo del budget fissato con il piano degli investimenti, le modalità del monitoraggio trimestrale, per singolo provvedimento di spesa, della compatibilità tra il piano degli investimenti ed il budget assegnato. Occorre coinvolgere le strutture competenti per la tempestiva segnalazione del fabbisogno da inserire nella bozza del piano degli investimenti.	SI	SI		
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".	U. O. C. Servizio Provveditorato	19/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio		X			SI	SI		
AREA RIMANENZE - U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - FARMACIA "P. O. UMBERTO I" - ENNA														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E1	E1.9	<p>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:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p> <p>e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."</p>	A "P. O. UMBERTO I" - ENNA				Alto	X		<p>1) Il Servizio auditato non ha provveduto ad apportare alla procedura le modifiche richieste nel corso dell'audit del 07/11/2018. 2) La Responsabile del Servizio ha fatto presente che le procedure, entro il 30/09/2019, saranno implementate con una specifica procedura di gestione dei conti deposito. 3) Il Servizio auditato non è stato in grado di produrre la documentazione relativa all'inventario al 31/12/2017. Non ha provveduto ad effettuare inventari di periodo nel corso dell'anno 2018 e non ha provveduto ad effettuare l'inventario al 31/12/2018.</p>	<p>1) Entro il 31/01/2020 effettuare la revisione delle procedure definendo ruoli e responsabilità operative nell'ambito della procedura per la gestione del turnover dei beni e delle obsolescenze. Definire il dettaglio delle attività poste in essere per il monitoraggio dei farmaci in scadenza e predisporre una precisa matrice delle responsabilità in ordine a tali attività di controllo</p> <p>- 2) Effettuare inventario entro il 31/12/2019.</p>	SI	SI	
								Alto	X	<p>Le gestione documentale relativa ai carichi ed agli scarichi di magazzino è nettamente migliorata ed avviene con buona tempestività. Sono state evidenziate delle discrasie tra giacenze contabili e rimanenze fisiche derivanti o da un non corretto carico / scarico di una movimentazione in entrata / uscita o da una errata contabilizzazione in sede dell'ultimo inventario effettuato in farmacia (risalente al 2016-2017) o, ancora, riconducibile alla unificazione del magazzino della farmacia territoriale con quello della farmacia ospedaliera, avvenuto nella prima metà del 2018, senza una corretta e completa conta fisica dei due magazzini e/o con errate imputazioni in contabilità delle quantità di ogni singolo farmaco.</p>	<p>Riorganizzare le attività amministrative della Farmacia al fine di consentire maggiore tempestività e correttezza nella gestione di inventari, carichi, scarichi, ecc.. Effettuare inventario al 31/12/2019 ed inventari periodici di controllo</p>	SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E3	E3.7	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)"	U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - FARMACI/	08/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP							SI	NO	L'Audit del 07/11/2018 era stato positivo e non è stato effettuato "follow up" per questa azione
		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 (CF)"									SI	NO	L'Audit del 07/11/2018 era stato positivo e non è stato effettuato "follow up" per questa azione	
		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"									SI	NO	L'Audit del 07/11/2018 era stato positivo e non è stato effettuato "follow up" per questa azione	
		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"									SI	NO	L'Audit del 07/11/2018 era stato positivo e non è stato effettuato "follow up" per questa azione	
		e E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."									SI	NO	L'Audit del 07/11/2018 era stato positivo e non è stato effettuato "follow up" per questa azione	
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"				Basso	X		Adottato, con delibera n. 421 del 02/05/2019, il "Regolamento aziendale per la gestione dei farmaci scaduti e in scadenza" che, correttamente utilizzato, è idoneo al fine di ridurre il rischio di produrre scaduti e garantire la rotazione delle scorte assicurando una corretta gestione degli ordini di approvvigionamento alla farmacia		SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
		e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"				Medio	X			Il monitoraggio dei farmaci in scadenza viene effettuato manualmente mediante liste mensili dei lotti di specialità in scadenza. L'attività, pur svolta con attenzione e professionalità, in assenza di un ausilio informatico, non consente di monitorare con la dovuta precisione i singoli pezzi di merce in scadenza.		SI	SI	
AREA RIMANENZE - U . O . C . Servizio Provveditorato - Magazzino Economale di Enna														
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	ale di Enna				Alto	X		1) Il Servizio auditato ha predisposto la revisione che colma le lacune ravvisate nel corso dell'audit del 14/11/2018. 2) Il Servizio ha dato evidenza del verbale di verifica delle rimanenze finali di magazzino al 31/12/2018 effettuato da personale non coinvolto direttamente nella gestione del magazzino.		SI	SI	
		e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."											SI	NO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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 Provveditorato - Magazzino Econom.	10/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto		X		La gestione delle attività, che già nel precedente audit del 14/11/2018 risultava effettuata con buona professionalità e rispetto delle procedure, risulta ulteriormente migliorata e sono state eliminate anche le modeste disfunzioni segnalate in precedenza. Permangono le difficoltà legate alla mancanza di segregazione delle funzioni che non viene rispettata (la filiera è quasi esclusivamente gestita e controllata dal solo magazzino), ma le carenze di personale assegnato al servizio non consentono di eliminare, in atto, tale criticità.	SI	SI		
						Medio		X		SI	SI			
						Medio		X		SI	SI			
						Medio		X		SI	SI			
E3	E3.7	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)"	U. O. C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero - Farmacia P. O. "F. B. C." di Leonforte			Medio		X			SI	SI		
		Medio					X		SI	SI				
		Medio					X		SI	SI				

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E1	E1.9	<p>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:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	farmaceutico Ospedaliero - Farmacia P. O. "F. B. C." di Leonforte	13/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	X		<p>Il personale della Farmacia, a seguito del precedente audit del 19/11/2018, ha preso contezza delle procedure adottate dalla U.O.C. cui fa capo provvedendo ad applicarle. 2) E' stato effettuato l'inventario al 31/12/2018 seguendo pedissequamente le indicazioni della procedura ed è stato predisposto un elenco delle differenze riscontrate tra esistenza contabile e giacenza fisica riscontrate per ciascun farmaco nel corso dell'inventario provvedendo a richiedere al Dirigente della U.O.C. l'autorizzazione ad apportare le opportune rettifiche inventariali</p>		SI	SI		
		Medio				X				SI	SI			
E2	E2.6	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>						Alto	X				SI	SI
		<p>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)"</p>			Alto	X					SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]			
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019	
							Positivo	Negativo	Con riserva						
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 (CFI)"	U. O . C . Servizio F			Medio	X					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			
		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"				Basso				LA FARMACIA NON EFFETTUA PRODUZIONE INTERNA DI PRODOTTI FINITI		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"				Basso	X						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	

AREA RIMANENZE - U. O . C . Medicina Generale – P.O. "F.B.C." – Leonforte

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	U. O. C. Medicina Generale – P.O. "F.B.C." – Leonforte	13/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	X		I rilievi emersi nel corso dell'audit del 19/11/2018 sono stati superati	SI	SI			
E2	E2.6	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>					Alto		X	<p>Il monitoraggio delle movimentazioni dei farmaci in entrata ed in uscita dall'armadietto di reparto permane deficitario per le motivazioni già espresse in sede di audit del 19/11/2018. E' emersa la ferma determinazione del responsabile del Reparto di riorganizzare le attività di monitoraggio dei carichi e degli scarichi dell'armadietto di reparto, a far data dal 01/05/2019, provvedendo a selezionare un campione significativo (circa il 10 % di quelli movimentati) di farmaci utilizzati in reparto che, sulla base del loro valore commerciale rappresentino un valore complessivo valutabile intorno al 60 – 70 % del valore totale dei farmaci utilizzati nella U.O.C. di Medicina. Per questi farmaci si provvederà ad effettuare un monitoraggio puntuale e costante nel tempo mediante schede di carico e scarico dei singoli farmaci oggetto del monitoraggio.</p>	SI	SI		
E5	E5.4	<p>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"</p>						Basso	X				SI	SI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
EJ	EJ.4	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		
AREA RIMANENZE - U . O . C . Recupero e Riabilitazione funzionale – P.O. "F.B.C." – Leonforte														
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	D. "F.B.C." – Leonforte			Alto		X	<p>A seguito dei rilievi emersi nel corso dell'audit del 19/11/2018: 1) Il personale del reparto ha preso contezza delle procedure di gestione del magazzino provvedendo ad applicarle. 2) E' stato effettuato l'inventario fisico alla data del 01/04/2019 (la struttura ha avuto necessità di riorganizzare le modalità di gestione dell'armadietto di reparto e le competenze interne al reparto per una sua più corretta tenuta. Tale riorganizzazione, avendo richiesto tempi di attuazione non compatibili con la scadenza di fine anno, non ha consentito di provvedere ad effettuare l'inventario al 31/12/2018).</p>	Entro il 31/12/2019 effettuare l'inventario puntuale dell'armadietto di reparto	SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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 . Recupero e Riabilitazione funzionale – P.C.	13/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	X				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"				Basso	X				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		
AREA RIMANENZE - U . O . C . Medicina Generale – P.O. "Basilotta" – Nicosia														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	U . O . C . Medicina Generale – P.O. "Basilotta" – Nicosia	16/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	X		I rilievi emersi nel corso dell'audit del 19/11/2018 sono stati superati	SI	SI			
E2	E2.6	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>				Alto	X			SI	SI			
E5	E5.4	<p>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"</p>				Basso	X					SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
EJ	EJ.4	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		
AREA RIMANENZE - U . O . C . Ortopedia – P.O. "Basilotta" – Nicosia														
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	- Nicosia			Alto	X		I rilievi emersi nel corso dell'audit del 19/11/2018 sono stati superati		SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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. Ortopedia – P.O. "Basilotta"	16/05/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto	X				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"				Basso	X				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		
AREA RIMANENZE - U . O . C . Servizio Farmaceutico Ospedaliero - Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento giro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	Ospedaliero - Farmacia P. O. "Chiello" di Piazza Armerina			Alto			X	<p>A SEGUITO DEI RILIEVI EFFETTUATI NEL CORSO DEL PRECEDENTE AUDIT DEL 13/12/2018: 1) Non sono state apportate modifiche alla procedura che contiene delle modeste imprecisioni. 2) L'inventario fisico al 31/12/2018 non è stato effettuato in quanto la sostituzione della precedente Dirigente Farmacista, responsabile della Farmacia, posta in quiescenza in data antecedente al 31/12/2018, è avvenuta nel corso del mese di febbraio 2019. E' stato effettuato un inventario fisico alla data del 05/06/2019. Le operazioni d'inventariazione non risultano aderenti al dettato delle procedure; non è stato predisposto un apposito verbale di inventario, né un elenco delle differenze tra esistenza contabile e giacenza fisica riscontrate e non si è proceduto a comunicare al Responsabile della U.O.C. Farmacia Ospedaliera ed al Responsabile del S.E.F.P. l'esito dell'inventario al fine di ottenere l'autorizzazione ad apportare le opportune rettifiche inventariali.</p>	SI	SI		
E2	E2.6	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>						18/06/2019	AUDIT DI FOLLOW UP		Alto			X

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
E3	E3.7	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)"	U . O . C . Servizio Farmaceutico				Alto	X				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 (CF)"		Medio	X			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					
		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"		Basso				SI	SI	LA FARMACIA NON EFFETTUA PRODUZIONE INTERNA DI PRODOTTI FINITI				
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"				Basso	X				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						

AREA RIMANENZE - U . O . C . Medicina Generale – P.O. "Chiello" – Piazza Armerina

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]			
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019	
							Positivo	Negativo	Con riserva						
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	U. O. C. Medicina Generale – P.O. "Chiello" – Piazza Armerina	21/06/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto			X	<p>A SEGUITO DEI RILIEVI EFFETTUATI NEL CORSO DEL PRECEDENTE AUDIT DEL 13/12/2018: Non è stato effettuato l'inventario di fine anno alla data del 31/12/2018. E' stata data evidenza, comunque, delle schede di inventario periodico effettuato alla data del 07/05/2019. Le operazioni d'inventariazione non sono state effettuate aderendo pienamente al dettato delle procedure in quanto le schede d'inventario, oltre a non essere debitamente sottoscritte pagina per pagina, riportano, solo sulla prima pagina, la sottoscrizione della Sig.ra Barresi, Capo Sala del reparto e responsabile della gestione dell'armadietto dei medicinali (mancata segregazione delle funzioni).</p>	SI	SI			
E2	E2.6	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino;</p> <p>c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente;</p> <p>d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.</p>						Alto			X	<p>Il reparto ha posto in essere un sistema di monitoraggio dell'armadietto di reparto mediante l'utilizzo di schede di carico e scarico dei singoli farmaci ivi utilizzati. Il responsabile della gestione dell'armadietto provvede ad aggiornare le schede registrando i prelievi effettuati da tutti gli operatori (annotati in prima nota). L'attività viene svolta con discreta attenzione, pur con qualche criticità derivante, oltre che dalla non sempre puntuale annotazione di qualche operatore, dalla carenza di personale che non consente il costante aggiornamento delle schede ed il rischio che si verifichi qualche lacuna nelle attività di carico e scarico.</p>	SI	SI	
E5	E5.4	<p>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"</p>						Basso	X				SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
EJ	EJ.4	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		
AREA RIMANENZE - U . O . C . Ortopedia – P.O. "Chiello" – Piazza Armerina														
E1	E1.9	<p>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.</p> <p>La procedura deve prevedere tra l'altro che:</p> <p>a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino;</p> <p>b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...);</p> <p>c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute</p> <p>d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata;</p> <p>e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario</p>	Piazza Armerina			Alto		X	A SEGUITO DEI RILIEVI EFFETTUATI NEL CORSO DEL PRECEDENTE AUDIT DEL 13/12/2018:1) Il personale del reparto ha preso contezza delle procedure di gestione del magazzino provvedendo ad applicarle. 2) 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	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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. Ortopedia – P.O. "Chiello" – Piaz	21/06/2019	AUDIT DI FOLLOW UP	Alto		X		Il reparto ha posto in essere un sistema di monitoraggio dell'armadietto dei farmaci ivi utilizzati mediante l'utilizzo di schede mensili di carico e scarico dove vengono annotati sia i consumi complessivi mensili derivanti dall'attività d'istituto che i carichi conseguenti alle richieste presso la farmacia ospedaliera. I dati complessivi, a loro volta, vengono ricavati da apposite "schede individuali di scarico farmaci per paziente" che viene aggiornato in uno al "Foglio unico di prescrizione", ogni qual volta vengono somministrati farmaci ai singoli pazienti. L'attività non risulta ancora perfettamente roduta. Dalle verifiche a campione sono emersi risultanti discordanti tra le rimanenze effettive in armadietto rispetto ai dati riportati sulle schede mensili.	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"				Basso	X			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			
AREA CREDITI E RICAVI - U. O. S. Economato														
F1	F1.11	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."	Economato	2019	- Intervista diretta al personale	Alto	X				SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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.	U. O. S. Ec	21/03	Verifica documentale persc	AI	X				SI	SI		
AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. Medicina Legale e Fiscale														
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8: "Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione 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"	U.O.C. Medicina Legale e Fiscale	27/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio		X	Il disegno della procedura risulta ben dettagliato ed esplicita chiaramente le varie fasi relative alla gestione dell'attività in questione, oltre a contenere una precisa matrice di responsabilità. E' stato anche predisposto il diagramma esemplificativo del processo di effettuazione delle prestazioni erogate dal Servizio con una mappatura completa delle diverse tipologie di prestazioni erogabili elencate in un apposito tariffario. Tale tariffario, però, non è, in atto, codificato nell'apposito gestionale informatico dei ricavi e proventi, così come previsto nella citata procedura. Tale carenza non consente agli utenti di pagare presso le casse interne dell'A.S.P. ma solo mediante versamento sul c/c postale aziendale non dedicato. Tale modalità di pagamento rende complessa la riconciliazione tra prestazioni ed i relativi pagamenti.	Provvedere ad integrare il software gestionale dei pagamenti al fine di consentire la piena riconciliazione degli stessi Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica. La non corretta riconciliazione per la contabilizzazione in bilancio degli introiti transitanti dal C/C postale aziendale, rappresenta una criticità che occorre affrontare, mediante una più attiva concertazione tra il Servizio auditato ed il S.E.F.P. per una più corretta gestione degli introiti di che trattasi nell'ottica dei P.A.C.. e poterne avere una precisa individuazione ed un costante monitoraggio.	SI	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			SI	SI		
AREA CREDITI E RICAVI - U. O. C. S.E.F.P.														
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. S.E.F.P.	28/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Basso	X				SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
F1	F1.11	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."	U. O. C. S.E.F.P.	28/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Basso		X	Il disegno della procedura risulta ben dettagliato. Essa viene correttamente applicata. Nel rispetto della normativa di settore, è stata implementata una contabilità separata per la rilevazione dei ricavi per prestazioni in intramoenia. Ma il registro I.V.A. fatture vendita non riporta le generalità dei clienti (indicato un generico "Utenti Alpi Interna" per tutte le fatture registrate). Tale modalità di tenuta del registro non è coerente con le prescrizioni di cui all'art. 23, c. 2 e 3, del d.p.r. 633/72.	E' necessario provvedere a correggere la discrasia rilevata sul registro IVA vendite al fine di scongiurare possibili interventi sanzionatori da parte degli organi di controllo preposti.	SI	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."	U. O. C. S.E.F.P.	28/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Alto		X	Il disegno della procedura risulta ben dettagliato. L'assenza di previsione di un report che renda possibile i controlli e la dichiarazione preventiva sull'impossibilità di effettuarli destano qualche perplessità che occorre risolvere mediante apposite produzioni di report e specifici controlli in assenza dei quali, come verificato operativamente, potrebbe verificarsi la mancata chiusura del ciclo prenotazione >>> pagamento >>> erogazione della prestazione che lascerebbe indeterminata la riconciliazione del relativo provento. La procedura, pur correttamente implementata, presenta alcune difficoltà gestionali: a) incompleta mappatura e codifica delle prestazioni rese dal Dipartimento di Prevenzione e dalla U.O.C. Medicina Legale e Fiscale; b) inesistenza di un flusso di report periodici tra le strutture eroganti ed il S.E.F.P. che consenta di far conoscere tipologia, quantità e fruitori delle prestazioni a pagamento ed il corrispettivo riscosso o da riscuotere; c) conseguente difficile riconciliazione tra prestazioni e relativi pagamenti.	Provvedere ad una mappatura di tutte le tipologie di prestazioni non ancora codificate mediante azioni di verifica concertate con i servizi che erogano tali prestazioni. Integrare il software gestionale dei pagamenti al fine di consentire la piena riconciliazione degli stessi Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica.	SI	SI		
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8: "Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.) c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	U. O. C. S.E.F.P.	28/03/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Alto		X			SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]							
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019					
							Positivo	Negativo	Con riserva										
F2	F2.1	Attuazione, con periodicità almeno annuale, di procedure di richiesta di conferma esterna (circularizzazione) sui saldi creditori dell'Azienda ad una data prestabilita e e riconciliazione con le informazioni presenti in Co.Ge, motivandone gli scostamenti.	U. O. C. S.E.F.P.	19/04/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio				L'attività di circularizzazione non ha riguardato la totalità dei creditori ma una selezione dei clienti verso i quali l'Azienda vanta i crediti di importo maggiore. Esistono crediti per fatture emesse e non pagate risalenti anche a oltre quindici anni addietro. Lo stralcio di alcune partite creditorie è stato effettuato in maniera acritica senza una sostanziale motivazione sulla insussistenza e/o inesigibilità del credito. A causa dell'esiguità del personale da potervi dedicare, una buona parte dei crediti non è oggetto di analisi sulla loro esigibilità	A) Occorre effettuare una più attenta e puntigliosa attività di monitoraggio dei crediti al fine di distinguerne la composizione per anno di formazione, per cliente debitore e per constatarne la reale esigibilità. B) E' necessario adoperarsi al fine di porre in essere una soluzione organizzativa che consenta l'indicazione in bilancio di crediti la cui effettiva consistenza sia stata constatata, provvedendo ad ampliare ed approfondire le attività finalizzate alla circularizzazione dei creditori ed alla valutazione della esigibilità dei crediti. C) Occorre una più approfondita analisi in merito ai processi di valutazione posti a base delle dichiarazioni di inesigibilità o insussistenza dei crediti prima di procedere al loro stralcio.	SI	SI						
	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 ricevuta dall'azienda successivamente alla data di riferimento della conferma, controllo della documentazione sottostante il credito (fatture, ordini, documenti di spedizione ecc..							X								SI	SI	
	F2.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.																	SI
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. S.E.F.P.	19/04/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Basso						SI	SI						
	F3.2	Definizione di un set di indicatori di riferimento per l'area crediti e ricavi.							X								SI	SI	
	F3.3	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo.																SI	SI
		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".				MEDIO						SI	SI						
		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				Le fatture emesse a fronte di incassi effettuati tramite cassa CUP non riportano in maniera corretta l'indicazione delle generalità del cliente verso cui il documento viene emesso. Inoltre, le incomplete manufatture	1) Entro il 31/12/2019 occorre correggere il software che non consente il riporto puntuale delle generalità del cliente nelle fatture. 2) Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e		SI	SI					

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]					
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019			
							Positivo	Negativo	Con riserva								
F4	F4.7	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.	U. O. C. S.E.F.P.	20/08/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	MEDIO			X	Inoltre, la incompleta mappatura e codifica delle prestazioni rese dai Dipartimenti di Prevenzione e dalla U.O.C. Medicina Legale e Fiscale (versamenti mediante bollettini di c/c postale) rendono difficile la riconciliazione tra prestazioni e relativi pagamenti.	Il pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica per una più corretta riconciliazione e contabilizzazione in bilancio degli introiti derivanti da tali attività.	SI	SI				
		ALTO						X	SI			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.						ALTO			X	Per i crediti che, nel corso dell'anno 2018, si è proceduto alla svalutazione, parziale o totale, non è stato specificato il processo di valutazione posto a base della dichiarazione di inesigibilità o insussistenza. Inoltre, in merito alla valutazione della esigibilità dei crediti ed all'analisi comparativa dei crediti / ricavi nei diversi periodi è stato verificato come buona parte dei crediti non sia stata oggetto di analisi.	Entro il 31/12/2019 procedere alla valutazione dei crediti avviando, per quelli ritenuti esigibili in tutto od in parte, al loro recupero anche con azioni coattive	SI	SI		
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									Carenza di tempo e di risorse di personale
	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						SI	No		
AREA CREDITI E RICAVI - Dipartimento Veterinario																	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
F1	F1.11	<p>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:</p> <p>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.);</p> <p>b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.)</p> <p>c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate;</p> <p>d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"</p>	Dipartimento Veterinario	09/04/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	<p>Il disegno della procedura risulta ben dettagliata ed esplicita chiaramente le varie fasi relative alla gestione dell'attività in questione, oltre a contenere una precisa matrice di responsabilità. E' stata anche effettuata una mappatura completa delle diverse tipologie di prestazioni erogabili elencate in un apposito tariffario. Tale tariffario, però, in atto, è stato codificato solo parzialmente nell'apposito gestionale informatico dei ricavi e proventi, così come previsto nella citata procedura. Tale carenza, relativamente alle prestazioni non codificate, non consente agli utenti di pagare presso le casse interne dell'A.S.P. ma solo mediante versamento su un specifico c/c postale aziendale dedicato. Tale modalità di pagamento rende complessa la riconciliazione tra prestazioni ed i relativi pagamenti anche in ragione della frequente indeterminazione della causale del versamento apposta sul bollettino di pagamento.</p>	SI	SI		
F1		Medio						X						SI

AREA CREDITI E RICA VI - U.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8: "Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.) c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	U.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	09/04/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	Il disegno della procedura risulta ben dettagliata ed esplicita chiaramente le varie fasi relative alla gestione dell'attività in questione, oltre a contenere una precisa matrice di responsabilità. E' stata anche effettuata una mappatura completa delle diverse tipologie di prestazioni erogabili elencate in un apposito tariffario. Tale tariffario, però, non è, in atto, codificato nell'apposito gestionale informatico dei ricavi e proventi, così come previsto nella citata procedura. Tale carenza non consente agli utenti di pagare presso le casse interne dell'A.S.P. ma solo mediante versamento sul c/c postale aziendale non dedicato. Tale modalità di pagamento rende complessa la riconciliazione tra prestazioni ed i relativi pagamenti.	Provvedere ad integrare il software gestionale dei pagamenti al fine di consentire la piena riconciliazione degli stessi Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica. La non corretta riconciliazione per la contabilizzazione in bilancio degli introiti transitanti dal C/C postale aziendale, rappresenta una criticità che occorre affrontare, mediante una più attiva concertazione tra il Servizio auditato ed il S.E.F.P. per una più corretta gestione degli introiti di che trattasi nell'ottica dei P.A.C.. e poterne avere una precisa individuazione ed un costante monitoraggio.	SI	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				SI	SI
AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
F1	F1.11	<p>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:</p> <p>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.);</p> <p>b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.)</p> <p>c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate;</p> <p>d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"</p>	U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione	11/04/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	<p>Il disegno della procedura risulta ben dettagliata ed esplicita chiaramente le varie fasi relative alla gestione dell'attività in questione, oltre a contenere una precisa matrice di responsabilità. E' stata anche effettuata una mappatura completa delle diverse tipologie di prestazioni erogabili elencate in un apposito tariffario. Tale tariffario, però, non è, in atto, codificato nell'apposito gestionale informatico dei ricavi e proventi, così come previsto nella citata procedura. Tale carenza non consente agli utenti di pagare presso le casse interne dell'A.S.P. ma solo mediante versamento su uno specifico c/c postale aziendale dedicato. Tale modalità di pagamento rende complessa la riconciliazione tra prestazioni ed i relativi pagamenti anche in ragione della frequente indeterminazione della causale del versamento apposta sul bollettino di pagamento.</p>	SI	SI		
F1	<p>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."</p>	Medio						X						SI
AREA CREDITI E RICAVI - U.O.C. Servizio Igiene degli Ambienti di Vita														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
F1	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8: "Adozione di una procedura di erogazione ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) l'individuazione dei Dipartimenti e uffici che erogano prestazioni a pagamento (es. Area di igiene e sanità pubblica, Area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro ecc.); b) la mappatura e analisi delle attività erogate a pagamento (ad es. Prestazioni di Medicina del Lavoro, Prestazioni di Medicina Legale, visite fiscali ecc.) c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali"	U.O.C. Servizio Igiene degli Ambienti di Vita	10/09/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	La procedura interna non è stata adottata formalmente, non ha avuto evidenza mediante la pubblicazione nella intranet aziendale, né è stata divulgata al personale della stessa struttura. Essa necessita di una profonda rivisitazione al fine di meglio precisare le tipologie di prestazioni erogate, quali sono le prestazioni assoggettate a fatturazione. La procedura dovrebbe precisare le modalità di produzione di un flusso informativo periodico riepilogativo che consenta di rilevare l'importo delle somme incassate, l'utente destinatario della prestazione e le modalità di pagamento con i relativi estremi, al fine di consentire al S.E.F.P. la corretta allocazione in bilancio degli introiti discendenti dalle attività espletate dalla struttura auditata.	Provvedere ad integrare il software gestionale dei pagamenti al fine di consentire la piena riconciliazione degli stessi Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica. La non corretta riconciliazione per la contabilizzazione in bilancio degli introiti transitanti dal C/C postale aziendale, rappresenta una criticità che occorre affrontare, mediante una più attiva concertazione tra il Servizio auditato ed il S.E.F.P. per una più corretta gestione degli introiti di che trattasi nell'ottica dei P.A.C.. e poterne avere una precisa individuazione ed un costante monitoraggio.	SI	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			SI	SI	
AREA CREDITI E RICAVI - U. O. C. Servizio Assistenza Specialistica, Riabilitativa, Protesica e C.U.P.														
F1	F1.11	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."	Riabilitativa, Protesica e C.U.P.	/2019	Intervista diretta al personale	Medio			X	Il disegno della procedura necessita di diverse modifiche sia relativamente alla descrizione delle varie fasi gestionali dell'attività in questione, che in merito ai diagrammi di flusso ed alle matrici di responsabilità che presentano diversi errori e/o discrasie e/o refusi. L'assenza di previsione di un report che renda possibile i controlli e la dichiarazione preventiva sull'impossibilità deve essere risolta mediante apposite produzioni di report e specifici controlli in assenza dei quali, come verificato operativamente, potrebbe verificarsi la mancata chiusura del ciclo prenotazione >>> pagamento >>> erogazione della prestazione che lascerebbe indeterminata la riconciliazione del relativo provento. La procedura, inoltre, presenta difficoltà gestionali con riferimento ai	A) Revisione della procedura concertata con il Servizio Economico Finanziario al fine di renderla compatibile con la più ampia procedura inerente l'Area F - crediti e ricavi. B) Eliminare la modalità di pagamento con c/c postale e far transitare gli incassi da casse interne o POS o Lottomatica. C) Occorre strutturare ed applicare una disciplina più cogente in ordine agli eventuali ammanchi al fine di definirli, ove possibile, già in sede di prelievo delle somme introitate presso le casse CUP da parte dei cassieri economici.	SI	SI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
			U. O. C. Servizio Assistenza Specialis	11/04	Verifica documentale - Intri	AI	Positivo Negativo Con riserva					
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.	U. O. C. Servizio Assistenza Specialis	11/04	Verifica documentale - Intri	AI	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%; background-color: green; height: 15px;"></div> <div style="width: 33%; background-color: red; height: 15px;"></div> <div style="width: 33%; background-color: yellow; height: 15px;"></div> </div>	pagamenti effettuati mediante versamento sul c/c postale aziendale. Verificati, inoltre, ammanchi presso la cassa del Poliambulatorio di Enna. Le discrasie, invero di importo modesto, risultano segnalate dal Cassiere stesso ed, altresì, rilevate nel corso dei controlli effettuati dal S.E.F.P.. L'ammanto però non risulta coperto e tali partite a credito rappresentano una criticità che occorre sanare.		SI	SI	
AREA CREDITI E RICAVI - U. O. C. Controllo di Gestione												
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 documentale - Intervista diretta al personale	Basso	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%; background-color: green; height: 15px; text-align: center;">X</div> <div style="width: 33%; background-color: red; height: 15px;"></div> <div style="width: 33%; background-color: yellow; height: 15px;"></div> </div>			SI	SI	
AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Provveditorato ed Economato												

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
I1	I1.1	<p>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.</p> <p>La procedura deve tra l'altro prevedere che:</p> <p>a) gli acquisti siano effettuati sulla base di appropriate autorizzazioni interne e, laddove richiesto, sulla base di apposite approvazioni regionali coerentemente, anche, ai budget assegnati</p> <p>b) siano chiaramente definiti i poteri di autorizzare ordinazioni ed i relativi limiti</p> <p>c) gli ordini di acquisto siano emessi sulla base di richieste scritte di approvvigionamento</p> <p>d) gli ordini di acquisto siano numerati in sequenza</p> <p>e) negli ordini di acquisto venga data chiara evidenza delle quantità ordinate, dei relativi prezzi, delle altre condizioni di acquisto</p> <p>f) gli ordini di acquisto siano regolarmente archiviati</p> <p>g) chi autorizza le ordinazioni è indipendente da chi richiede gli approvvigionamenti ecc....</p> <p>Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa</p>	U. O. C. Servizio Provveditorato ed Economato	07/06/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
I1	I1.2	Applicazione di una procedura che relativamente agli approvvigionamenti di beni e servizi disciplini tutte le fasi dalla determinazione dei fabbisogni al ricevimento dei beni o della prestazione del servizio.				Medio	X				SI	SI		
I1	I1.3	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				SI	SI		
I1	I1.4	Attivazione di report per il monitoraggio periodico degli "acquisti in economia" e procedure negoziate				Medio	X				SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
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 Provveditorato ed Economato	08/11/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Assistenza Specialistica, Riabilitativa, Protesica e CUP														
11	11.7	Verifica di 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) .."	U.O.C. Servizio Assistenza Specialistica, Riabilitativa, Protesica e CUP	24/07/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio		X	La U.O.C. auditata ha l'onere di monitorare le attività delle "commissioni per la verifica di congruità" che, nell'ambito di ciascun Distretto territoriale dell'Azienda, effettuano i controlli al fine di valutare la potenzialità erogativa teorica della struttura convenzionata e confrontarla con quella effettivamente resa nell'anno, la dotazione strumentale e di personale, la quantità di materiale di consumo utilizzato, ecc.. Le commissioni non sono state costituite in tutti i distretti territoriali aziendali e le attività delle commissioni sono state limitate a verifiche una tantum e non annuale così come previsto dall'art. 4 del D.A. 12/09/2013 e dalla stessa procedura oggetto dell'audit.	Entro il 31/12/2019 costituzione delle commissioni mancanti e piena operatività dei controlli di pertinenza	SI	SI		

AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Salute Mentale

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
I1	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>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) ..</i> "	U.O.C. Salute Mentale	26/07/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Agira														
I1	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>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) ..</i> "	U.O.C. Distretto Territoriale - Agira	06/09/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio		X	L'U.O.C. ha costituito la commissione distrettuale "controlli di congruità" ma, in atto, tale commissione non ha effettuato accessi o sopralluoghi presso le strutture convenzionate, essendosi limitata ad effettuare le verifiche mediante analisi della documentazione inviata dalle medesime strutture. Non si ha contezza dei report relativi al confronto tra le prestazioni teoriche erogabili dalla struttura in rapporto a quelle effettivamente erogate.	Entro il 31/12/2019 effettuazione dei controlli di congruità con evidenza della relativa reportistica	SI	SI		
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Piazza Armerina														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Enna														
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>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) ..</i> "	U.O.C. Distretto Territoriale - Piazza Armerina	24/09/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	L'U.O.C. ha costituito la commissione distrettuale "controlli di congruità" ma la commissione ha effettuato le verifiche, che dovrebbero essere svolte almeno una volta all'anno, solo nell'anno 2016, mentre negli anni 2017 e 2018 non sono state effettuate.	Entro il 31/12/2019 effettuazione dei controlli di congruità con evidenza della relativa reportistica	SI	SI	
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>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) ..</i> "	U.O.C. Distretto Territoriale - Enna	11/10/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	L'U.O.C. non ha provveduto a costituire la commissione distrettuale per i "controlli di congruità" e, quindi, non ha mai effettuato le verifiche che dovrebbero essere svolte almeno una volta all'anno.	Entro il 31/12/2019 costituzione della commissione ed effettuazione dei controlli di congruità con evidenza della relativa reportistica	SI	SI	
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Distretto Territoriale di Nicosia														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 " <i>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) ..</i> "	U.O.C. Distretto Territoriale - Nicosia	23/10/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio		X	L'attività dell' "Ufficio controlli di merito" del distretto, cui è demandata la verifica sulla correttezza formale e sostanziale delle ricette trasmesse con i rendiconti mensili predisposti dalle strutture specialistiche ambulatoriali convenzionate con l'Azienda, non vengono effettuate dal mese di giugno 2019. L'U.O.C. ha costituito la commissione distrettuale "controlli di congruità" ma la commissione ha effettuato le verifiche, che dovrebbero essere svolte almeno una volta all'anno, solo negli anni 2015 e 2016, mentre negli anni 2017 e 2018 non sono state effettuate.	Entro il 31/12/2019 effettuazione dei controlli di congruità con evidenza della relativa reportistica	SI	SI		
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Economico Finanziario Patrimoniale														
12	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.	U.O.C. S. E. F. P.	20/09/2019	ntale - Intervista diretta al personale	Medio		X	La procedura necessita di una revisione complessiva che tenga conto della piena implementazione del c. d. "Fascicolo elettronico" per la gestione delle liquidazioni e pagamento delle fatture	Entro il 31/12/2019 revisione della procedura	SI	SI		
	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.						X						

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
	12.4	Adozione di controlli periodici e documentabili con riguardo in particolare a: riscontro tra i saldi dei conti individuali ed i saldi dei conti di riepilogo, 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.			Verifica docume				pagamento delle fatture.					
13	13.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 " Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti.."	U.O.C. S. E. F. P.	20/09/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			La procedura necessita di una revisione in relazione ai "controlli del ciclo passivo", per un più corretto e puntuale coordinamento con le attività di controllo previste in diverse altre fasi della complessiva procedura ed eliminare previsioni contrastanti e/o ridondanti nel processo.	Entro il 31/12/2019 revisione della procedura	SI	SI		
		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)...."						X						
14	14.6	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"	U.O.C. S. E. F. P.	18/10/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
		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"												
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.	U.O.C. S. E. F. P.	20/11/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio			La procedura va rivisitata nella parte relativa ai "controlli del ciclo passivo", al fine di coordinarlo con le attività di controllo già previste in diverse fasi della complessiva procedura ed eliminare la previsione di attività ridondanti in quanto già presenti nel processo.	Entro il 31/12/2019 revisione della procedura	SI	SI		
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e contabilità generale.						X						
18	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" .												

AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Anziani e Cure Domiciliari

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
AREA DEBITI E COSTI - U.O.C. Servizio Legale														
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 giuslavorista 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 documentale - Intervista diretta al personale	Medio			X	La procedura necessita di una revisione al fine di specificare più in dettaglio le attività di pertinenza del Servizio. Inoltre, la procedura non definisce le attività inerenti il conferimento e la successiva contrattualizzazione e/o convenzionamento dei medici in quanto queste sono riportate in regolamenti che non sono stati, però, implementati con la procedura P.A.C..	Entro il 31/12/2019 revisione della procedura	SI	SI	
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 accantonare a fondo rischi.	U.O.C. Servizio Legale	15/11/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Elevato			X	La procedura risulta priva degli allegati citati nella stessa e non contiene gli indirizzi operativi da utilizzare nel processo di valutazione dei contenziosi. Le schede di rischio visionate non riportano il livello stimato di rischio potenziale del contenzioso, il consequenziale importo da inserire a fondo rischi e non sono sottoscritte. Esiste uno scarso coordinamento tra il Servizio Legale e la U.O.C. AA. GG. nella gestione del rischio discendente da contenziosi che dovrebbero rientrare tra quelli coperti con la c. d. "autoassicurazione" che comporta una concreta possibilità di duplicazione degli accantonamenti per il medesimo contenzioso.	Revisione della procedura ed avvio di un processo di maggiore coordinamento con i servizi interessati alla stima del "Fondo Rischi"	SI	SI	
15	15.7	Gestione di contenzioso derivante da cause del lavoro Applicazione di una procedura di gestione del contenzioso da personale dipendente e assimilato volta alla valutazione del rischio potenziale ai fini di una corretta appostazione di bilancio.				Medio								
AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Farmaceutico Territoriale														

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]		
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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
							Positivo	Negativo	Con riserva					
AREA DEBITI E COSTI - U. O. C. Servizio Farmaceutico Ospedaliero														
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 documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
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 documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE - U.O.C. Servizio Provveditorato ed Economato														
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"	U.O.C. Servizio Provveditorato ed Economato	05/12/2019	Verifica documentale - Intervista diretta al personale	Medio	X				SI	SI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ENNA

ALLEGATO 1 - nota prot. n. 805 del 07/01/2020

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DEGLI INTERNAL AUDIT - AGGIORNATA ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2019

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 (dimissionaria)

			[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[L]
			A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A. Positivo Negativo Con riserva	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 2019 approvato con delibera n. 204 del 25/02/2019 (SI /NO)	I) Attività di Audit realizzata nel 2019 come da Piano Annuale AUDIT 2019 (SI / NO)	L) Se NO - Indicare le ragioni per le quali non sono state effettuate le verifiche programmate nel Piano Annuale AUDIT 2019
Area	Azione	Descrizione										

Responsabile Internal Audit

Carmelo Giarrizzo