REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo

C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

Deliberazione n° 1916 del 27 NOV. 2018

DIREZIONE STRATEGICA

OGGETTO: RECEPIMENTO "REGOLAMENTO INTERNAL AUDIT"

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

☐ *favorevole*

☐ *non favorevole* (con motivazioni allegate al presente atto)

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

Data 27/11/2018

Firma _____

Il Direttore Amministrativo: Dott. Maurizio Di Giosia

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

☒ *favorevole*

☐ *non favorevole* (con motivazioni allegate al presente atto)

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

Data 27/11/2018

Firma _____

Il Direttore Sanitario: Dott.ssa Maria Mattucci

REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo

C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO che:

- l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Teramo è un'azienda con personalità giuridica pubblica con sede legale in Teramo, Circonvallazione Ragusa n.1, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- l'Azienda è dotata di autonomia nell'organizzazione dei servizi e nella gestione di tutti i fattori della produzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Regione Abruzzo;
- la ASL di Teramo agisce secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità nel rispetto dei vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, in funzione del pubblico interesse costituito dalla garanzia della tutela della salute della popolazione nell'ambito dei livelli di assistenza;
- Il D.Lgs. 118/2011 reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di Bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della Legge n. 42 del 5 maggio 2009 ed in particolare il Titolo II, recante "Principi generali e applicati per il settore sanitario";
- la DGR 124 del 2 Marzo 2018 reca l'Aggiornamento del percorso attuativo di Certificabilità (PAC), nonché i contenuti della Relazione di accompagnamento al PAC di cui all'Allegato B) del Decreto Ministeriale 1 marzo 2013, tenuto conto delle richieste del Tavolo di Monitoraggio Ministeriale;
- il D.Lgs. n. 286 del 30/06/1999 ha fornito disposizioni in tema di riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio dell'attività svolta dalle pubbliche amministrazioni, operando una completa revisione del sistema dei controlli interni;
- il D. Lgs n. 165/2001 ha disciplinato l'attività delle amministrazioni pubbliche, i rapporti tra direzione politica e dirigenza e lo stato giuridico del personale pubblico e che importanti modifiche sono avvenute per effetto del D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009, sulla disciplina del governo e dei sistemi di controllo nelle amministrazioni pubbliche;
- l'Art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012 (Rep. Atti n. 243 CSR) stabilisce che, per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dal richiamato art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012 dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, si applicano le disposizioni di cui all'Art. 79, comma 1 sexies, lettera c) del D.L. 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 133 del 6 agosto 2008;
- la Deliberazione n. 78 del 28.02.2017 recante le "Nuove Linee guida per la redazione degli Atti Aziendali", in particolare il punto 7 "Sistema di controlli interni", cita testualmente: "*Il sistema di controlli interni supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza, ne fanno parte il Controllo di Gestione e la funzione di Internal Audit*";

CONSIDERATO che il D.Lgs. n. 118 del 23/06/2011, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi.....", disciplina l'implementazione e la tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale, nonché l'obbligo di redazione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata e del bilancio sanitario consolidato regionale, al fine della realizzazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito anche PAC) da parte delle Aziende Sanitarie;

RICHIAMATO il Decreto del Ministro della Salute, che di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, reca disposizioni in materia di certificabilità dei Bilanci degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il DCA n. 9/2015 recante la "Riadozione Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) DM 17.09.2012. Adeguamento del DCA n. 35/2014 alle richieste del tavolo di monitoraggio Ministeriale", con cui si è provveduto a riadottare un nuovo PAC ed una nuova relazione in ottemperanza a quanto richiesto dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei LEA del 20 Novembre 2014;

ATTESO che il Decreto Commissariale n. 55/2016 "Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario regionale 2016-2018" prevede all'obiettivo 6 la Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR;

ATTESO che Il Decreto 17/09/2012 del Ministero della Salute prevede che gli enti del SSN devono garantire, sotto la propria responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci nel rispetto del PAC, nei modi e ai tempi previsti dal medesimo decreto;

CONSIDERATO che l'attività di Internal Audit è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Azienda e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutare i processi e che il suo obiettivo è fornire un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità, in coerenza con gli obiettivi istituzionali;

RILEVATO che Il "REGOLAMENTO INTERNAL AUDIT", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ha lo scopo di definire le competenze della funzione di Internal Auditing (IA) e di stabilire principi, regole e responsabilità per la concreta applicazione delle relative attività;

ATTESO che, la funzione di Internal Audit, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementa misure idonee per ridurli;

PRECISATO che la funzione di Internal Auditing afferisce alla Direzione Generale ed in particolare assiste la Direzione Generale nel valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda;

DI DARE ATTO che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio dell'Azienda;

VISTO il D.Lvo 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i.;

VISTO il D.Lvo 30 luglio 1999, n. 286 e s.m.i.;

PROPONE

per le motivazioni espresse in narrativa e che s' intendono integralmente riportate di:

1. ***APPROVARE*** Il "REGOLAMENTO INTERNAL AUDIT", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. ***INSERIRE*** il Regolamento di cui sopra, nell'Area Intranet del Sito Aziendale nella sezione "Regolamenti";

3. **TRASMETTERE** il presente Atto al Direttore del Dipartimento per la Salute ed il Welfare ed al competente Servizio Regionale;

4. **RENDERE** il presente atto immediatamente esecutivo, onde permettere la tempestiva predisposizione dei successivi livelli di progettazione;

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che il il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, è nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso formalmente parere favorevole

DELIBERA

- di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Roberto Fagnano

AUSL 4
TERAMO

REGOLAMENTO INTERNAL AUDIT

INDICE DEL DOCUMENTO

PREMESSA

Il presente Manuale ha lo scopo di definire le competenze della funzione di Internal Auditing (IA) e di stabilire principi, regole e responsabilità per la concreta applicazione delle relative attività.

Gli scopi principali che si intende perseguire attraverso il Manuale sono i seguenti:

- definire la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e nella predisposizione ed implementazione dei relativi controlli;
- armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative nonché gli output dell'attività di Auditing della Asl di Teramo;
- definire le fasi e delle tempistiche del processo di audit;

Il contenuto del manuale e dei suoi allegati potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing. Le revisioni del manuale dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del manuale stesso.

ART. 1 DEFINIZIONE INTERNAL AUDITING

L'*Internal Auditing* secondo la definizione fornita dall'Associazione Italiana *Internal Auditors* (A.I.I.A.), è "*un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance*".

L'attività di *Internal Auditing* è regolata a livello internazionale dai relativi **Standard** professionali emanati dall'I.I.A. (*Institute of Internal Auditors*) che ha redatto un **Codice Etico** con i **Principi** e le **Regole di condotta** (**Integrità**, **Obiettività**, **Riservatezza**, **Competenza**) cui gli auditor devono conformarsi.

Gli obiettivi strategici della Funzione di I.A. consistono nel verificare la funzionalità del sistema di controllo interno, che mira a migliorare l'efficacia/efficienza dell'attività di controllo, razionalizzandola in funzione dei rischi, individuare i punti di debolezza dei processi aziendali, ridurre gli impatti economici dei rischi e validare modelli interni.

ART. 2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.241/1990 "*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*";
- D.lgs.29/1993 "*Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni Pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art.2 della L. 23 ottobre 1992, n.421*";
- L.20/1994 "*Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti*";
- Decreti Legislativi 286/1999 "*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art.11 della L.15 marzo 1997, n.59*";
- D.lgs.150/2009 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";

- D.lgs.123/2011 "*Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*";
- D.lgs.90/2014 "*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari*";
- DPR 150/2016 "*Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni*";
- DCA 9/2015 "*Riadozione Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) D.M. 17/09/2012, adeguamento del Decreto Commissariale n.35 del 2014 del 21/03/2014 alle richieste del Tavolo di Monitoraggio Ministeriale*";
- DGR 124/2018 "*Aggiornamento Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) – D.M. 1 marzo 2013. Rimodulazione del Decreto Commissariale n.09/2015 del 11/02/2015*".

FUNZIONE INTERNAL AUDIT - ORGANIZZAZIONE , RUOLI, COMPITI E RESPONSABILITA'

ART. 3 LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT

L'attività di I.A. è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'azienda, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto alla Direzione aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).
Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di *governance*.

L'*Internal Audit* assiste la Direzione nel valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda e nell'implementare le opportune azioni correttive, nell'ottica di mitigare i rischi afferenti le attività della gestione aziendale.

La funzione di IA svolge un controllo di terzo livello focalizzandosi sulle attività di verifica (anche definite come controlli di secondo livello) poste in essere da altre funzioni aziendali quali il Controllo di Gestione, il *Risk management* e la Direzione; inoltre, ha il compito di supervisionare i controlli di primo livello attuati dai referenti responsabili dei vari processi aziendali, ad ogni livello di operatività dell'azienda.

La funzione di IA definisce i principi, le procedure e gli strumenti di lavoro utili per svolgere la propria funzione in relazione al raggiungimento degli obiettivi periodicamente prefissati. Gli scopi principali che guidano il lavoro dell'IA sono rappresentati dalla definizione di adeguati metodi per assistere i Direttori ed i Dirigenti chiave nell'identificazione e nel monitoraggio dei rischi, nell'elaborazione di pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare tali rischi, ed infine nella omogeneizzazione e standardizzazione delle differenti fasi e modalità operative svolte all'interno delle varie funzioni aziendali, con l'intento di poter conseguentemente stabilire adeguate tempistiche di programmazione dei processi di Audit.

L'ufficio Internal Audit deve dotarsi di una struttura adeguata alla dimensione e complessità dell'Azienda, risultando ad ogni modo imprescindibile la presenza di personale dedicato.

Al fine di svolgere adeguatamente le proprie attività, il responsabile di funzione si avvarrà della collaborazione del Team di supporto aziendale, della Direzione Strategica, Strutture e Servizi dell'azienda interessati all'attività di Audit.

ART. 4 IL RUOLO DELL'INTERNAL AUDIT

L' Internal Audit, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementa misure idonee per ridurli.

Le funzioni dell'*Internal Auditing* possono essere così riassunte:

- Svolge un'attività di verifica indipendente operante all'interno dell'Azienda, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali.

- Ha come obiettivo quello di fornire un supporto alla Direzione, per un costante miglioramento della gestione aziendale, e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.
- Adotta la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto.
- Assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la risposta ai requisiti minimi definiti dalle normative.
- Verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi ed implementa misure idonee per ridurli.
- Rappresenta un'attività esclusiva ed indipendente, pertanto la relativa funzione aziendale, per svolgere il proprio compito in modo obiettivo, dovrà godere della necessaria autonomia, libera da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti d'interesse individuali, limitazione del campo d'azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di indipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verifica o difficoltà analoghe.
- Laddove il responsabile *Internal auditing* abbia, o si prevede abbia, ruoli e/o responsabilità che esulano dall'*Internal auditing*, devono essere poste in essere opportune misure di tutela atte a limitare i condizionamenti all'indipendenza o all'obiettività. Le misure di tutela sono quelle attività di supervisione, spesso intraprese dalla Direzione, atte a indirizzare questi potenziali condizionamenti, e possono comprendere attività come la valutazione periodica delle linee di riporto e delle responsabilità e lo sviluppo di processi alternativi per ottenere l'*assurance* sulle aree di responsabilità addizionali.
- Deve essere assegnata ad un Dirigente/Funzionario con adeguate competenze (in materia di *Internal audit*, indicatori di frode, sistemi di prevenzione della corruzione, sistemi informativi aziendali), posizionato nell'organizzazione in staff alla Direttore Generale, e solo a quest'ultimo dovrà relazionare e rispondere per le proprie attività.

L'attività di controllo svolta dall' IA, si articola in tre fasi:

- Analisi e valutazione dei rischi;
- Pianificazione delle verifiche;
- Verifica (cd Audit) e *follow-up*.

Le verifiche possono consistere in:

- **Verifiche sul campo**, che consistono in verifiche presso specifiche strutture alla presenza del referente aziendale responsabile della struttura e del responsabile del processo (se individuato), nonché degli operatori coinvolti nelle diverse fasi e attività del processo;
- **Verifiche documentali,** che consistono nell'analisi di documenti e/o dati forniti dalle strutture interessate.

Alle verifiche pianificate possono aggiungersi, qualora l'IA ritenga necessario un approfondimento o un'ispezione mirata, verifiche straordinarie

ART. 5 I PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA DELL'INTERNAL AUDIT

Il Codice Etico elaborato dall'*Institute of Internal Auditors* contiene le linee guida fondamentali per lo svolgimento delle attività da parte di ogni referente aziendale coinvolto nelle attività di IA, allo scopo di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione, attenendosi ai seguenti principi:

- L'**integrità** dell'*internal auditor* permette lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.
- **Obiettività** nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il processo in esame, l'*internal auditor* deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale. L'*internal auditor* deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.
- **Riservatezza** nel rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, salvo che lo impongano motivi di ordine legale o deontologico.

- **Competenza** nell'esercizio dei propri servizi professionali, utilizzando il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

L'Internal Audit deve necessariamente essere caratterizzato da indipendenza, terzietà ed autonomia per svolgere il suo compito in modo obiettivo, e scevro da condizionamenti esterni. Per tali motivi la funzione di Internal Audit è prevista in staff alla Direzione Generale e solo a quest'ultima dovrà relazionare e rispondere delle attività svolte. Deve essere assegnata ad un Dirigente/Funzionario con adeguate competenze in materia di Internal Audit, sistemi di prevenzione della corruzione e sistemi informativi aziendali. Laddove il responsabile dell'Internal Audit abbia ruoli e/o responsabilità che esulano dall'Internal auditing, devono essere poste in essere opportune misure di tutela atte a limitare i condizionamenti all'indipendenza o all'obiettività; esse comprendono attività come la valutazione periodica delle linee di riporto e delle responsabilità e lo sviluppo di processi alternativi per ottenere l'*assurance* sulle aree di responsabilità addizionali.

Qualora dovessero presentarsi circostanze/situazioni tali da ledere o limitare l'indipendenza o l'obiettività del Responsabile della Funzione o del team di Audit, il Responsabile o chiunque altro ne venga a conoscenza, è tenuto a comunicarlo tempestivamente e comunque non oltre 48 ore dalla notizia, al Direttore Generale attraverso apposita lettera scritta e firmata dalla quale emergano chiaramente le situazioni e le circostanze di cui sopra. In tal caso il Direttore Generale, dopo le opportune verifiche e sentito il Responsabile della Funzione, adotterà le azioni ritenute opportune al fine di ristabilire la necessaria imparzialità e terzietà della Funzione.

È fatto divieto al Responsabile della Funzione di Internal Audit effettuare valutazioni ed attività di controllo sui processi dei quali sia stato in precedenza responsabile. In quest'ultimo caso il Direttore generale è tenuto a nominare, limitatamente a tali aree, un sostituto. In virtù dell'attività che è chiamato a svolgere, il Responsabile della Funzione, deve essere necessariamente dotato di un gruppo di risorse ritenute opportune per adempiere al suo mandato.

Il Responsabile deve:

- Confermare alla Direzione, una volta all'anno, in concomitanza con l'approvazione del piano di audit, lo stato d'indipendenza organizzativa dell'attività di Internal Audit;
- Applicare la diligenza e la capacità che ci si attende da un Internal Auditor, ragionevolmente prudente e competente;
- Coadiuvare la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- Pianificare e redigere il Piano di Audit entro il 31 Dicembre di ogni anno in concomitanza alla Programmazione di Budget;
- Coordinare le attività programmate all'interno del Piano di Audit adottato;
- Redigere i rapporti finali di audit che dovranno essere approvati dalla Direzione Strategica;
- Predisporre il Piano di follow-up e re-audit;
- Partecipare con il team a specifici corsi di formazione.

Il Team di Audit deve:

- Partecipare fattivamente alla redazione del Piano di Audit;
- Svolgere le attività che gli vengono delegate dal Responsabile tra cui raccogliere, ordinare ed archiviare tutta la documentazione e le evidenze necessarie ad effettuare gli audit;
- Redigere i verbali di audit con la supervisione del Responsabile
- Aggiornare le tavole di *follow up* al termine di ciascun intervento di audit;
- Collaborare alla manutenzione periodica del Regolamento;
- Partecipare con il Responsabile agli specifici corsi di formazione e/o aggiornamento.

La Direzione Strategica deve:

- Approvare con delibera del Direttore Generale il presente Mandato di Audit;
- Approvare entro il mese successivo a quello di redazione, il Piano di Audit basato sulla valutazione dei rischi;
- Fornire al Responsabile Internal Audit, in base a specifiche e motivate esigenze di controllo e monitoraggio di aree strategiche, indicazioni in merito al contenuto del Piano di Audit;

- Approvare annualmente il budget ed il piano delle risorse dell'attività di Internal Audit;
- Ricevere la comunicazione, tramite l'invio del verbale di audit da parte del Responsabile della Funzione di Internal Audit, in merito ai risultati dell'attività svolta;
- Nominare e revocare il Responsabile della Funzione di Internal Audit;
- Definire il sistema di misurazione delle performance del Responsabile della Funzione di Internal Audit;

Il Responsabile ed il team di Audit devono essere soggetti a:

- **Verifiche interne**: attraverso un sistema atto al monitoraggio continuo delle attività degli IA, da parte della Direzione Strategica;
- **Verifiche esterne**: effettuate periodicamente da parte della Regione al fine di assicurare adeguato coordinamento delle attività di Internal Audit nelle Aziende.

L'Internal Audit è autorizzato all'accesso ai dati, alle persone e ai beni aziendali che risultano necessari per lo svolgimento degli incarichi. L'ambito di copertura delle attività svolte dall'Internal Audit riguarda tutti gli aspetti, i processi, le procedure, le attività ed i comportamenti che abbiano effetti riflessi o diretti sul bilancio aziendale.

IL CICLO DI *AUDIT* E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

ART. 6 RISK ASSESSMENT

Il *Risk Assessment* è il processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, con periodicità almeno annuale ed in accordo con la Direzione Strategica, svolto dalla funzione di Internal audit che individua le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione Generale. Il *Risk Assessment* rappresenta l'attività preliminare alla formazione dei piani annuali di audit.

ART. 7 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

ART. 7.1 IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI

L'attività di IA deve valutare l'efficacia dei processi di gestione del rischio e contribuire al loro continuo miglioramento. In particolare l'IA deve valutare:

- che gli obiettivi aziendali siano coerenti con la *mission* dell'organizzazione
- che i rischi siano identificabili e valutabili
- che vengano individuate opportune azioni di risposta ai rischi, al fine di ricondurli entro i limiti di accettabilità dell'organizzazione
- che le informazioni relative ai rischi vengano raccolte e diffuse tempestivamente

La funzione di Internal Audit procede alla definizione dell'elenco dei rischi principali con la relativa valutazione. Generalmente la valutazione dei rischi è effettuata al "lordo" del controllo ovvero si valuta il rischio inerente e, quindi, non si tiene conto dell'effetto del controllo di linea realizzato dal responsabile di processo per presidiare quel rischio e ridurne gli impatti negativi sul raggiungimento degli obiettivi.
Nell'ambito della propria azione l'Internal Audit si troverà ad analizzare le seguenti macro tipologie di rischio:

Tipologia di rischio	Descrizione
Rischi Strategici	Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna.
Rischi di Processo	Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell'Azienda, che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia, di salvaguardia del patrimonio e di conformità normativa.
Rischi di informativa	Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni e verso l'esterno, che possono impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative.
Rischi di *Compliance*	Rischi derivanti dalla applicazione della normativa di riferimento e/o procedure in termini di errata applicazione o di mancata conoscenza delle stesse, che, ove emergenti, pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.

La funzione di Internal Audit analizza e condivide con la Direzione Generale il "catalogo dei rischi" applicabili all'Azienda.

ART. 7.2 METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

La funzione Internal Audit adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità e di impatto.

Le componenti di rischio possono essere di due tipi:

- **rischio intrinseco**: eventualità che un processo aziendale sia viziato da errore, indipendentemente da qualsiasi controllo ad essa riferito;
- **rischio di controllo:** eventualità che una carenza in un processo aziendale non sia prevenuta, o individuata e corretta in modo tempestivo, dal sistema di controllo interno messo in atto dall'ente.

L'individuazione dei rischi significativi deve avvenire, quindi, mediante un processo che si sviluppa in due momenti: **nel primo**, è effettuata la **valutazione del rischio intrinseco**, nel **secondo** si analizza il **rischio di controllo**; al termine, sarà possibile individuare il rischio di errore complessivo in base al quale pianificare le attività di Audit successive.

Nella fase di valutazione del rischio intrinseco, la funzione Internal Audit deve svolgere alcune considerazioni sui rischi che ha identificato. Le domande a cui rispondere sono:

1. Qual è la probabilità che un errore si verifichi in conseguenza del rischio?
2. Quale sarebbe il suo impatto (effetto monetario) se il rischio si verificasse?

La probabilità permette alla funzione di Internal Audit di stimare la possibilità che un errore si manifesti in conseguenza di un rischio identificato. L'impatto consente, invece, di determinare l'effetto monetario che si genererebbe se il rischio si manifestasse.

La valutazione deve essere effettuata secondo la scala di valutazione di seguito riportata:

A – Alto

M – Medio

B - Basso

Le valutazioni dovranno essere effettuate tenendo in considerazione la combinazione dei due seguenti fattori:

- Probabilità di accadimento: possibilità che un evento si verifichi.
  - **Alto**: è presumibile che l'evento di manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
  - **Basso**: la probabilità di accadimento dell'evento è considerata quasi remota

- Impatto: effetto derivante dal verificarsi dell'evento in termini di maggiori spese o altri effetti non previsti a carico del bilancio regionale (impatti finanziari) o in termini di deviazioni dal corretto procedimento amministrativo (impatto da non conformità senza ricadute finanziarie) o, ancora in termini di difficoltà operative, ritardi e/o anomalie nello svolgimento dell'attività e nell'erogazione dei servizi.
  - **Alto**: gli effetti derivanti dal verificarsi dell'evento sono altamente negativi
  - **Basso**: gli effetti derivanti dal verificarsi dell'evento hanno una bassa incidenza negativa

La valutazione complessiva del rischio in termini di probabilità e impatto viene effettuata utilizzando la seguente matrice:

		IMPATTO	
		Alto	*Basso*
PROBABILITA'	*Alto*	Alto	Moderato
	Basso	Moderato	Basso

Nel caso in cui probabilità e impatto siano entrambi di livello "Alto", la valutazione combinata sarà sicuramente anch'essa di livello "Alto". Nel caso in cui probabilità e impatto siano entrambi di livello "Basso", la valutazione combinata sarà sicuramente anch'essa di livello "Basso".

Rischio di controllo	
A (Alto)	B (Basso)
Affidamento sui controlli basso	Affidamento sui controlli alto

Dopo aver valutato il rischio intrinseco e il rischio di controllo, mediante procedure separate e differenziate, la funzione di Internal Audit è tenuta a riesaminare i risultati ottenuti in queste due fasi per poter sintetizzare e valutare i rischi di errori significativi a livello di bilancio e a livello di asserzioni per classi di operazioni, saldi contabili e informativa.

I rischi identificati in questa fase rappresentano il punto di partenza per la successiva determinazione delle procedure di revisione da predisporre al fine di rispondere ai rischi individuati.

		Rischio di controllo	
		Affidamento sui controlli	Nessun affidamento sui controlli
Rischio inerente	Basso	Minimale	Basso
	Medio	Basso	Moderato
	Alto	Moderato	Elevato
		Rischio complessivo	

La matrice riporta le possibili valutazioni effettuate in riferimento al rischio inerente, distinguendo tra casi in cui il rischio di controllo sia considerato basso oppure alto, fornendo quattro possibili risultati del livello del rischio complessivo.

- **Minimale**: è possibile svolgere esclusivamente procedure di analisi comparativa in qualità di procedure di validità o ridurre la quantità delle procedure di validità mediante l'esecuzione di procedure di conformità.
- **Basso:** i test di conformità evidenziano un rischio di controllo basso a fronte di un rischio intrinseco moderato, oppure non si può fare affidamento sui controlli ma il rischio inerente è valutato come basso; tale situazione richiede l'esecuzione di verifiche di dettaglio o una combinazione di verifiche di dettaglio e procedure di analisi comparativa.
- **Moderato**: non è possibile fare affidamento esclusivo sulle procedure di analisi comparativa ma è necessario pianificare procedure di validità costituite da verifiche di dettaglio o da una combinazione di verifiche di dettaglio e di analisi comparativa.
- **Elevato**: in queste circostanze, è necessario pianificare procedure di validità caratterizzate da sole verifiche di dettaglio o da una combinazione di verifiche di dettaglio e procedure di analisi comparativa; le procedure di validità dovranno essere più estese e mirate.

Per condividere l'analisi preliminare dei rischi con le Direzioni e le UO che gestiscono le attività, potranno essere organizzate delle riunioni per la valutazione dei rischi *(risk assessment)* per raccogliere la valutazione dei Responsabili relativamente ai rischi delle operazioni.

L'attività di valutazione dei rischi è articolata nelle seguenti fasi:

1. Individuazione dei componenti del *focus group;*
2. Presentazione del progetto di *control risk self assessment*;
3. Discussione per l'identificazione e la misurazione dei rischi potenziali e residui.

ART. 7.3 IDENTIFICAZIONE DEI CONTROLLI OPERATIVI E LORO VALUTAZIONE

Prima di definire il piano di Audit e completare l'iter previsto del *Risk Assessment* la funzione Internal audit deve valutare i controlli esistenti a presidio dei rischi inerenti identificati. La valutazione delle attività di controllo esistenti a presidio dei rischi devono anche tenere conto delle propensioni al rischio dei referenti. La valutazione è espressa in termini di assorbimento del rischio inerente ossia quanto l'attività/azioni di controllo in essere e la propensione al rischio riescono a mitigare/coprire i rischi stessi.

VALUTAZIONE DEL CONTROLLO ESISTENTE			
RATING	**CONTROLLO**	**RISCHIO RESIDUO**	**DESCRIZIONE**
1	Adeguato	10%	Attività di controllo efficiente e adeguata (% di assorbimento del rischio 90%)
2	Parzialmente Adeguato	30%	Attività di controllo efficiente ma ottimizzabile (% di assorbimento del rischio 70%)
3	Debole	60%	Attività di controllo non sufficiente (% di assorbimento del rischio 40%)
4	Critico	80%	Attività di controllo non efficace (% di assorbimento del rischio 20%)
5	Non adeguato	100%	Attività di controllo inesistente (% di assorbimento del rischio 0%)

La tabella che segue sintetizza la fase finale di valutazione del rischio inerente dopo la valutazione dei controlli. Il rischio residuo è calcolato attraverso la media delle valutazioni ponderate dei rischi inerenti con i relativi controlli esistenti che mitigano (assorbono) il rischio. Nella valutazione del rischio è considerata anche la percezione dello stesso (propensione al rischio) definita per ciascun *owner* di processo individuato.

MISURAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO INERENTE RESIDUO		
RATING	**RISCHIO INERENTE**	**DESCRIZIONE**
0 ≤ 1,5	Remoto	Rischio residuo trascurabile grazie ad un sistema di controllo efficace e a una irrilevante percezione dello stesso
1,51 ≤ 5	Basso	Rischio residuo esiguo grazie alle attività di controllo poste in essere. La percezione del rischio è irrilevante
5,01 ≤ 11	Medio	Rischio residuo meritevole di considerazione e percepito come un pericolo per il business. Le attività di controllo non riescono a ridurne l'impatto
11,01 ≤ 18,99	Alto	Rischio residuo elevato e percepito in modo significativo e per il quale le attività di controllo non risultano essere sufficienti
≥19	Elevato (Significativo)	Rischio residuo massimo percepito come una minaccia per il business e per il quale le attività di controllo risultano essere insufficienti

ART. 8 PIANO DI AUDIT

ART. 8.1 DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI AUDIT SULLA BASE RISK SCORING

La funzione IA opera sulla base delle risorse di cui dispone, con la finalità di presidiare i rischi elevati, ovvero quei rischi che rappresentano una minaccia al raggiungimento degli obiettivi. Con specifico riferimento ai PAC, verranno presidiate le attività ed i processi che presentano dapprima i rischi elevanti, poi quelli alti, medi e così via, sempre nel rispetto delle esigenze di tempo e risorse disponibili.

Le risultanze di *Risk Assessment* confluiranno nell'elaborazione del piano di Audit. Le stesse verranno condivise con la Direzione Generale che le approva prima del piano di audit.

Le tipologie di intervento dell'*Internal Auditing* sono sviluppate in base a tre principali direttive:

- Audit di conformità, che tratta l'analisi della conformità dei comportamenti con le procedure e prassi interne con quanto richiesto dal legislatore;
- Audit Operativo, che rispecchia il monitoraggio del rispetto degli obiettivi aziendali a livello di processo, valutando l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli previsti;
- Controlli Periodici, che si estrinsecano negli interventi periodici su specifiche aree aziendali utili per la verifica dell'effettiva attuazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi.

ART. 8.2 PREDISPOSIZIONE E CONDIVISIONE DEL PIANO DI AUDIT

Il Piano Internal Audit viene approvato, entro il **31 Dicembre** dell'anno precedente rispetto all'anno di riferimento, con provvedimento del Direttore Generale. Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni: eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

Il Piano Internal Audit viene proposto dal Responsabile Internal Audit, con l'ausilio del Team di Audit. Esso individua l'ambito dell'audit, le modalità di verifica, l'area/struttura coinvolta, i tempi di svolgimento, senza escludere la possibilità di ulteriori verifiche per esigenze particolari. Il Piano prevede anche le risorse da destinare alle attività comprese al suo interno, in termini quantitativi e di competenza.

La fase di pianificazione rappresenta la risposta ai rischi identificati nella fase del "*Risk Assessment*". Il piano di Audit viene quindi strutturato nella fase di pianificazione, dove si analizza l'insieme delle possibili alternative di attività di audit realizzabili. Esistono, infatti, vari raggruppamenti di attività operative aziendali che si prestano a divenire oggetto delle attività di verifica, e per questo sono denominati "oggetti di Audit". A titolo di esempio, le verifiche di Audit possono essere indirizzate sui seguenti oggetti:

- verifica della funzionalità operativa dei processi aziendali e relative prassi applicate dalla diverse funzioni aziendali;
- verifica di particolari progetti e commesse (sia interne che esterne) che richiedono un intervento specifico di Audit interno;
- verifica della struttura organizzativa aziendale e relativa funzionalità;
- verifica su particolari saldi di bilancio che possano rappresentare un rischio per la Direzione Generale.

Il Piano di Audit consente di identificare gli obiettivi di audit a livello di ciclo aziendale e di definire la portata dell'intervento, ovvero di identificare la natura, l'estensione e la tempistica delle procedure riferite agli obiettivi di verifica, al fine di svolgere il lavoro in maniera efficace ed efficiente.
L'azione dell'Internal audit sarà, quindi, improntata alla raccolta delle evidenze documentali che consentano di mostrare che gli obiettivi dei controlli implementati siano raggiunti.

Gli audit previsti nel Piano di audit vengono formalmente notificati alle UU.OO. interessate unitamente al Programma di Audit, che include:

- data verifica;
- sede di verifica;
- attività/area/funzione coinvolta;
- scopo della verifica;
- gruppo di audit;
- tempi presunti di svolgimento;
- documentazione di interesse.

ART. 9 INTERVENTI DI AUDIT

ART. 9.1 RIUNIONE DI APERTURA

L'obiettivo della riunione di apertura dell'incontro di Audit è quello di chiarire alla struttura sottoposta a verifica lo scopo e l'ambito dell'audit nonché le metodologie che saranno seguite nella sua conduzione. Nel corso di tale riunione si definiscono le fasi operative del lavoro sul campo.

All'incontro partecipa il responsabile della struttura sottoposta a verifica, i collaboratori dallo stesso individuati ed il Team I.A. Una sintesi degli argomenti discussi e delle conclusioni raggiunte nella riunione di apertura viene formalizzata dal Lead Auditor in un verbale della riunione.

ART. 9.2 SVOLGIMENTO INTERVENTO DI AUDIT

La fase di conduzione dell'incontro di Audit è quella in cui il team I.A analizza la normativa, le regole di funzionamento del processo, le procedure esistenti, l'organizzazione dell'attività, le risorse impegnate e qualsiasi ulteriore informazione che possa essere utile all'espletamento dell'audit.

Gli ulteriori strumenti di valutazione utilizzati dal team di I.A, anche in combinazione tra di loro, possono essere:

- Interviste: il Responsabile della struttura sottoposta a revisione può essere intervistato dal team di I.A, anche con il supporto di una *check-list* predefinita, quale ulteriore approfondimento delle conoscenze acquisite nel corso dello studio del processo e/o allo scopo di chiarire i punti dubbi;
- Work-shop: possono essere organizzati in forma collegiale, per raccogliere i punti di vista e confrontare le differenti posizioni dei responsabili e dei funzionari che partecipano al processo, nelle sue diverse fasi;
- Questionari a risposta aperta/chiusa: utili per richiedere informazioni sulle procedure e sul funzionamento delle diverse fasi del processo. Nel caso si scelga di somministrare questionari, però, occorre sempre avvisare il Responsabile della struttura sottoposta a revisione;
- Azioni di re-performance: tecnica utilizzata per testare l'efficacia della procedura di controllo; nel corso dell'audit viene "provata" e rifatta la procedura di controllo alla presenza degli operatori addetti per determinare se si perviene allo stesso risultato;
- Osservazione diretta: la tecnica è basata sull'osservazione delle fasi della procedura o dei processi oggetto di audit e consente di avere maggiore affidabilità delle evidenze di audit. È spesso utilizzata sui controlli automatici;
- Campionamento: si intende l'applicazione delle procedure di verifica a meno del 100% della popolazione, in modo da trarre una valida conclusione valutando le caratteristiche del campione esaminato. Il campionamento può essere casuale, mirato o sistematico.

ART. 9.3 STRUMENTI OPERATIVI DI INTERNAL AUDIT

Al fine di procedere alla formalizzazione del Piano di Audit, il team di I.A. deve svolgere specifici incontri con il Collegio Sindacale, il Responsabile anticorruzione, il Controllo di gestione e la Direzione Strategica per individuare strategie, obiettivi, e rischi aziendali. Tali interlocutori hanno il compito di fornire al team di audit informazioni e dati, basati sulle attività di relativa competenza, sulle eventuali criticità riscontrate e/o su eventuali aree strategiche che si intende presidiare.

L'attività dell'IA si fonda su una pertinente ed esaustiva analisi dei rischi aziendali e sui controlli di vario livello implementati dall'organizzazione, volti appunto a presidiare e mitigare tali rischi.

La corretta individuazione e valutazione dei rischi coinvolge sia aspetti disciplinati da apposite norme (Codice Civile, Codice Penale, legislazione giuslavoristica, Modelli Organizzativi, Regolamenti di enti preposti al controllo e al monitoraggio, ...), sia elementi più strettamente connessi all'attività operativa dell'azienda (regolamenti interni, procedure, linee guida, ...). A tal proposito, è quindi necessario che le risorse dedicate alla funzione di IA posseggano adeguate competenze settoriali (area di attività, legislazione applicabile) nonché tecniche (principi di audit interno, analisi per processi). Il personale assegnato all'U.O. *Internal Audit* deve formare un team multidisciplinare e deve obbligatoriamente possedere le stesse caratteristiche di indipendenza e terzietà richieste al Responsabile. Il responsabile della funzione di *Internal Audit* deve dotarsi di opportuna assistenza e consulenza se lui o i suoi collaboratori non possiedono le conoscenze, le capacità o le competenze necessarie per lo svolgimento di tutto o parte dell'incarico.

Sulla base delle procedure e dei processi attraverso cui si articola la gestione dell'organizzazione dell'azienda, il team di IA è chiamato a verificare la corretta implementazione ed efficacia dei relativi controlli, pervenendo ad una valutazione dei collegati rischi e delle connesse criticità. Il diverso grado di valutazione dei rischi aziendali influenza l'attività dell'IA in termini di frequenza ed estensione delle attività di verifica pianificate e poste in essere.

In seguito alla definizione del piano annuale di audit, l'*Internal Auditing* attiva le procedure preliminari con congruo anticipo rispetto alla data di inizio dell'intervento. L'incarico di audit si articola attraverso quattro fasi: programmazione operativa, analisi preliminare, esecuzione del lavoro, reporting e comunicazione dei risultati.

Nella prima fase vengono definiti gli obiettivi e le operazioni da seguire per ogni singolo intervento di audit. La programmazione è volta alla definizione di dettaglio degli obiettivi dell'intervento di audit, dei limiti temporali che vanno coperti dall'analisi, dei processi e delle procedure da esaminare e del calendario dei lavori con competenze e risorse.

Successivamente si procede all'analisi preliminare, attraverso la quale l'*Internal Audit* deve ottenere una comprensione chiara ed esaustiva delle attività chiave associate a ciascun processo, al fine di assicurare che tutti i rischi vengano adeguatamente identificati e valutati; in questa fase gli strumenti solitamente utilizzati, anche in combinazione tra loro, sono strumenti documentali, testimoniali ed analitici.

Nella fase operativa del lavoro, svolta a contatto con i vari referenti dell'azienda, si procede con l'acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire alle conclusioni relativamente all'efficacia dei controlli afferenti i diversi processi aziendali. Dal punto di vista pratico, si comincia con la predisposizione di un programma di verifica, che è il documento in cui si illustrano le operazioni che il gruppo di lavoro dovrà eseguire durante l'intervento; in questa fase si raccolgono ed analizzano le informazioni utili per prendere conoscenza dei processi da revisionare, con la finalità di pervenire all'identificazione dei rischi (interni ed esterni) nonché alla loro valutazione. Operativamente, l'IA procede tramite verifiche a campione e/o interviste ai vari livelli aziendali.

ART. 10 REPORTING E MONITORAGGIO AZIONI

ART. 10.1 REPORTING E PIANO AZIONI CORRETTIVE

Conclusa la fase di Audit, si procede alla predisposizione di un rapporto preliminare, che riassume le constatazioni formulate in fase di analisi del processo. Nell'incontro di chiusura vengono poi discusse tutte le constatazioni ed i rilievi emersi tramite l'attività del team di lavoro, che ne condivide gli elementi salienti con tutti i referenti dell'azienda; attraverso tale incontro si analizzeranno e discuteranno tutte le non conformità rilevate durante i lavori.

A seguito dell'incontro di chiusura viene redatto il rapporto finale che comprende:

Il Rapporto di Audit descrive lo scopo, l'ampiezza ed i risultati dell'audit, evidenzia i rilievi, le conclusioni e le raccomandazioni formulate a seguito del lavoro e riporta l'opinione del responsabile dell'audit sul sistema di gestione e controllo dell'azione/procedura.

Il Rapporto deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- la data dell'audit ed il periodo di tempo coperto dall'audit;
- l'identificazione dell'attività e del settore d'intervento sottoposti ad auditing;
- elenco dei partecipanti ai lavori;
- gli obiettivi ed i criteri rispetto ai quali è stato condotto l'audit;
- i documenti di riferimento per l'audit;
- l'esito dei test di funzionamento effettuati;
- i rischi rilevati e gli adeguamenti raccomandati;
- il Piano d'azione.

ART. 10.2 IL FOLLOW-UP AUDIT

Il follow-up è il processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'azione.

Spetta al Responsabile dell'Internal Auditing definire natura, grado di approfondimento e tempistica del follow-up, in funzione:

- della significatività dei rilievi riscontrati;
- dell'importanza delle conseguenze;

- del periodo di tempo richiesto.

Con la fase del *follow up*, vengono verificate le esecuzioni delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel rapporto finale. Con l'obiettivo di formalizzare adeguatamente le attività svolte e tenere traccia degli interventi correttivi apportati nel corso del tempo, per ogni intervento di audit viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata e tutti i documenti redatti.

A seconda della rilevanza delle eccezioni riscontrate:

- per le azioni di bassa priorità oppure da attuarsi in relazione al verificarsi di nuove iniziative, il follow-up potrà rientrare in un successivo incarico di audit sulla stessa area/materia;
- per le azioni di priorità media e alta, il follow-up deve essere programmato tempestivamente alla scadenza dei termini previsti nel Piano di Azione. In tale circostanza, l'attività di follow-up viene inclusa nel Piano Annuale di Audit.

ART. 10.3 ARCHIVIAZIONE ED EVENTUALE DENUNCIA DI DANNO ERARIALE

Per ciascun intervento di audit viene creato un fascicolo contenete tutte le evidenze atte a documentare l'attività di audit.

La Funzione Internal Audit conserva tutta la documentazione relativa all'attività di audit. Il materiale viene fascicolato e custodito all'interno di apposito armadio che consenta di mantenere la segretezza degli atti e in formato informatico facilmente consultabile e reperibile dal team di Internal Audit.

Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale) o venga acquisita notizia di un reato perseguibile penalmente, il Responsabile I.A., informerà per iscritto il Direttore Generale dell'obbligo di denuncia, che va redatta sulla base delle rilevazioni del Responsabile e del Team I.A. e deve contenere tutti gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione del danno.

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva.

I seguenti documenti, allegati alla presente, costituiscono parte integrante del Regolamento aziendale e verranno formalmente adottati in fase di recepimento del Regolamento stesso:

ALLEGATI

1. Lettera di notifica avvio audit
2. Piano di Audit
3. Verbale di Audit
4. Rapporto di Audit
5. Format Piano di Audit
6. Format Sintesi Rapporto di Audit

Asl Teramo

ALLEGATO 1:
LETTERA DI NOTIFICA AVVIO AUDIT

LETTERA DI NOTIFICA AVVIO AUDIT

Oggetto : Piano di Audit 20__ codice Audit __.__.__ Avvio attività di verifica _____

Nell'ambito delle attività programmate dal Piano di Audit 20__ (approvato con decreto del _____ 20__ n. ____), è prevista l'effettuazione di un intervento di audit sul processo di _____ .

L'obiettivo dell'intervento è quello di verificare la conformità del processo alla normativa di riferimento e la verifica dell'efficacia dei controlli.

Per l'esame di quanto sopra indicato si conferma l'incontro per _____ dalle _____ alle _____ per una durata di __ circa.

Durante l'incontro i lavori seguiranno il seguente programma:

- ✓ esposizione del programma di lavoro;
- ✓ esame dei controlli sul processo;
- ✓ .....
- ✓ ....

All'incontro parteciperanno:

_____.

_____.

_____.

Preliminarmente all'incontro si prega di far pervenire, entro 10 giorni dalla data della presente, alla scrivente la seguente documentazione:

1)

2)

3)

Durante l'incontro, si richiede inoltre, la presenza di vostri collaboratori al fine rendere disponibili i fascicoli relativi alle domande di cui si renda eventualmente necessario l'esame.

Cordiali saluti.

Asl Teramo

ALLEGATO 2: PIANO DI AUDIT

INDICE DEL DOCUMENTO

1 PREMESSE

L'Internal Audit risulta essere un attore chiave nella gestione dei rischi di natura amministrativo-contabile dell'Azienda, con l'obiettivo di consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei principali rischi nonché, al fine di garantire:

- la salvaguardia del patrimonio aziendale;

- la conformità a leggi e regolamenti;

- l'attendibilità delle informazioni;

- l'efficacia ed efficienza delle operazioni gestionali.

L'istituzione della funzione di Internal Audit all'interno dell'organizzazione delle aziende sanitarie è un obbligo normativo, previsto nel Percorso attuativo di certificabilità dei Bilanci (P.A.C.).
Il PAC della Regione Abruzzo così come risultante dalla DGR 5 marzo 2018, n.124 all'interno dell'azione A1.5 prevede espressamente: "L'Istituzione dell'unità operativa Internal Audit per la costruzione di un sistema di controllo periodico delle procedure e per effettuare verifiche sul sistema di controllo interno e definirne il livello di affidabilità".

Il Presente Piano di Audit, predisposto dal Responsabile della funzione di Internal Audit, definisce le azioni – procedure - processi che saranno oggetto di controllo durante l'anno, i Servizi Responsabili delle attività oggetto di verifica ed il cronoprogramma delle attività da svolgere.

2 RISULTANZE DEL RISK ASSESSMENT

Al fine di addivenire ad un efficace pianificazione dell'attività di audit, occorre procedere ad un'attività di RISK ASSESSMENT volta alla valutazione ed all'identificazione dei rischi a cui sono esposti i processi aziendali.
Nello specifico il Team di Audit procede a:

1) **valutare il rischio intrinseco**: ossia verificare qual'è la probabilità che il rischio si verifichi, qual'è l'impatto (monetario) se il rischio si verifica;
2) **valutare il rischio di controllo**: procedendo all'analisi del Sistema dei Controlli Interni sui singoli processi aziendali e all'individuazione dei controlli di primo livello sulle fasi in cui si articola ciascun processo

Dopo aver valutato il rischio intrinseco e il rischio di controllo, mediante procedure separate e differenziate, la funzione di Internal Audit è tenuta a riesaminare i risultati ottenuti in queste due fasi per poter sintetizzare e valutare i rischi di errori significativi a livello di bilancio e a livello di asserzioni per classi di operazioni, saldi contabili e informativa.
Al termine di tale fase è possibile giungere ad uno dei seguenti risultati del livello del rischio di errori significativi, così come ben esplicitati all'interno del Regolamento di Audit, ciò porta alla compilazione della seguente tabella

		Rischio di controllo	
		Affidamento sui controlli	Nessun affidamento sui controlli
Rischio inerente	Basso	Minimale	Basso
	Moderato	Basso	Moderato
	Alto	Moderato	Elevato
		Rischio complessivo	

L'Iter previsto dal Risk Assessment prevede poi la valutazione da parte dell'Internal Audit dei controlli esistenti a presidio dei rischi inerenti identificati. La valutazione delle attività di controllo esistenti a presidio dei rischi devono anche tenere conto delle propensioni al rischio dei referenti. La valutazione è espressa in termini di assorbimento del rischio inerente ossia quanto l'attività/azioni di controllo in essere e la propensione al rischio riescono a mitigare/coprire i rischi stessi.

Conclusa la fase di RISK ASSESSMENT si procede alla pianificazione delle attività di Audit con la finalità di presidiare i rischi risultati ELEVATI, ovvero quei rischi che rappresentano una minaccia al raggiungimento degli obiettivi. Verranno anche presidiate le attività ed i processi PAC che presentano dapprima i rischi elevanti, poi quelli alti, medi e così via, sempre nel rispetto delle esigenze di tempo e risorse disponibili.

Tali risultanze devono essere condivise ed approvate dalla Direzione Generale

3 PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' DI AUDIT

Di seguito la pianificazione degli Audit previsti per l'anno ____ ed il relativo Cronoprogramma delle relative attività

Rif. Audit	Obiettivo	Attività di Audit	UU.OO. coinvolte	Cronoprogramma
1/anno	Verifica operativa del processo previsto all'interno dell'azione E1.4 del PAC	Verifica dello svolgimento, trimestrale degli inventari fisici dei beni sanitari nei Magazzini Centrali e nei reparti	UOC Farmacia Ospedaliera – UU.OO che gestiscono beni a scorta	Mese 4 – Mese 5 Mese 10 – Mese 12

Pianificazione dell'Attività di Audit

GANTT PROGETTO

	Mese	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Attività di Audit anno xxxx													
1/anno	Verifica operativa del processo previsto all'interno dell'azione E1.4 del PAC relativamente all'applicazione della procedura operativa relativa all'effettuazione degli inventari fisici periodici di beni sanitari nei Magazzini Aziendali e nei reparti												

Cronoprogramma attività di Audit

Asl Teramo

ALLEGATO 3: VERBALE DI AUDIT

VERBALE DI AUDIT		
Ora e luogo	**Attività**	**Responsabile UU.OO. presente**
Ora: *Sede*:	**Risk assesment** - Comprensione dell'azienda e del contesto di riferimento - Analisi dei processi aziendali - Analisi del sistema di controllo interno - Valutazione del rischio intrinseco - Valutazione del rischio di controllo - Valutazione del rischio complessivo - Determinazione del campione da sottoporre a verifica	
Ora: *Sede*:	**Svolgimento della riunione di apertura** - Presentazione del programma di audit - Scopo, obiettivo ed estensione della verifica - Conferma piano di verifica e modalità operative - Individuazione dei referenti di interfaccia - Indicazione nominativa, da parte dei Responsabili degli interlocutori ed eventuali accompagnatori per le fasi successive - Conferma di disponibilità dei "mezzi" necessari alla verifica	

Ora: *Sede:*	**Verifica sul "campo"** Esame della documentazione, osservazioni sul campo ed incontri con gli operatori per rilevare l'effettiva applicazione e valutazione dei requisiti previsti da procedure, linee guida, norme, ecc…	
Ora: *Sede*:	**Riunione del Gruppo di Verifica** per la stesura del "Rapporto di Audit"	
Ora: *Sede*:	**Riunione di chiusura** - Presentazione rapporto e verbale di verifica - Definizione programma di monitoraggio sugli eventuali piani di miglioramento - Discussione	

AUSL 4
TERAMO

Asl Teramo

ALLEGATO 4: RAPPORTO DI AUDIT

INDICE DEL DOCUMENTO

1 EXECUTIVE SUMMARY

Tale sezione rappresenta una sintesi dei risultati dell'Audit da fornire alla Direzione Strategica per il monitoraggio e l'eventuale emanazione di Raccomandazioni, Richieste di chiarimenti o qualsiasi altra azione ritenuta necessaria al fine di ottemperare alle indicazioni fornite dal Responsabile Internal Audit.
Tale area deve necessariamente contenere le principali osservazioni in ordine alle criticità rilevate e ai rischi individuati, le raccomandazioni fornite nonché l'indicazione di azioni correttive.

2 OBIETTIVI/AMBITO DI AUDIT

In tale sezione devono essere indicati gli obiettivi specifici dell'attività di Audit; le procedure, i processi e/o operazioni valutate, specificando le UU.OO. oggetto di Audit.

3 METODOLOGIA

In questa sezione devono essere illustrate le modalità utilizzate per lo svolgimento delle verifiche facendo specifico riferimento all'analisi del rischio, condotta in riferimento alle varie aree aziendali, alla documentazione esaminata, al campione utilizzato, ai criteri di valutazione adottati, alle riunioni ed interviste effettuate, alle check list predisposte; ecc....

4 CONSTATAZIONI

In quest'area devono essere dettagliate le criticità individuate sui processi analizzati, evidenziando le carenze e gli scostamenti riscontrati rispetto alle procedure, linee guida e normative di settore. Devono essere riportate in questa sezione le eventuali osservazioni fornite dal Responsabile delle UU.OO. oggetto di audit se divergenti rispetto ai risultati dell'attività.

5 AZIONI CORRETTIVE

In tale area devono essere riportate per ogni criticità rilevate le azioni correttive/migliorative da intraprendere con l'espressa indicazione, per ciascuna di esse, di un Responsabile per lo svolgimento ed una data di scadenza entro la quale occorre adeguarsi all'intervento indicato.

In tale sezione occorre, inoltre, dare specifica evidenza dell'eventuale non condivisione delle Azioni correttive indicate dall'Internal Audit da parte della Direzione Strategica con l'espressa indicazione delle motivazioni di non adesione.

Asl Teramo

AUSL 4 TERAMO

ALLEGATO 5: FORMAT PIANO DI AUDIT

Allegato 5

AUSL 4 TERAMO

NOME AZIENDA	
RESPONSABILE IA	
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	
OBIETTIVI DELL'AUDIT	
VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO	
VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO	
VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO	
ESTENSIONE DELL'AUDIT	
UU.OO.COINVOLTE	

Allegato 6

Asl Teramo

ALLEGATO 6: FORMAT SINTESI RAPPORTO DI AUDIT

Allegato 6

AUSL 4 TERAMO

NOME AZIENDA	
RESPONSABILE IA	
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
N.RAPPORTO AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	

INFORMAZIONI GENERALI

RIFERIMENTO PIANO DI AUDIT	
OBIETTIVO DI AUDIT	
OGGETTO DELL'AUDIT	
UU.OO. COINVOLTE - RESPONSABILE DI CIASCUNA U.O. COINVOLTA	
PARTECIPANTI	
STRUMENTI UTILIZZATI	
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA	

RISULTANZE

ID. CRITICITA'	DESCRIZIONE CRITICITA'	AZIONE MIGLIORATIVA	REFERENTE/RESPONSABILE	SCADENZA

U.O.C. *(proponente)*	U.O.C. Programmazione e Gestione Attività Economiche e Finanziarie
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Spesa anno _____ € _____ Sottoconto _____	Prenotazione n. _____
Fonte di Finanziamento _____	Del. Max. n°/ del _____
Referente U.O.C. proponente _____	Settore: _____
Utilizzo prenotazione: O S	Data: 26/11/2018
Data: _____	
Il Dirigente	
(_____)	Il Contabile (_____)
	Il Dirigente ASL 4 TERAMO U.O.C. Programmazione e Gestione Risorse Economiche e Finanziarie DIRIGENTE RESPONSABILE Dott. RICCARDO BACI

Della suestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno 27 NOV. 2018 con prot. n. 4191/18 all'Albo informatico della ASL per rimanervi 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ★ TERAMO

☐ La suestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

☐ La suestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile"

*Firma*_____

Il Responsabile preposto alla pubblicazione informatica

La trasmissione al Collegio Sindacale è assolta mediante pubblicazione sull'Albo Aziendale.

Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Coordinamenti/Dipartimenti e Distretti		***Unità Operative***		***Staff***	
Coordinamento di Staff	☐ E ☐ C	Acquisizione Beni e Servizi	☐ E ☐ C	UOC Affari Generali	☐ E ☐ C
Dipartimento Amministrativo	☐ E ☐ C	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	☐ E ☐ C	UOC Controllo di gestione	☐ E ☐ C
Dipartimento Fisico Tecnico Informatico	☐ E ☐ C	Gestione del Personale	☐ E ☐ C	UOC Formazione Aggiornamento e Qualità	☐ E ☐ C
Coordinamento Responsabili dei PP.OO.	☐ E ☐ C	Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	☐ E ☐ C	UOC Medicina Legale	☐ E ☐ C
Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale	☐ E ☐ C	Sistemi Informativi Aziendali	☐ E ☐ C	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	☐ E ☐ C
Dipartimento Emergenza e Accettazione	☐ E ☐ C	Direzione Amm.va PP.OO.	☐ E ☐ C	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	☐ E ☐ C
Dipartimento Cardio-Vascolare	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Teramo	☐ E ☐ C	UOSD Liste di attesa e CUP	☐ E ☐ C
Dipartimento Discipline Mediche	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Atri	☐ E ☐ C	***altre Funzioni di Staff***	
Dipartimento Discipline Chirurgiche	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Giulianova	☐ E ☐ C	Gestione del Rischio	☐ E ☐ C
Dipartimento dei Servizi	☐ E ☐ C	Direzione Presidio Ospedaliero di Sant'Omero	☐ E ☐ C	Relazioni Sindacali	☐ E ☐ C
Dipartimento Tecnologie Pesanti	☐ E ☐ C	Servizio Farmaceutico territoriale	☐ E ☐ C	Ufficio Infermieristico	☐ E ☐ C
Dipartimento di Salute Mentale	☐ E ☐ C	Farmacia Ospedaliera di	☐ E ☐ C	Organismo indipendente di valutazione	☐ E ☐ C
Dipartimento di Prevenzione	☐ E ☐ C	U.O. di	☐ E ☐ C	Ufficio Procedimenti Disciplinari	☐ E ☐ C
Dipartimento Materno-Infantile	☐ E ☐ C		☐ E ☐ C	Comitato Unico di Garanzia	☐ E ☐ C
Distretto di	☐ E ☐ C		☐ E ☐ C		☐ E ☐ C