SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

**REGIONE LAZIO**
**AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5**

**DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N°** 000577 **DEL** 31 MAR. 2025

**PROPONENTE:** Responsabile della funzione di Controllo Interno

**OGGETTO: adozione Manuale di Internal Audit**

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO — Dott. Filippo Coiro

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 31 MAR. 2025

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO f.f. — Dott. Franco Cortellessa

☑ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 31 MAR 2025

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni ☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____ data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: /

Registrazione n. / del 28.3.2025

Il Dirigente sostituto del Direttore UOC Bilancio e Contabilità
Dott.ssa Anna Petti

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile della funzione di Controllo Interno
Dott.ssa Maria Teresa Volponi

La presente deliberazione è costituita da n. 2 pagine
Da n. 2 allegati composti da un totale di 40 pagine

Il Responsabile della funzione di Controllo Interno relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl.1, del 05/07/2022;

**RICHIAMATA**
la DGR 938 del 15/11/2024, avente ad oggetto "Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit";

**PREMESSO**
che con nota prot.n.1443941 del 22/11/2024 avente ad oggetto "aggiornamento del piano attuativo di Certificabilità e prosecuzione dell'Attività straordinaria di revisione degli Stati Patrimoniali – DGR 938 del 15/11/2024 la Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, ha richiesto la nomina di un Responsabile della Funzione di Internal Audit e l'adozione di un Manuale di Internal Audit entro il 31/03/2025 ai fini di ottemperare a quanto disposto nella succitata DGR;

**DATO ATTO**
che con nota ASL Roma 5 prot. n.773 del 09/01/2025 la Direzione Strategica ha individuato quale responsabile della funzione di Controllo Interno la Dott.ssa Maria Teresa Volponi (allegato 1).

**CONSIDERATO**
che l'Internal Audit svolgerà funzioni di supporto al Management nell'individuazione e classificazione dei rischi (Risk Assessment), nella definizione di procedure di controllo interno con particolare riferimento ai processi di audit nel monitoraggio delle azioni correttive a seguito delle attività di audit, nonché di supporto all'attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC).

**RITENUTO**
opportuno predisporre un Manuale di Internal Audit quale strumento per definire la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli, nonché per definire le fasi e le tempistiche del processo di audit, destinato a tutte le strutture e i Servizi a qualunque titolo interessati all'attività di controllo e alle attività di audit;

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on – line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18/06/2009 n. 69.

**PROPONE**

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- di approvare il Manuale di Internal Audit che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale (allegato 2);
- di trasmettere il presente atto alle parti interessate;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on – line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18/06/2009 n. 69.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile della funzione di Controllo Interno
Dott.ssa Maria Teresa Volponi

**IL DIRETTORE GENERALE**

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del l0 gennaio 2025;

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dalla Dott.ssa Maria Teresa Volponi, Responsabile della funzione di Controllo Interno che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Visto** il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale f.f. e del Direttore Amministrativo;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla Dott.ssa Maria Teresa Volponi, Responsabile della funzione di Controllo Interno;

di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
Dott. Franco Cortellessa

Il Direttore Generale
Dott.ssa Silvia Cavalli

**PUBBLICAZIONE**

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede

Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 31 MAR. 2025

**Il Direttore f.f. UOC Affari Generali e Legali**
**(Avv. Enzo Fasani)**

_____

**L'addetto alla Pubblicazione**

_____

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore f.f. UOC Affari Generali e Legali**
**(Avv. Enzo Fasani)**

_____

Tivoli,_____

Allegato 1

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

DIREZIONE GENERALE

REGIONE
LAZIO

U.O.C. Programmazione, Organizzazione e
Controllo di Gestione ASL ROMA 5
Dott.ssa Maria Teresa Volponi

**Oggetto**: Individuazione Internal Audit

La S.V. è individuata quale responsabile della funzione di controllo interno che dovrà essere operativa in tutti gli ambiti descritti nel "Modello Regionale di controllo interno e Processi di Audit" in termini di identificazione e valutazione dei rischi, programmazione delle attività di audit, svolgimento delle attività di controllo e successivo monitoraggio.

La S.V. medesima è invitata, sulla base delle linee guida indicate nel predetto modello ad adottare entro il 31 Marzo 2025 uno specifico Manuale Aziendale di controllo interno che detti, integri e sviluppi il modello Regionale in base ai processi aziendali e ai rischi identificati, indicandone al contempo il modello organizzativo e i soggetti responsabili per l'efficace esecuzione del progetto.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Franco Cortellessa

Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Silvia Cavalli

ASL Roma 5 - Protocollo n° 773 del 9-1-2025

**Asl Roma 5**
Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli

t +39.0774.317711
www.aslroma5.it
p. iva 04733471009

# Manuale di Internal Audit

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

## INDICE


**1. INTRODUZIONE ..... 2**

**1.1 GLI OBIETTIVI E I DESTINATARI DEL MANUALE ..... 2**

**2. ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ, RUOLI E COMPITI ..... 2**

**2.1 IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI ..... 2**

**2.2 FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT ..... 4**

*2.2.1 Istituzione, afferenza e funzioni di Internal Audit ..... 4*
*2.2.2 Riferimenti normativi e di indirizzo ..... 5*
*2.2.3 Compiti del Responsabile della Funzione Internal Audit ..... 7*
*2.2.4 Auditors ..... 9*
*2.2.5 Formazione ..... 10*
*2.2.6 Tipologia dei controlli ..... 10*

**3. CICLO O PROCESSO DI AUDIT ..... 11**

**3.1 LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO INTERNO ..... 11**

*3.1.1. Identificazione delle Aree Critiche ..... 11*
*3.1.2 Definizione del contesto di riferimento ..... 14*
*3.1.3 Identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione ..... 14*
*3.1.4 Valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo) ..... 15*

**4. IL CICLO DI AUDIT ..... 17**

**4.1 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT ..... 17**

*4.1.1 Programmazione triennale ..... 17*
*4.1.2 Programmazione annuale ..... 17*
*4.1.3 Programmazione operativa ..... 18*

**4.2 LE FASI DI UN INTERVENTO DI AUDIT ..... 18**

*4.2.1 Analisi preliminare ..... 19*
*4.2.2. Pianificazione dell'intervento di audit ..... 19*
*4.2.3. Preparazione della lista di riscontro ..... 20*
*4.2.4. Svolgimento dell'attività di audit ..... 20*

**4.3 LE AZIONI CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO ..... 24**

**5. CONTROLLI PERIODICI ..... 24**

**5.1 MONITORAGGIO DELL'AZIONE CORRETTIVA E DI MIGLIORAMENTO ..... 25**

**5.2 PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI ..... 25**

**5.3. EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI ..... 25**

**5.4 ELENCO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI CORRETTIVE DI MIGLIORAMENTO ..... 26**

**6. GESTIONE E ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE ..... 26**

**7. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ..... 26**

**7.1 RELAZIONE ANNUALE DEL CONTROLLO INTERNO ..... 27**

**8. OBBLIGO DI DENUNCIA ..... 28**

**9. MODULISTICA ..... 28**

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 GLI OBIETTIVI E I DESTINATARI DEL MANUALE

Il presente Manuale descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla Funzione di Internal Audit per l'attività di controllo sui processi operativi volti alla realizzazione degli obiettivi assegnati all'Azienda (Audit Operativi) e sulle procedure attivate dalle sue Strutture (Audit di Conformità).

Il Manuale è stato redatto recependo i principi ed i criteri enunciati nella Delibera di Giunta Regionale n. 938 del 15/11/2024 "Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", cui si fa rinvio per quanto non espressamente precisato nel presente documento.

Destinatari del Manuale sono tutte le Strutture dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5.

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

- definire la metodologia per assistere i Direttori e i Dirigenti degli assetti nell'identificazione, mitigazione e il monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative nonché gli output dell'attività di Internal Audit;
- definire le fasi e le tempistiche del processo di audit;
- definire il ruolo della Funzione di audit rispetto alle strutture organizzative aziendali previste nel vigente Atto Aziendale.

Il contenuto del Manuale potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento:

- della normativa o delle procedure di riferimento;
- del contesto organizzativo;
- delle funzioni attribuite dalla Direzione Generale all'Internal Audit;
- dei risultati annuali dell'attività di audit.

Le revisioni del Manuale dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del manuale stesso.

# 2. ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ, RUOLI E COMPITI

## 2.1 IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI

Il Sistema dei Controlli Interni dell'Azienda è configurabile come un insieme di strumenti operativi e gestionali finalizzato a garantire il raggiungimento economico, efficace ed efficiente degli obiettivi dell'organizzazione nonché prestazioni e servizi sociosanitari appropriati.

L'Internal Audit è una funzione aziendale preposta alla verifica dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno Aziendale, ponendosi come controllo di terzo livello rispetto a:

- controlli interni di primo livello legati alla responsabilità dirigenziale e diretti ad assicurare il corretto svolgimento dell'operatività delle Strutture;
- controlli di secondo livello affidati a funzioni preposte istituzionalmente al controllo.

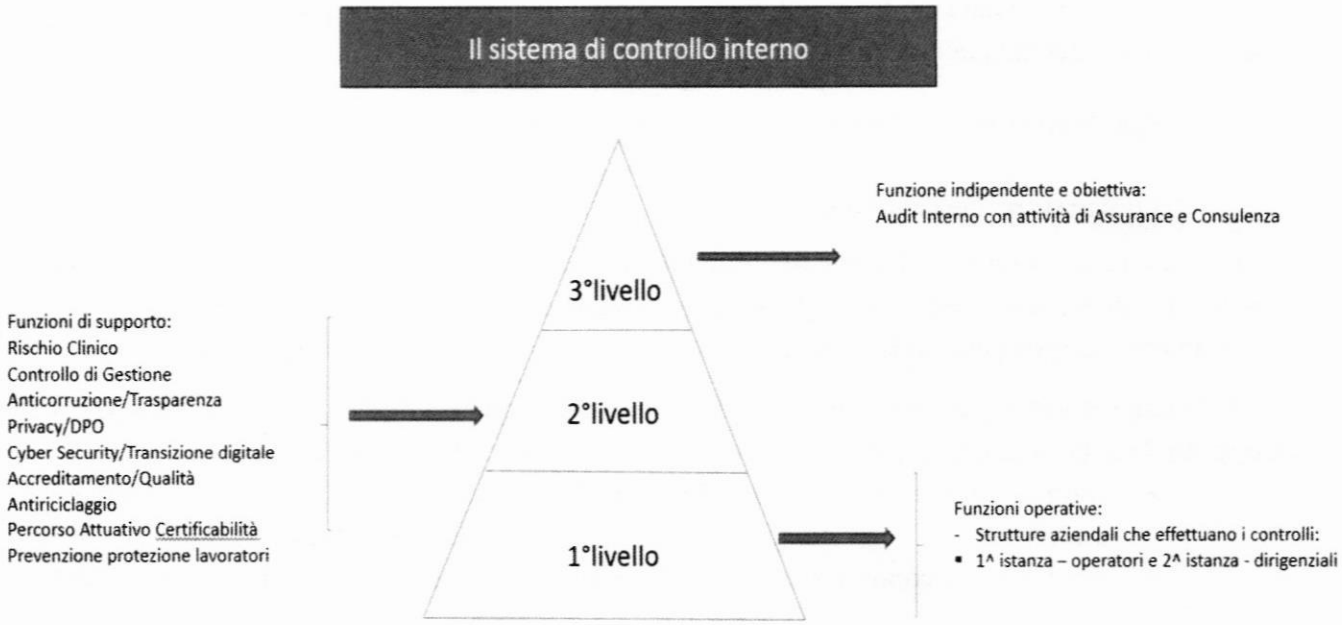
In base alla finalità per cui il controllo è posto in essere, coerentemente alla classificazione proposta dal Decreto Legislativo n. 286/1999 di riordino e potenziamento del sistema dei controlli nella pubblica amministrazione e dall'evoluzione della normativa in materia, si distinguono:

- ✓ il **controllo di regolarità amministrativa e contabile**, diretto a garantire la legittimità la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Tale tipologia di controllo viene assolta dal Collegio Sindacale le cui competenze sono dettagliatamente individuate all'art. 3/ter del Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m.i. L'attività è rivolta non al mero riscontro di legittimità degli atti, ma alla ragionevolezza dei processi;
- ✓ il **controllo di gestione**, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- ✓ il **controllo e la valutazione delle prestazioni/performance**. Il sistema di misurazione e valutazione delle performance rappresenta uno degli strumenti fondamentali dell'organizzazione. Questa tipologia di controllo, ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i, include la valutazione delle performance organizzativa e di quella individuale;
- ✓ il **responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza,** relativamente alle misure anticorruzione e trasparenza.

L'Internal Audit si identifica nel controllo di terzo livello finalizzato a valutare la funzionalità del complessivo sistema dei controlli interni e promuoverne il miglioramento.

Nel panorama dei controlli e dei sistemi di valutazione interni si inserisce la Funzione di Internal Audit prevedendo la sua allocazione ad un livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia della funzione, indipendenza di giudizio ed obiettività delle rilevazioni.

Figura 1 – Il Sistema di controllo Interno dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5



### 2.2 Funzione di Internal Audit

"L'audit interno è un'attività indipendente ed 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 controllo, di gestione dei rischi e di corporate governance" (definizione dell'attività di audit interno validata dall'organizzazione mondiale che fa capo all'A.I.I.A. americana).

Il presente manuale descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati per la valutazione dei rischi e l'attività di audit sui processi operativi con particolare riferimento a quelli volti alla realizzazione degli obiettivi dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC) al fine di garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo-contabili in ambito PAC.

Il manuale, redatto dalla Funzione di Internal Audit e approvato dalla Direzione Strategica, è destinato e tutte le Strutture e i Servizi a qualunque titolo interessati all'attività di controllo e alle attività di audit.

L'obiettivo che si intende perseguire attraverso il manuale è quello di definire:

- la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- le fasi e le tempistiche del processo di audit.

#### 2.2.1 Istituzione, afferenza e funzioni di Internal Audit

L'Internal Audit assiste la Direzione Generale nel valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Azienda.

È una Funzione indipendente, che risponde direttamente al Direttore Generale, al quale fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Svolge un'attività di controllo intesa come qualsiasi azione in grado di ricondurre il rischio, dal suo livello originario, ad un livello coerente con l'organizzazione.

Pertanto, gli obiettivi principali dell'Internal Audit possono essere così riassunti:

- efficacia nel conseguimento degli obiettivi aziendali ed efficienza operativa (operations);
- aderenza alle normative applicabili (compliance);
- attendibilità dei dati (reporting);
- salvaguardia del patrimonio aziendale.

L'Internal Audit si declina in diverse fasi: pianificazione, conduzione, chiusura, reporting e follow up.

La gestione operativa delle attività:

- analisi dei processi, identificazione e valutazione dei fattori di rischio ad essi correlati per ridurne l'impatto;
- verifica dell'affidabilità dei sistemi di controllo;
- verifica dell'attendibilità dei processi amministrativo – contabili

- valutazione della conformità dei processi alle fonti normative e alle disposizioni interne.

La Funzione di Internal Audit attraverso la sua azione concorre inoltre a:

- promuovere l'economicità, l'efficacia e l'efficienza dei processi dal punto di vista operativo;
- favorire l'adeguatezza e la chiarezza delle procedure aziendali rispetto alle esigenze operative;
- favorire il superamento delle difficoltà riscontrate nel corso dell'attività di auditing;
- proporre modifiche da apportare a procedure e regolamenti che migliorino l'efficienza e l'efficacia dei processi;
- promuovere una cultura del controllo e della trasparenza attraverso la valutazione delle misure antifrode adottate.

### 2.2.2 Riferimenti normativi e di indirizzo

- L.241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- L.20/1994 "Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti" e ss.mm.ii;
- L.59/1997 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa";
- D.lgs. 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" e ss.mm.ii;
- D.Lgs.231/01 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300";
- D.lgs.165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- L. 262/2005 "Legge sulla tutela del Risparmio e Corporate Governance" artt.14-15-30, la quale prevede che il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili societari, nell'adempimento dei nuovi compiti e responsabilità, necessita del contributo degli attori aziendali preposti al presidio del sistema di controllo interno;
- 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";
- DM 1 marzo 2013 "Definizione dei percorsi attuativi della Certificabilità";
- D.L.90/2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"; convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114;

- 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 11 ottobre 2016, n.000311, con il quale la Regione Lazio ha aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, avviando inoltre il progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC);
- DCA 13 marzo 2018, n.00069 "Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n.311/2016, e istituzione della Funzione di Internal Audit regionale";
- DCA 14 novembre 2019 n. 00469 per l'adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021";
- DCA 20 gennaio 2020 n. 00018 "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021";
- Modello Regionale di Controllo Interno e Processi di Audit e relativi allegati;
- Delibera 28 febbraio 2022, n. 16 (Disciplinare sul sistema dei controlli interni del Consiglio regionale del Lazio. Modifiche al Regolamento di organizzazione);
- DGR n. 938 del 15/11/2024 "Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità e prosecuzione dell'Attività Straordinaria di revisione degli Stati Patrimoniali";
- UNI EN ISO 19011:2018 "Linee guida per audit di sistemi di gestione";
- Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano;
- Principi internazionali di revisione: ISA/ISAE/ISRE (International Standards on Auditing/Internationally Standards on Attestation Engagements/International Standard On Review Engagements);
- Indirizzi, direttive e linee guida della Corte dei conti con riferimento alla tematica dell'audit interno;
- Global Internal Audit Standards pubblicati il 9 gennaio 2024 da The Institute of Internal Auditors, Inc. ("IIA"), efficaci dal 9 gennaio 2025;
- Principi e valori enunciati nel "Codice di Comportamento dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5".

Il presente Manuale si ispira ai Global Internal Audit Standards[1] (di seguito anche "GIAS"), pubblicati dall'Institute of Internal Auditors (IIA) nel gennaio 2024 ed entrati in vigore il 9 gennaio 2025. Con l'aggiornamento dei nuovi standard, l'Istituto ha inteso rafforzare il ruolo strategico dell'Internal Audit, evidenziando l'importanza di un approccio proattivo nella valutazione del governo aziendale, della gestione del rischio e dell'efficacia dei controlli interni. Particolare attenzione è dedicata alla

[1] I Global Internal Audit Standards guidano la professione di Internal Audit a livello mondiale e rappresentano la base per valutare e migliorare la qualità della funzione Internal Audit. Gli Standard includono i contenuti degli International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing del 2017 e diversi elementi dell'International Professional Practices Framework® (IPPF®). Gli Standard si applicano a tutte le organizzazioni, indipendentemente dal settore di appartenenza, dalle dimensioni, dalla complessità o dalla struttura. Il Public Sector Commitee della European Confederation of Institutes of Internal Auditing (ECIIA) supporta la missione dell'ECIIA nell'implementazione e nella promozione dei Global Internal Audit Standards nel settore pubblico, fornendo supporto alle funzioni Internal Audit per la loro applicazione.

prevenzione e alla rilevazione delle frodi, sottolineando il contributo dell'Internal Audit nella protezione dell'integrità e della trasparenza dei processi aziendali.

Sebbene i GIAS si applichino a tutte le funzioni di Internal Audit, nel settore pubblico il loro impiego deve considerare specificità legate alle strutture di governance, organizzative, ai vincoli normativi e ai modelli di finanziamento. Infatti, gli Internal Auditor del settore pubblico operano in un ambiente caratterizzato da regolamenti, obblighi di trasparenza e accountability nei confronti di molteplici stakeholder, inclusi cittadini e organi di controllo istituzionali. Tale ruolo assume un'unicità nel settore pubblico, dove la capacità di servire l'interesse collettivo costituisce una caratteristica centrale e distintiva della Funzione Internal Audit, in considerazione delle finalità proprie di tale contesto, a differenza del settore privato, dove questa attitudine può avere un peso più marginale. Le funzioni di Internal Audit nel settore pubblico sono pertanto chiamate a:

- Garantire la conformità a leggi e regolamenti di riferimento;
- Valutare l'efficacia e l'economicità dei processi e dei programmi dell'amministrazione pubblica;
- Monitorare l'adeguata gestione e salvaguardia delle risorse pubbliche;
- Verificare che le attività dell'Ente siano allineate agli obiettivi strategici e istituzionali.

L'applicazione degli standard nel settore pubblico deve inoltre tener conto delle specificità normative e dei vincoli giuridici che regolano il mandato dell'Internal Audit, la trasparenza dei risultati e le modalità di interazione con gli organi di governance. Tali aspetti possono influenzare l'attività della Funzione e richiedere un adattamento delle metodologie di audit per garantire il rispetto delle disposizioni locali. Infine, il codice etico dell'associazione professionale enuncia i principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza che caratterizzano l'esercizio della Funzione di Audit Interno fornendo altresì le regole di condotta.

### 2.2.3 Compiti del Responsabile della Funzione Internal Audit

Al Responsabile della Funzione di Internal Audit competono i seguenti compiti:

- assiste la Direzione Strategica nella definizione della strategia Internal Audit;
- collabora con la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento dei controlli e delle procedure operative;
- predispone il Piano triennale ed annuale delle attività di Audit;
- regola lo svolgimento delle attività programmate all'interno del Piano di Audit annuale approvato, garantendone l'esecuzione e coordinandone le iniziative di follow-up;
- attiva per audit particolarmente complessi o strategici, o qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della Funzione, consulenze esterne all'Azienda, con professionalità provenienti eventualmente anche da altre realtà del sistema sanitario regionale;
- redige e trasmette al Direttore Generale la relazione sui risultati degli interventi eseguiti, evidenziando le principali criticità riscontrate ed avanzando proposte migliorative;
- assicura la gestione efficace delle risorse assegnate, assicurando un'idonea formazione del personale;
- aggiorna il presente Manuale qualora se ne verifichino i presupposti.

La Direzione Generale attribuisce alla Funzione di Internal Audit le risorse necessarie per adempiere al suo mandato e ne supporta le attività per consentirle di conseguire gli obiettivi.

È facoltà della Direzione Generale, sentito il Responsabile della Funzione Internal Audit, avvalersi di ulteriori professionalità per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo oggetto di controllo.

Il Responsabile della Funzione di Internal Audit individua, per ciascun audit, i componenti del gruppo le cui competenze professionali sono maggiormente attinenti al processo oggetto di audit, costituendo il gruppo di lavoro.

Ciascun componente del gruppo assicura, per gli audit a cui è designato a partecipare, l'insussistenza di conflitti d'interesse. Qualora un componente del gruppo sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell'attività oggetto di analisi, il Responsabile della Funzione Internal Audit provvede alla sostituzione dello stesso con una figura diversa, nei principi di obiettività, trasparenza e imparzialità che sottintendono la funzione del controllo interno.

La Funzione di Internal Audit per poter svolgere correttamente le proprie funzioni deve:

- poter accedere alla documentazione relativa alle singole Strutture Aziendali;
- assistere la Direzione Generale nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli aziendali e delle procedure operative;
- redigere il Piano di Audit Aziendale, conformemente alle indicazioni allegate al presente documento;
- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del Piano di Audit validato dalla Direzione Generale;
- definire la composizione del Gruppo di Audit, individuando il Responsabile del Gruppo di Audit;
- comunicare il programma degli audit alle Strutture aziendali e ai Responsabili del Gruppo di Audit;
- assicurare la disponibilità di auditor per condurre gli audit garantendo obiettività, imparzialità, assenza di conflitti e di interessi;
- monitorare periodicamente l'esecuzione delle attività definite secondo il cronoprogramma condiviso con il Responsabile del Gruppo di Audit;
- discutere e valutare le risultanze delle attività di audit e della rilevanza delle eventuali non conformità riscontrate;
- validare i rapporti finali di Audit predisposti;
- supportare le Strutture Aziendali nell'individuazione delle azioni migliorative oppure promuovere eventuali azioni correttive o di miglioramento qualora ravvisi la necessità;
- attivare le consulenze esterne, qualora ve ne sia il bisogno per carenza di competenze adeguate necessarie al personale di controllo interno, per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di controllo.

Il Responsabile del Gruppo di Audit dovrà svolgere le seguenti attività:

- prendere conoscenza delle attività di audit incluse nel Piano e della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire; predisporre quanto necessario per la conduzione

dell'audit (es.: check-list specifiche);
- partecipare alle attività di audit pianificate a fronte dei rischi più rilevanti;
- coordinare e supervisionare le attività assegnate al Gruppo di Audit;
- valutare l'adeguatezza delle evidenze raccolte a supporto delle conclusioni tratte nel corso degli audit stessi;
- redigere e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate;
- redigere e sottoscrivere il Rapporto di Audit sul processo oggetto di audit in conformità a quanto previsto nella documentazione di riferimento;
- consegnare il Rapporto di Audit al Responsabile della Funzione di Internal Audit entro 10 giorni dalla data dell'audit.

Il Gruppo di Audit dovrà:
- prendere conoscenza della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire;
- eseguire le attività di audit assegnate formalizzando quanto necessario per la conduzione dell'audit (es.: check- list specifiche);
- supportare il Responsabile del Gruppo di Audit nella conduzione dell'audit;
- redigere, sottoporre alla review del Responsabile e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate (nel caso in cui non sia presente il Responsabile del Gruppo di Audit, ciascun auditor svolge l'audit riportando le evidenze nel rapporto. Successivamente il Responsabile del Gruppo, dopo aver collazionato tutti i rapporti predispone un unico Rapporto di non conformità per il processo analizzato);
- consegnare i Rapporti di non conformità compilati al Responsabile del Gruppo di Audit.

Il Responsabile dell'Internal Audit e il personale assegnato a questa Funzione hanno completo accesso a tutta la documentazione, nonché a tutte le informazioni necessarie al completamento degli interventi programmati all'interno del Piano di Audit approvato dal Direttore Generale.

Allo stesso tempo, essi sono tenuti al massimo riserbo relativamente alle informazioni ricevute o raccolte nel corso del loro ufficio.

I responsabili delle Unità Operative delle Aziende Sanitarie direttamente coinvolte negli audit hanno la responsabilità delle azioni successive all'audit in riferimento a:
- trattamento e risoluzione delle non conformità;
- apertura delle azioni correttive e di miglioramento;
- revisione delle procedure;
- monitoraggio della effettiva esecuzione delle azioni di rimedio.

#### 2.2.4 Auditors

L'auditor deve possedere caratteristiche personali necessarie per un efficace espletamento degli audit. Deve avere una rapidità di comprensione delle diverse situazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, capacità di analisi e di sintesi, elevato senso dell'etica ed integrità morale, atteggiamento mentale di obiettività, attitudine ai rapporti interpersonali e capacità di comunicazione, conoscenza delle tecniche di "problem solving" per i problemi rilevati nell'esecuzione dell'audit, determinazione nel conseguimento degli obiettivi.

L'attività di Audit Interno si sviluppa per singoli audit realizzati da specifici gruppi di audit costituiti da personale con caratteristiche professionali e di esperienza idonee al conseguimento degli obiettivi dei singoli audit stessi. Il gruppo di audit, salvo eccezioni, costituisce pertanto un presupposto di base per l'espletamento dell'attività di Audit Interno.

Il Gruppo di audit è composto da:

- Responsabile del Gruppo di Audit (sempre presente nel gruppo): responsabile del gruppo di audit e della preparazione e conduzione dell'audit stesso;
- Auditor (presenza opzionale): a supporto del Responsabile del Gruppo di Audit;
- esperto di settore (presenza opzionale): addetto a supportare le attività di audit in ambiti specialistici, ove il Responsabile del Gruppo di Audit o Auditor non garantiscano sufficiente competenza sui processi da valutare; l'esperto di settore va scelto garantendo indipendenza dalla struttura oggetto di audit e può essere interno o esterno all'Azienda;
- auditor in formazione (presenza opzionale);
- osservatore (presenza opzionale).

### 2.2.5 Formazione

Il personale che si occuperà di svolgere tali attività deve essere adeguatamente formato con una formazione generale di conoscenza delle norme regionali e nazionali in ambito sanitario, oltre alla formazione professionale come auditor e la conoscenza dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con riguardo all'attività, all'organizzazione e alle regole interne.

Nel caso di risorse prive di esperienza professionale, la formazione sull'audit interno è indirizzata verso i corsi base di audit, al fine di consentire il raggiungimento dell'autonomia professionale nel più breve tempo possibile.

Per il personale già in servizio nella funzione di auditor interno con un determinato livello d'esperienza professionale, la formazione è invece adattata a tale livello, sempre nell'ottica di una continua crescita professionale.

Requisiti del personale per i ruoli di Responsabile del Gruppo di Audit e di Auditor:

- formazione sulle tecniche di audit e di risk management per un minimo di 12 ore;
- per il ruolo di Responsabile del Gruppo di Audit, aver svolto almeno 4 audit in qualità di Auditor;
- per il ruolo di Auditor, addestramento svolto con il ruolo di osservatore in affiancamento a personale esperto in attività di audit dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, per un totale di almeno 3 audit;
- per il mantenimento nel tempo della competenza necessaria da parte degli Auditor e dei Responsabili dei Gruppi di Audit, conduzione di almeno 3 audit l'anno.

### 2.2.6 Tipologia dei controlli

L'attività di Internal Audit assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

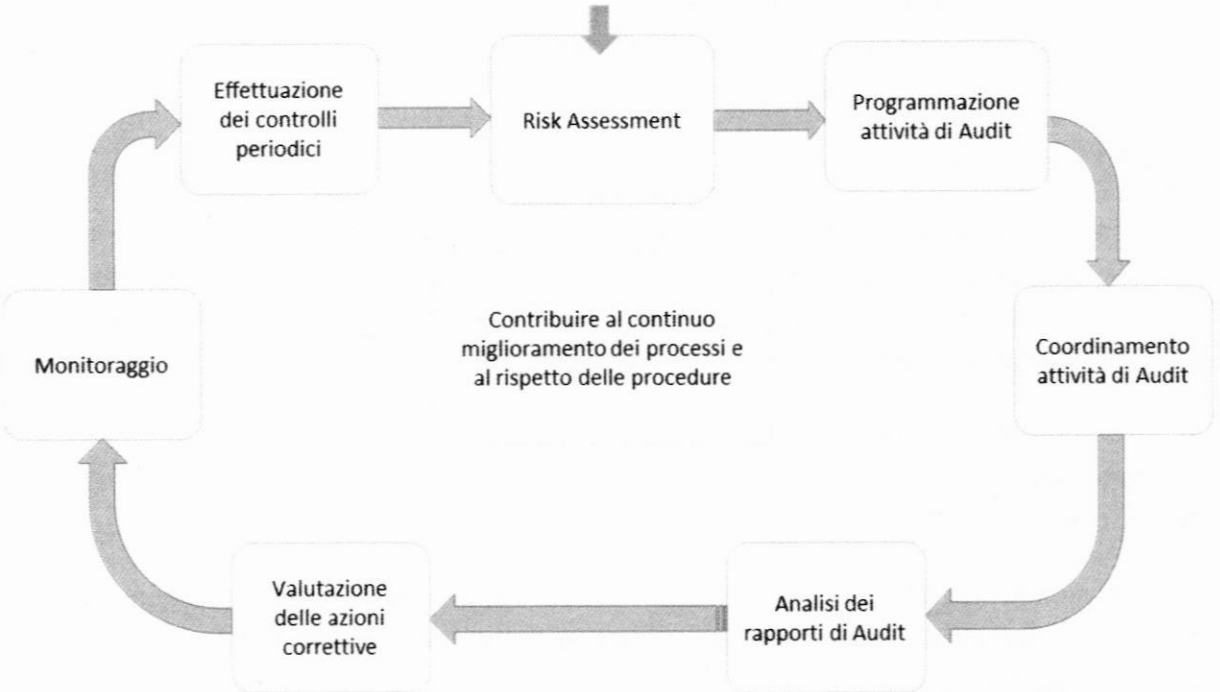
- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle

procedure interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
- l'efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
- l'attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): audit finanziario- contabile (financial audit).

## 3. CICLO O PROCESSO DI AUDIT

### 3.1 LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO INTERNO

Il processo legato alle attività della Funzione di controllo interno può essere rappresentato mediante il seguente schema




L'attività di Internal Audit consiste in un insieme di atti consequenziali e legati da un rapporto complementare, sinteticamente elencati di seguito.

#### 3.1.1. Identificazione delle Aree Critiche

L'identificazione delle aree critiche si realizza attraverso l'individuazione dell'universo di Audit e la condivisione della classificazione dei rischi. Questa azione, posta in essere dall'Internal Audit, è preliminare e propedeutica all'avvio dell'attività di Audit e alla stesura annuale del Piano di Audit. Consiste nell'analisi delle funzioni, delle procedure e della struttura organizzativa aziendale al fine di identificare le aree critiche.

L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi:
a) Aspetti generali;
b) Risk assessment (individuazione delle situazioni di rischio).

a) Aspetti generali

In fase di avvio delle attività la Funzione di Internal Audit individua le aree critiche all'interno dell'Azienda attraverso l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi, delle richieste e delle indicazioni provenienti da strutture interne o organismi esterni all'Azienda, dall'analisi di documenti, dei dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate. In questo ambito il punto di avvio è rappresentato dalle Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il PAC ha individuato le seguenti Aree organizzativo/gestionali critiche:

- Area generale;
- Immobilizzazioni;
- Rimanenze;
- Crediti e ricavi;
- Disponibilità liquide;
- Patrimonio netto;
- Debiti e costi;
- Fondi per Rischi ed Oneri.

Altre fonti interne/esterne sono (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- Verbali del Collegio di Direzione
- Verbali del Comitato Valutazione Sinistri
- Chec-klist sulla verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo contabili per i diversi cicli aziendali predisposte dall' Azienda;
- verbali del Collegio Sindacale dell'Azienda;
- piano annuale risk management dell'Azienda;
- valutazione degli strumenti di monitoraggio della performance aziendale (es. obiettivi di budget);
- richieste di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero, della Regione;
- sezione Anticorruzione allegata al PIAO
- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- Confronto con RPCT;
- Confronto con Risk Manager.

L'utilizzo di rilevazioni effettuate da parti terzi, quali ad esempio il Collegio Sindacale, Corte dei Conti o Ministero, consente alla Funzione di Internal Audit di creare una sinergia con gli altri interlocutori al fine di raggiungere il risultato finale di conformità dei comportamenti alle procedure aziendali.

b) Risk Assessment (individuazione delle situazioni di rischio)

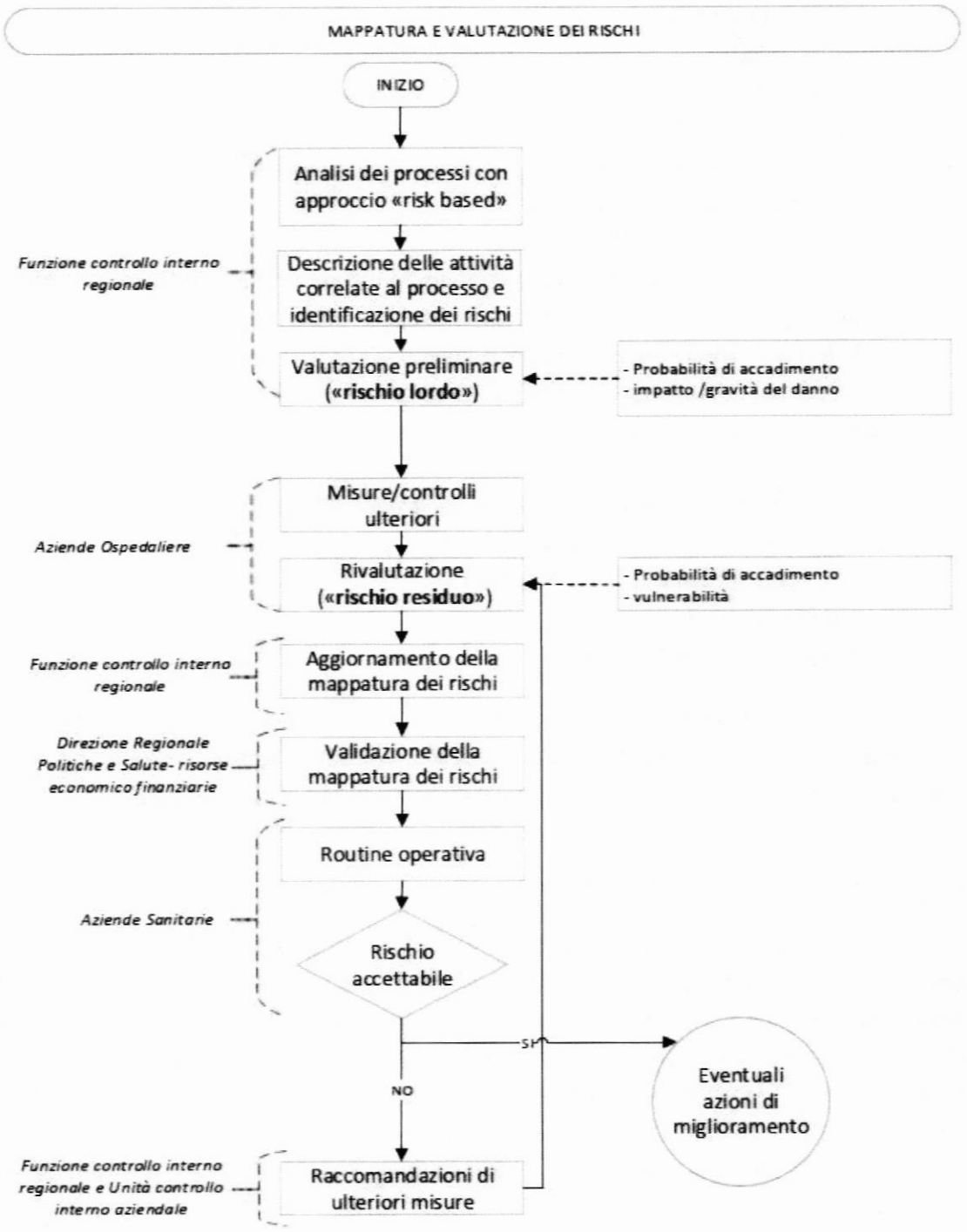
Per la scelta delle aree critiche su cui è più opportuno programmare l'Audit, si avvia l'attività di Risk Assessment attraverso il quale vengono individuati i rischi potenziali e le attività di controllo che possono essere poste in essere dal management per mitigarli identificando e misurando i fattori interni ed esterni che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi aziendali volta per volta coinvolti (ad esempio: economicità, trasparenza, efficacia, ecc.). I fattori di rischio possono essere raggruppati in funzione della loro origine in categorie di rischio omogenee al loro interno, distinguendo tra quelli che nascono all'esterno dell'Azienda (rischi esterni) e quelli connessi alle

caratteristiche ed all'articolazione dell'organizzazione stessa (rischi interni). Esempi di rischi connessi all'ambiente esterno possono essere: eventi catastrofici, instabilità politica, innovazione tecnologia e mutamenti normativi. Per quanto riguarda, invece, i rischi interni, essi possono riguardare: inadeguatezza dei processi operativi o dei dati utilizzati per il processo decisionale.

Le principali fasi in cui si articola il Risk Assesment sono le seguenti:

- Definizione del contesto di riferimento
- Identificazione dei rischi dei processi e la loro valutazione (rischio lordo=
- Valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo)

Il percorso da seguire nelle attività di Risk Assessment è rappresentato nel diagramma di flusso di seguito riportato.



### 3.1.2 Definizione del contesto di riferimento

Il contesto di riferimento comprende tutti i processi individuati dalla normativa nazionale e regionale in materia sanitaria e dalle deliberazioni regionali di definizione degli obiettivi aziendali operativi e strategici di sistema, ovvero tutti i componenti ripresi dal piano strategico dell'organizzazione: in tal modo, esso rifletterà gli obiettivi complessivi del piano aziendale.

In particolare, in questa fase di attuazione dei PAC, la Regione Lazio, nell'ambito dell'attività di coordinamento, ha dato input di effettuare delle attività specifiche di sostanza e procedurali su aree contabili individuate come critiche, definendo per ciascuna di esse delle azioni minime da adattare alle specifiche aziende.

Inoltre, nel corso delle attività PAC, sono state redatte delle liste di controllo Regionali ed Aziendali, Attraverso cui vengono evidenziati punti di controllo minimi che ciascuna Azienda dovrà prevedere all'interno delle proprie procedure.

#### *3.1.2.1 Le liste di controllo*

Le liste di controllo nascono dalle esigenze espresse dei PAC, ovvero di definire degli standard organizzativi, amministrativi e contabili uniformi per tutti gli Enti del SSR che contengano dei punti di controllo minimi per verificare la corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili redatte da ciascuna Azienda. Attraverso l'utilizzo di tale strumento di controllo, la Funzione controllo interno regionale verifica la corretta applicazione della procedura aziendale evidenziando, laddove presente, le eventuali non conformità rispetto alla stessa.

Tali liste di controllo dovranno essere aggiornate periodicamente ed adattate al fine di riflettere gli eventuali cambiamenti intervenuti in Azienda o in risposta alle esigenze normative regionali/nazionali e gli eventuali aggiornamenti dovranno essere comunicati alla funzione del controllo interno regionale per la sua definizione del Piano di Audit.

L'analisi dei rischi applicata a ciascun punto di controllo definisce l'ampiezza dei test di conformità, nel senso che maggiore sarà il rischio associato alla procedura e più ampio sarà il campione da selezionare tenendo sempre conto della dimensione della popolazione oggetto di campionatura.

### 3.1.3 Identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione

Attraverso l'elaborazione dei manuali delle procedure amministrativo-contabili aziendali conformi alle linee guida emanate da Regione Lazio, e date le liste di controllo ad esse correlate, la Funzione di Internal Audit identifica per ciascun processo, tenendo in considerazione anche le indicazioni fornite centralmente da Regione, il livello di rischio relativamente all'importanza del processo, all'impatto e alla probabilità di accadimento, effettuando la Valutazione Preliminare dei rischi.

La Funzione di Internal Audit definisce la Mappatura dei Rischi basandosi sull'analisi del contesto di riferimento, sugli input della Direzione Strategica e su una valutazione dell'esposizione ai rischi che gravano sull'organizzazione. I principali obiettivi del controllo sono in genere riconducibili al fornire "affidabilità" e informazioni alla Direzione Strategica per il raggiungimento delle finalità dell'organizzazione, includendo una valutazione dell'efficacia dell'attività di gestione del rischio da parte delle Strutture.

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

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di **probabilità,** intesa come la frequenza del manifestarsi del rischio, e di **impatto**, inteso come livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi, con una valutazione di tipo qualitativo.

GRADO DI RISCHIO= PROBABILITA' x IMPATTO

| | VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA' |
|---|---|
| QUASI CERTO | E' presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito |
| MOLTO PROBABILE | La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con le caratteristiche di sistematicità |
| POCO PROBABILE | L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo |

| | VALUTAZIONE DELL'IMPATTO |
|---|---|
| ALTO | Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda. |
| MEDIO | Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione |
| BASSO | Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda. Inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio |

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

| PROBABILITÀ | | IMPATTO | | |
|---|---|---|---|---|
| | | BASSO | MEDIO | ALTO |
| | QUASI CERTO | M | M/A | A |
| | MOLTO PROBABILE | M/B | M | M/A |
| | POCO PROBABILE | B | M/B | M |

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

La valutazione preliminare dei rischi ad opera della Funzione del controllo interno Regionale si conclude con la mappatura dei rischi che viene inviata a tutte le Aziende per la successiva valutazione del rischio residuo.

### 3.1.4 Valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo)

Successivamente all'individuazione dei rischi occorre individuare e analizzare i controlli e le misure da adottare, se esistenti, posti in essere dal Responsabile di processo e che consentono di attenuare i rischi entro livelli accettabili, determinati da ciascun Direttore/Responsabile di Struttura.

La valutazione del controllo è effettuata in funzione di due aspetti:

a) Efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili;

b) Effettività nello svolgimento del controllo. La valutazione delle misure è effettuata in funzione dell'adozione delle stesse per ridurre il rischio.

La valutazione dei controlli e delle misure per ciascuno dei rischi gestiti è quindi espressa come nella tabella seguente:

| Valutazione del controllo e delle misure | Descrizione della valutazione |
|---|---|
| Sottodimensionato (vulnerabilità ALTA) | I controlli e le misure previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli non sono effettivamente eseguiti |
| Adeguato (vulnerabilità MEDIA) | I controlli e le misure previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti |
| Sovradimensionato (vulnerabilità BASSA) | I controlli e le misure previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo |

Dopo la fase di valutazione delle misure e dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è il rischio che rimane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase precedente e di per sé ritenuto accettabile. In questa fase, nella stima del rischio residuo si tiene generalmente conto dell'esistenza di controlli o azioni, ma non necessariamente della loro efficacia o continuità di applicazione.

Ciascun Direttore/Responsabile di Struttura provvederà ad un aggiornamento, per competenza, della mappatura dei rischi, attraverso la seguente matrice, che tiene conto:

- della vulnerabilità ovvero: la presenza/assenza dei presidi di controllo e delle misure e la loro effettiva ed efficace adozione da parte dell'organizzazione;
- oltre che della probabilità di accadimento.

| PROBABILITÀ | | VULNERABILITÀ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | BASSA | MEDIA | ALTA |
| | QUASI CERTO | M | M/A | A |
| | MOLTO PROBABILE | M/B | M | M/A |
| | POCO PROBABILE | B | M/B | M |

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

In seguito all'aggiornamento, la mappatura dei rischi, con la valutazione del rischio residuo, dovrà esser trasmessa alla Funzione di Internal Audit, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare.

La mappatura dei rischi così completata verrà trasmessa alla Direzione Strategica per la validazione.

# 4. IL CICLO DI AUDIT

## 4.1 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT

La seconda fase delle attività del controllo interno consiste nella individuazione delle priorità, sulla base del Risk Assessment, dei processi da sottoporre ad audit nell'ambito della programmazione.

### 4.1.1 Programmazione triennale

La programmazione triennale evidenzia l'ordine sulla base dei rischi prioritari, delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del triennio di pianificazione.

La programmazione delle attività di audit è approvata entro la fine dell'anno precedente al triennio di riferimento, è aggiornata annualmente sulla base degli esiti dell'attività di audit svolta nell'anno precedente e dell'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi.

### 4.1.2 Programmazione annuale

All'interno della programmazione triennale, il programma annuale degli audit definisce le attività ed i processi che saranno verificati nell'anno e individua le Unità Operative/Strutture interessate (o oggetto di audit).

All'interno del programma vengono specificate le seguenti informazioni per ogni audit programmato:

- l'estensione dell'audit:
    - aree /settori
    - attività /processi
    - requisiti
- personale coinvolto:
    - responsabile e/o referente interno alle Unità Operative/Strutture interessate per la fase di istruttoria e verifica sul campo;
    - Responsabile del gruppo di Audit;
    - data prevista (mm/aa);
    - data di esecuzione (gg/mm/aa);
    - ricezione del rapporto (gg/mm/aa).

Il Programma degli audit viene predisposto dal Responsabile della Funzione di Internal Audit e approvato, entro il 15 dicembre di ogni anno, con provvedimento del Direttore Generale. Qualsiasi variazione, ad eccezione della programmazione temporale degli interventi e delle risorse, deve essere sottoposta a nuova approvazione.

Il programma viene comunicato a tutte le strutture interessate a cura della Funzione di Internal Audit. Una volta approvato è lo strumento che guida, in termini di indirizzo, l'attività del controllo interno e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare successivo.

Periodicamente potrà essere sottoposto ad audit anche un processo per il quale la valutazione del controllo operato sullo stesso sia definita adeguata ed il conseguente rischio residuo basso o medio/basso. Ciò al fine di sottoporre a verifica la correttezza e la congruità del procedimento di applicazione della RACM sulla valutazione del rischio.

In considerazione del ruolo di coordinamento svolto centralmente dalla Regione, essa ha provveduto ad emanare delle liste di controllo, che l'Azienda ha adattato alla propria realtà aziendale, successivamente all'analisi di Risk Assessment al fine di individuare e definire il livello di probabilità e di impatto, ovvero il rischio delle principali aree organizzativo/gestionali dell'Azienda.

#### 4.1.3 Programmazione operativa

La Funzione di Internal Audit, dieci giorni prima della data prevista per l'esecuzione dell'audit, invia una nota alla Struttura interessata e al Responsabile del Gruppo di Audit per ogni audit programmato.

Nella comunicazione di avvio delle attività di audit devono essere necessariamente indicati:

- obiettivi dell'attività di audit;
- durata ipotizzata del lavoro;
- nominativi del gruppo di audit assegnati all'incarico;
- per la Struttura oggetto di audit, la richiesta della nomina di un responsabile e/o referente della Struttura che fungerà da interfaccia con il gruppo di audit incaricato.

### 4.2 Le fasi di un intervento di audit

Sulla base di quanto indicato nel programma degli audit, il Responsabile del Gruppo di Audit, nella pianificazione del singolo intervento, attiva le procedure preliminari con adeguato anticipo rispetto alla data di inizio dell'intervento.

Al fine di predisporre tutte le attività propedeutiche allo svolgimento dell'intervento stesso il Responsabile del Gruppo di Audit provvede a ripartire, tra il personale facente parte del Gruppo di Audit, i compiti e le responsabilità nello svolgere le attività sotto dettagliate.

L'attività si svolge attraverso le seguenti fasi:

- analisi preliminare (4.2.1.);
- pianificazione dell'intervento di audit (4.2.2.);
- preparazione della lista di riscontro (4.2.3.);
- svolgimento dell'attività di audit (4.2.4.):

- riunione di apertura (4.2.4.1.);
- esecuzione del lavoro sul campo (4.2.4.2.);
- preparazione del rapporto di audit (4.2.4.3.);
- riunione di chiusura (4.2.4.4.);
- comunicazione dei risultati (4.2.4.5.).

#### 4.2.1 Analisi preliminare

Il personale del Gruppo di Audit deve conseguire una piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati. Deve, inoltre, comprendere in che modo ciascun processo influisca sul conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica.

Nella fase di analisi dei processi, il Gruppo di Audit analizza la correttezza delle procedure e l'efficacia dei controlli posti a presidio dei rischi inerenti.

Il personale del Gruppo di Audit incaricato può contattare, anche in modo informale, il Responsabile della Struttura oggetto di audit per acquisire la documentazione di riferimento al fine di valutarla per la successiva esecuzione dell'audit.

L'analisi preliminare deve prevedere lo studio della normativa e delle regole di funzionamento dell'attività/procedura, dell'organizzazione e delle risorse impiegate dai responsabili dell'attività o della procedura.

In tale fase, il personale del Gruppo di Audit, prende visione della valutazione del rischio predisposta dalla Funzione di Internal Audit in fase di programmazione dell'intervento di audit, al fine di determinare se la rivalutazione dei rischi effettuata dal Dirigente della Struttura sia in linea con le evidenze dell'audit.

#### 4.2.2. Pianificazione dell'intervento di audit

Il Responsabile del Gruppo di Audit pianifica le attività del singolo audit in modo dettagliato in accordo con la Struttura oggetto di audit utilizzando, se necessario, il piano di audit.

Nella fase di pianificazione vengono dettagliati gli obiettivi e le operazioni da eseguire per singolo processo di audit.

La pianificazione è volta alla definizione di dettaglio di:

- obiettivi dell'intervento;
- ambito di copertura dell'audit ovvero: confini temporali che l'analisi deve coprire, processi e procedure da esaminare, caratteristiche del campione da sottoporre a/test;
- calendario del lavoro, risorse e definizione del personale coinvolto nell'intervento.

Il Piano di Audit comprende:

| | |
|---|---|
| Informazioni sul gruppo di audit | Responsabile del Gruppo di Audit, Auditor, Auditor in formazione, Osservatori Esperti di settore |
| Aree/processi oggetto di audit | Indicare le aree, le funzioni, i processi che devono essere oggetto di audit ed eventualmente le ragioni per cui sono stati selezionati. Se necessario, specificare le attività principali dei processi da controllare |
| Cronoprogramma delle attività | Indicare in modo analitico gli interlocutori e i processi da sottoporre all'audit |
| Dettagli della pianificazione | Indicare la pianificazione dell'intervento, dettagliando, se ritenuto appropriato, le attività principali che si intendono svolgere (es. interviste, visione di documenti, verifiche a campione, ecc...) |

#### 4.2.3. Preparazione della lista di riscontro

Il personale assegnato al singolo intervento predispone una lista di informazioni da richiedere (lista di riscontro), riferite all'intervento da eseguire, quali:

- procedure in essere, eventualmente la documentazione non risulti esaustiva;
- flowchart organizzativi;
- stato di attuazione delle azioni/procedure;
- liste di controllo sulle procedure aziendali;
- stato di attuazione dei controlli interni (ove previsti);
- valutazione e rivalutazione dei rischi;
- manuali o comunque documentazione inerenti ai sistemi informativi in uso;
- strumenti utilizzati per il controllo (check-list, procedure informatizzate, pianificazione, ecc).

#### 4.2.4. Svolgimento dell'attività di audit

La fase di svolgimento del lavoro sul campo consiste nella conduzione dell'audit, dalla riunione di apertura fino alla comunicazione dei risultati.

##### *4.2.4.1. Riunione di apertura*

È la riunione con cui si inizia l'attività di audit, è condotta dal Responsabile del Gruppo di Audit.

L'obiettivo della riunione di apertura è confermare con il Responsabile della Struttura oggetto di audit, lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie, con particolare riferimento alla tecnica di campionamento, che saranno seguite nella sua conduzione e le fasi operative del lavoro sul campo.

A tale riunione partecipano:

- il Responsabile della Struttura oggetto di audit;
- i collaboratori della Struttura oggetto di audit individuati dal Responsabile della Struttura come referenti;
- il Gruppo di Audit incaricato dal Responsabile della Funzione di Internal Audit.

In tale incontro verranno esaminate di norma:

- i ruoli del Gruppo di Audit;
- gli aspetti logistici di conduzione dell'audit;

- le modalità di accesso a luoghi, documenti e sistemi informatici, garantendone la riservatezza;
- l'identificazione nominativa dei referenti di processo o della procedura oggetto di audit.

*4.2.4.2. Esecuzione del lavoro sul campo*

È l'esecuzione vera e propria dell'audit, volta alla ricerca delle evidenze oggettive che permettono di valutare la conformità ai requisiti.

L'esecuzione del lavoro sul campo si avvale dei seguenti strumenti:

- osservazione: l'osservazione dell'operatività da parte dell'Auditor delle attività oggetto di audit;
- analisi documentale: analisi della documentazione relativa alle attività oggetto di audit;
- interviste: dichiarazione di fatti inerenti le attività oggetto di audit;
- analisi: sulla base delle evidenze oggettive raccolte;
- riesecuzione: la riesecuzione puntuale del controllo effettuato dall''auditor;
- verifica degli indicatori di monitoraggio;
- test di adeguatezza: si tratta di test atti a valutare la conformità e l'efficacia delle procedure adottate rispetto ai controlli formalizzati in tutte le fasi di esecuzione delle operazioni che sono soggette ad audit. I test di adeguatezza sono effettuati sulla base di un campione rappresentativo selezionato con metodologia statistica oppure sulla base di criteri volti! a selezionare le operazioni maggiormente esposte al rischio.

L'audit prevede che venga selezionato e analizzato un campione tra gli elementi che compongono la popolazione oggetto di indagine. Il gruppo di Audit estende quindi l'esito del test effettuato sul campione e le proprie considerazioni sull'intera popolazione, tramite logica inferenziale.

Il gruppo di Audit procede all'attività sul campo, che trova il suo fondamento sulle evidenze oggettive riscontrate che permettano di verificare la conformità ai requisiti.

Le evidenze dell'Audit sono le registrazioni, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili; solo le informazioni verificabili possono costituire evidenze dell'audit e vanno registrate.

Il gruppo di Audit registra le evidenze sulle check-list di riferimento, che contengono le seguenti informazioni principali:

- i riferimenti ai campioni individuati;
- le evidenze raccolte;
- la conformità riscontrata e qualora non venga riscontrata il riferimento alla non conformità rilevata;
- il riferimento a eventuali raccomandazioni per il miglioramento;
- la coerenza della rivalutazione del rischio associato all'attività.

Tra le informazioni presenti nella check-list è sicuramente la più significativa quella rappresentata dalla raccolta delle evidenze oggettive.

L'esecuzione dell'audit prevede inoltre:

1. l'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo;
2. la selezione del campione;
3. l'esecuzione dell'attività di audit.

1. L'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo

L'oggetto principale di audit sul campo sono i cosiddetti "controlli chiave", ovvero controlli il cui mancato funzionamento potrebbe pregiudicare significativamente il raggiungimento degli obiettivi ed esporre il processo a rischi. Per identificare tali "controlli chiave" è necessario tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- numero e significatività dei rischi che vengono mitigati dal controllo;
- tipologia di controllo;
- esistenza di controlli compensativi che, in caso di fallimento del controllo in esame, potrebbero ridurre l'impatto del manifestarsi del rischio;
- probabilità che il controllo operi in modo efficace;
- eventuali cambiamenti significativi all'interno dell'ambiente di controllo per il periodo considerato.

Occorre tuttavia tener presente che:

- l'accettazione del rischio deve sempre risultare dalla documentazione dell'audit;
- il rischio può essere accettato solo da chi è effettivamente responsabile delle eventuali conseguenze.

2. La selezione del campione

Il gruppo di Audit, una volta definiti i controlli chiave oggetto di audit, richiede alla Struttura l'universo di transazioni che costituiranno la popolazione.

La definizione del campione è lasciata alla discrezionalità del Gruppo di Audit che selezionerà l'ampiezza dello stesso anche in base alla sua esperienza. A titolo esemplificativo, per la definizione del campione, si rimanda alle norme UNI EN ISO, in particolare la UNI ISO 2859-1 "Procedimenti di campionamento nell'ispezione per attributi - Parte 1: Schemi di campionamento indicizzati secondo il limite di qualità accettabile (AQL) nelle ispezioni lotto per lotto" che permette di definire il campionamento a seconda del livello di qualità accettabile stabilito.

Al fine di completare la selezione e l'identificazione del campione di analisi per l'esecuzione dei test, un altro aspetto da considerare è quello relativo alle tecniche di campionamento. Queste sono necessarie per identificare le modalità per selezionare i casi relativi al campione identificato.

La metodologia di campionamento da utilizzare può essere più o meno efficace a seconda della situazione e del contesto relativo al controllo oggetto del test. Essa può essere:

- Mirata;
- Casuale;
- A blocchi;
- Per intervalli;
- Stratificata.

La tipologia di campionamento utilizzata è prettamente un metro dì giudizio: più rischiose sono le procedure da validare, più forte è il grado di precisione richiesto all'analisi. Essa 'include, necessariamente, una componente di errore definita errore di campionamento, poiché è stata esaminata soltanto una porzione limitata della popolazione

3. L'esecuzione dell'attività di audit

Selezionato il campione, si procede all'esecuzione vera e propria de l'audit.

L'attività di audit è volta alla ricerca delle evidenze oggettive al fine di valutare la conformità ai requisiti. Le evidenze dell'audit sono i documenti, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili; solo le informazioni verificabili possono costituire le evidenze dell`Audit e vanno registrate.

Qualora l'Auditor verifichi il mancato soddisfacimento di un requisito formalizza una Non Conformità nella quale si specifica il requisito disatteso riportando l'evidenza oggettiva; nel caso in cui non vi sia un'evidenza oggettiva ma l'auditor ravvisa una potenziale area di miglioramento, può formalizzare una Raccomandazione.

Nel corso dell'esecuzione dell'audit le eventuali eccezioni sollevate dal responsabile o referente della Struttura oggetto di audit vanno accuratamente approfondite e dettagliatamente formalizzate nella check-list e nel Rapporto di Audit. Questo consente al Responsabile del Gruppo di Audit, ai destinatari del rapporto e al personale che effettuerà eventualmente un audit successivo, di comprendere il significato e l'importanza del rilievo effettuato.

I risultati dei test eseguiti vanno valutati al fine di verificare che l'evidenza esaminata sia sufficientemente ampia per giungere a conclusioni ragionevolmente corrette. L`audit sul campo può essere esteso ad altri elementi, al fine di verificare se una determinata non conformità possa essere ricondotta ad un'isolata eccezione. Le informazioni aggiuntive rilevate dagli ulteriori test potrebbero fornire un più elevato grado di certezza in merito al rilievo da riportare nel Rapporto di Audit.

Le verifiche sono svolte con l'utilizzo di apposite check-list differenziate in relazione alla tipologia di processo da esaminare.

#### *4.2.4.3. Preparazione del rapporto di audit*

Il Rapporto di Audit è predisposto dal Responsabile del Gruppo di Audit sul modulo aziendale "Rapporto Audit Interno" (R.A.I.), deve contenere le conclusioni sul grado di conformità di quanto si è valutato, descrivere Io scopo, l'ampiezza e i risultati dell'audit, evidenziare i rilievi, le raccomandazioni e le conclusioni formulate a seguito del lavoro e riportare l'opinione del Responsabile di Audit sull'andamento dell'audit.

Il Rapporto di Audit Interno comprende:

- la data, l'area oggetto dell'audit, l'oggetto e l'estensione dell'audit e i documenti di riferimento;
- i componenti del gruppo di audit e il personale della Struttura coinvolta;
- il giudizio globale sull'esito dell'audit;

- le non Conformità e le Raccomandazioni eventualmente riscontrate;
- il testo del rapporto nel quale vengono evidenziati anche gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti.

#### *4.2.4.4 Riunione di chiusura*

È la riunione con cui termina l'attività di audit: è condotta dal Responsabile del Gruppo di Audit e vi partecipano gli altri eventuali auditor e il Responsabile della Struttura oggetto di audit.

Il Responsabile del Gruppo di Audit illustra le eventuali non Conformità e Raccomandazioni riscontrate, fornisce ulteriori chiarimenti in merito al campionamento, esprimendo un giudizio globale sull'esito dell'Audit.

Il Responsabile della Struttura oggetto di audit ha il diritto di chiedere tutti i chiarimenti ritenuti necessari e opportuni ed esprimere eventuali riserve in merito alle non conformità riscontrate.

In caso di mancata condivisione delle Non Conformità rilevate, il punto di vista del Responsabile della Struttura oggetto di audit. dovrà esser riportato nel rapporto di Audit.

#### *4.2.4.5 Comunicazione dei risultati*

Il Responsabile del Gruppo di Audit trasmette il Rapporto di Audit al Responsabile della Struttura oggetto di audit e alla Funzione di Internal Audit entro 10 giorni dalla data di audit.

La Funzione di Internal Audit analizza i risultati e registra l'esecuzione dell'audit sul programma annuale.

### 4.3 Le azioni correttive e di miglioramento

Sulla base dei Rapporti di Audit, in relazione alle Non Conformità rilevate dal Gruppo di Audit, il Responsabile della Struttura, con la collaborazione del Responsabile della Funzione di Internal Audit, corregge la Non Conformità e individua le azioni correttive volte al non ripetersi della Non Conformità stessa sul modulo "Azioni correttive e di Miglioramento", e lo trasmette alla Funzione Internal Audit per la valutazione.

Il modulo Azioni correttive e di Miglioramento comprende:

- la descrizione della Non Conformità;
- la rilevazione e l'analisi delle cause;
- la proposta di intervento;
- le attività e gli obiettivi da raggiungere;
- il responsabile dell'esecuzione dell'azione;
- la tempistica e le responsabilità;
- la verifica dell'efficacia e il riesame.

## 5. CONTROLLI PERIODICI

La Funzione di Internal Audit tiene sotto controllo tutto il ciclo degli audit interni attraverso il programma degli audit interni e l'elenco e il monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento.

L'attività del Responsabile della Funzione di Internal Audit e del personale afferente alla Funzione prosegue con i controlli periodici, ossia con il monitoraggio e la verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'Azione, da parte della Struttura.

Spetta al Responsabile della Funzione di Internal Audit definire la natura, il grado di approfondimento e la tempistica dei controlli periodici, in funzione:

- della significatività dei rilievi riscontrati;
- dell'importanza delle conseguenze;
- del periodo di tempo richiesto.

### 5.1 Monitoraggio dell'azione correttiva e di miglioramento

Il monitoraggio dell'azione correttiva e di miglioramento avviene sulla base delle informazioni fornite periodicamente dal Responsabile della Struttura secondo le scadenze previste nell'azione stessa.

In caso di azioni correttive da eseguirsi con l'adozione di nuove procedure, produzione di reportistica o aggiornamento di procedure esistenti, lo stato di attuazione dell'azione deve essere definito sulla base delle evidenze ricevute.

### 5.2 Pianificazione dei controlli periodici

Se le informazioni fornite dalla Struttura non sono sufficienti per determinare lo stato di attuazione dell'azione correttiva, potrà essere necessario programmare dei controlli periodici per verificare le azioni intraprese dal Responsabile della Struttura.

Per organizzare l'intervento di controllo occorre:

- comunicare con almeno 15 giorni di anticipo, la data dell'incontro; acquisire la documentazione
- relativa alle azioni correttive intraprese;
- esaminare la documentazione acquisita e richiedere eventuali integrazioni.

Durante il controllo il personale afferente alla Funzione di Internal Audit verifica con il Responsabile della Struttura l'efficacia delle azioni correttive e di miglioramento. Sulla base di tale esito si valuterà se effettuare nuovamente una attività di audit.

L'esito dei controlli periodici effettuati viene registrato sull'elenco e monitoraggio delle azioni correttive di miglioramento.

### 5.3. Effettuazione dei controlli periodici

Il livello di attuazione delle azioni correttive e di miglioramento, descritto sul modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento", deve essere sintetizzato in:

a) azione attuata: sono state attuate le azioni previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace o sono state intraprese azioni anche differenti da quelle programmate che hanno tuttavia raggiunto il medesimo obiettivo;

b) azione parzialmente attuata: le azioni previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace sono in corso, ma non ancora completate. Si rende pertanto necessaria l'effettuazione di un successivo intervento di controllo;

c) azione non attuata: le azioni previste non sono state implementate.

### 5.4 Elenco e monitoraggio delle azioni correttive di miglioramento

Sulla base delle informazioni ricevute e dei risultati dei controlli periodici viene aggiornato il modulo "Elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento" aggiornando Io stato di attuazione delle stesse. Il modulo è aggiornato e archiviato da parte del personale della Funzione di Internal Audit.

## 6. GESTIONE E ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La Funzione di Internal Audit conserva tutta la documentazione relativa alla propria attività, per i 5 anni successivi all'anno di riferimento. Il materiale viene custodito al fine di garantire la segretezza degli atti.

In particolare la Funzione di Internal Audit gestisce la documentazione relativa a:

1. Risk Assessment;
2. Esecuzione degli audit interni.

1. Risk Assessment

La documentazione relativa alla rivalutazione dei rischi descritta nel paragrafo 3.1.5 "Valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo)" deve essere trasmessa formalmente alla Funzione di Internal Audit dal Direttore/Responsabile delle singole Strutture.

2. Esecuzione degli audit interni

In relazione all'esecuzione degli audit interni la Funzione di Internal Audit assegna un codice identificativo univoco ad ogni singolo audit con numerazione progressiva e anno di riferimento e archivia per singolo audit:

- la lettera per la comunicazione di avvio attività di audit;
- il piano di audit (eventuale);
- il Rapporto di Audit;
- i rapporti di Non Conformità (eventuali);
- le liste di riscontro utilizzate;
- le azioni correttive aperte (eventuali);
- la documentazione relativa ad eventuale attività di controllo.

Tutta la documentazione relativa all'audit sul campo deve essere trasmessa dal Responsabile del Gruppo di Audit alla Funzione di Internal Audit.

## 7. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In conformità con quanto previsto dall'art. 35 del D.Lgs.196/03, qualora atti e documenti in formato cartaceo contengano dati personali, sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere custoditi sottochiave dagli incaricati del controllo interno, in appositi armadi, in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione.

In conformità con quanto previsto dall'art. 22 del D.Lgs.196/03, nel caso di conservazione nell'archivio informatico di dati personali, in particolare se sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere trattati con tecniche di cifratura o mediante l'utilizzazione di codici identificativi o di altre soluzioni che, considerato il numero e la natura dei dati trattati, li rendano temporaneamente inintelligibili anche a chi è autorizzato ad accedervi e permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità.

In ogni caso dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservati separatamente da altri dati personali.

### 7.1 Relazione annuale del controllo interno

Al termine di ogni annualità il Responsabile dell'Internal Audit redige una relazione sull'attività svolta, destinata al Direttore Generale.

Questa relazione è tra l'altro propedeutica alla definizione del piano di audit dell'annualità successiva.

La relazione annuale viene presentata dal Responsabile dell'Internal Audit entro il 15 gennaio di ogni anno e fa riferimento all'anno solare precedente. La relazione presenta i risultati dell'attività, articolandoli come segue:

- copertura del piano di audit, cioè quanto effettivamente svolto nel corso del periodo, in comparazione con quanto era stato previsto; vengono giustificate tutte le variazioni rispetto alla programmazione iniziale e definiti i tempi e le modalità di effettuazione degli interventi non svolti nell'anno;
- sintesi delle principali osservazioni, rilevate nel corso degli interventi effettuati;
- sintesi dell'attività di follow up, inerente al grado di implementazione dei piani di azione concordati nel corso dei periodi precedenti e oggetto di specifiche verifiche nel corso dell'annualità appena conclusa;
- valutazione sintetica del sistema di gestione e controllo della funzione del controllo interno aziendale, sulla base dei test condotti direttamente e delle risultanze dei controlli effettuati dalle funzioni di controllo interno aziendale;
- sintesi delle altre attività extra piano, cioè quelle di eventuali audit / interventi non programmati; vengono inoltre riassunte le attività non relative al controllo svolte, quali progetti a supporto della Direzione richiesti in seguito ad osservazioni formulate da organi terzi (interventi richiesti dal Ministero della Salute, a titolo esemplificativo), ecc.;
- analisi e valutazione dell'attività di audit, che consiste in una disamina dell'operato e delle eventuali difficoltà emerse, delle possibilità di intervento per incrementare qualità ed efficacia dell'azione di audit.

## 8. OBBLIGO DI DENUNCIA

Qualora dall'attività di Audit emergano fatti che possano generare responsabilità erariale o penale, il Responsabile Internal Audit, provvede alle dovute comunicazioni alle relative autorità competenti, dandone contestuale notizia riservata alla Direzione Aziendale ed al soggetto titolare dell'eventuale azione disciplinare.

## 9. MODULISTICA

- Mappatura dei rischi (1_ASLRoma5_MOD-MDR)
- Programma degli Audit Interni (2_ASLRoma5_MOD-PAI)
- Piano di Audit (3_ASLRoma5_MOD-PA)
- Rapporto di Non Conformità in audit (4_ASLRoma5_MOD-RNC)
- Rapporto Audit Interno (5_ASLRoma5_MOD-RAI)
- Azione correttiva e di miglioramento ASLRoma5 (6_MOD-ACM)
- Elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento (7_ASLRoma5_MOD-EACM)

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **MAPPATURA DEI RISCHI** | ASLRoma5_MOD-MDR |
|---|---|---|

| N. | FASE DEL PROCESSO | RISCHIO | EFFETTO (Descrizione) | RISCHIO FRODE | CONTROLLO | TIPOLOGIA DI CONTROLLO (IT/MANUALE) | FREQUENZA | UOC / RESPONSABILE | PROBABILITÀ | IMPATTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **PROGRAMMA DEGLI AUDIT INTERNI**<br>**20XX-20XX** | ASLRoma5_MOD-PAI |
|---|---|---|

Anno 20xx

| N° | ➢ AREA / SETTORE<br>➢ ATTIVITA' / PROCESSI<br>➢ REQUISITI | PERSONALE COINVOLTO | RESPONSABILE DEL GRUPPO DI AUDIT | DATA PREVISTA mm/aa | DATA DI ESECUZIONE gg/mm/aa | RICEZIONE RAPPORTO gg/mm/aa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **PIANO AUDIT** | ASLRoma5_MOD-PA |
|---|---|---|

| **Area oggetto dell'audit** | | |
|---|---|---|
| **Gruppo di audit** | **Nome e cognome** | **Funzione**[1] |
| | | |
| | | |
| | | |

| Data | Orario | Auditor | Interlocutori | Processi/aspetti da sottoporre ad audit | NOTE |
|---|---|---|---|---|---|
| __/__/____ | | | | Riunione di apertura | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Riunione di chiusura | |

| Data compilazione piano: | Firma RGA |
|---|---|

[1] **RGA**: Responsabile Gruppo di Audit; **A**: Auditor; **AF**: Auditor in Formazione; **O**: Osservatore; **ES**: Esperto di Settore

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **Rapporto di *Non Conformità* in audit** | ASLRoma5_MOD-RNC |
|---|---|---|

Unità Operativa / Struttura:_____

☐ NC n._____ ☐ RAC n._____

REQUISITO NON SODDISFATTO:_____

**NON CONFORMITA' RISCONTRATA (EVIDENZA OGGETTIVA):**

**RACCOMANDAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO:**

Data_____/_____/_____ Firma RGA/A_____

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **Rapporto Audit Interno** | ASLRoma5_MOD-RAI |
|---|---|---|

AUDIT N°: DATA:

AREA OGGETTO DELL'AUDIT .....

OGGETTO ED ESTENSIONE DELL'AUDIT.....

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO: .....

.....

| **GRUPPO DI AUDIT** | |
|---|---|
| **NOME E COGNOME** | **FUNZIONE** |
| | |
| | |
| | |
| | |

| **PERSONALE COINVOLTO** | |
|---|---|
| **NOME E COGNOME** | **FUNZIONE** |
| | |
| | |
| | |
| | |

## GIUDIZIO GLOBALE SULL'ESITO DELL'AUDIT

| GIUDIZIO SULL'ESITO DELL'AUDIT | NEGATIVO | ABBASTANZA POSITIVO | POSITIVO | MOLTO POSITIVO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| LIVELLO DI APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE | BASSO | MEDIO | ALTO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO NELL'AUDIT | BASSA | MEDIA | ALTA |
|---|---|---|---|
| | | | |

| LE NC COMPROMETTONO IL GIUDIZIO GLOBALE SULL'ESITO DELL'AUDIT | SI | NO |
|---|---|---|
| | | |

| LA RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO È IN LINEA CON LE EVIDENZE DELL'AUDIT | SI | NO |
|---|---|---|
| | | |

## NON CONFORMITA' RISCONTRATE

## RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

## TESTO DEL RAPPORTO

Data: ...../...../.....  Firma di RGA:.....

| Distribuzione | | |
|---|---|---|
| **Data** | **Funzione** | **Firma** |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | n° | Azione Correttiva | ☐ | ASLRoma5_MOD-ACM |
|---|---|---|---|---|
| | n° | Azione di Miglioramento | ☐ | |

| **Descrizione della Non Conformità o dell'attività da migliorare:** |
|---|
| |
| **Rilevazione e analisi cause:** |
| |
| **Proposta di intervento:** |
| |

| | |
|---|---|
| **Data:** | **Firma Proponente:** |
| **Data:** | **Firma DIR/UOC:** |
| **Data:** | **Firma RESP/UOSD-Controlli Interni e Processi di Audit:** (se necessario) |
| **Data apertura azione:** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | n° | Azione Correttiva | ☐ | ASLRoma5_MOD-ACM |
| | n° | Azione di Miglioramento | ☐ | |

| Azione Correttiva/di Miglioramento | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Attività/Obiettivi** | **Entro il** | **Resp. Attuazione** | **Resp. Verifica** | **Note** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Chiusura attività:**

**Data:** **Firma Resp. Attuazione:**

**Verifica dell'efficacia:**

**Data:** **Firma Resp. Verifica:**

**Riesame dell'azione:**

**Data:** **Firma Resp. Riesame:**

| SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5 | **ELENCO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO** | ASLRoma5_MOD-EACM |
|---|---|---|

| Identificativo | Descrizione riassuntiva Azione Correttiva/di Miglioramento | Data apertura | UO di riferimento | Esito della verifica di efficacia | Data chiusura ACM |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |