IRE ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA ISG ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO
ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

DELIBERAZIONE N. **784** DEL **01/09/2025**

OGGETTO: MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL MANUALE INTERNAL AUDIT DI CUI ALLA DELIBERA N. 271 DEL 24.03.2025

Esercizi/o e conto . Centri/o di costo . **- Importo presente Atto: € .** **- Importo esercizio corrente: € .** Budget **- Assegnato: € .** **- Utilizzato: € .** **- Residuo: € .** **Autorizzazione n°: .** Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**	STRUTTURA PROPONENTE **UOC Risorse Economiche** Il Dirigente Responsabile **Giovanna Evangelista** Responsabile del Procedimento **Giovanna Evangelista** L'Estensore **Giovanna Evangelista** Proposta n° DL-783-2025
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 13/08/2025 IL DIRETTORE SANITARIO f.f. **Costanza Cavuto**	**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO** Positivo Data 12/08/2025 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO **Massimo Armitari**

La presente deliberazione si compone di n° 6 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:
Manuale Internal Audit _upd
Allegato 1 Tenlate Piano di Audit
Allegato 2 Verbale di Audit
Allegato 3 Griglia di Verifica
Allegato 4 Rapporto di Audit
Allegato 5 Piano delle Azioni Correttive

Il Dirigente della UOC Risorse Economiche

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni; il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

VISTA la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021 e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00015 del 12 febbraio 2025 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale …… degli IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri" (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.);

VISTA la Deliberazione n. 160 del 18 febbraio 2025 di presa d'atto dell'insediamento del Direttore Generale dell'IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri Dott. Livio De Angelis;

VISTA la Deliberazione n. 293 del 31.03.2025 con la quale il Dott. Massimo Armitari è stato nominato Direttore Amministrativo degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO);

VISTA la Deliberazione n. 367 del 23 aprile 2024 con la quale la Dott.ssa Costanza Cavuto è stata nominata Direttore Sanitario f.f. degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;

VISTO il D.M. del Ministero della Salute del 20 giugno 2024 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di "oncologia" per l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di "dermatologia" per l'Istituto Santa Maria e San Gallicano (ISG);

VISTO il DCA U00292 del 2 luglio 2013 con il quale è stato adottato il Piano Attuativo della Certificabilità nonché la Relazione di Accompagnamento al Piano e contestualmente è stato nominato il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria quale soggetto Responsabile del Coordinamento dei PAC;

VISTI i successivi provvedimenti: i DCA n. U00059 del 12 febbraio 2015, n. U000311 del 11 ottobre 2016. n. U00069 del 13 marzo 2018 e da ultimo la DGR 938 del 15 novembre 2024 con i quali la Regione Lazio, in seguito al processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, ha riproposto il Piano Attuativo della Certificabilità Regionale e delle singole Aziende, all'avvio del progetto (Progetto SANPAC), alla istituzione della funzione di "Internal Audit Regionale adottando il documento "Modello regionale di controllo interno e processi di audit"

CONSIDERATO che con la DGR n. 938 del 15 novembre 2024, tenuto conto dei pareri congiunti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato approvato l'"Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità", che ha riprogrammato la scadenza delle attività di revisione rinviandola al 31 dicembre 2025.

PRESO ATTO della Delibera n. 235 del 24.03.2022 con cui la dott.ssa Giovanna Evangelista, Direttore della UOC Risorse Economiche, è stata individuata quale Responsabile PAC aziendale.

PRESO ATTO della Delibera n.1021 del 20.12.2024 con cui gli IFO, in ottemperanza alle disposizioni contenute nella citata DGR 938/2024 hanno adottato il Piano Attuativo di Certificabilità che prescrive l'aggiornamento e la rivisitazione

delle Procedure Amministrativo Contabili degli Enti SSR in coerenza con le normative in vigore.

ATTESO che con Delibera n. 271 del 24.03.2025, gli IFO hanno adottato il Manuale Internal Audit redatto in conformità alle Linee Guida Regionali contenute nel Piano di cui alla DGR n.938 del 15.11.2024,

ATTESO che, successivamente è stata adottata la Determina GSA n. G08222 del 27/06/2025 - "Approvazione della Guida Operativa sulla Funzione e attività di Internal Audit delle Aziende Sanitarie pubbliche". - che contiene riferimenti agli standard GIALS (Global Internal Audit Standard) emanati dell'Institute of Internal Auditors (IIA)

CONSIDERATO che la predetta Determina GSA ha reso necessario adeguare il Manuale Internal Audit già adottato con delibera n. 271 del 24.03.2025 alle disposizioni contenute nella Guida Operativa citata, al fine di garantirne l'allineamento agli standard GIALS e all'inclusione di una maggiore analisi dei rischi di illecito e di frode.

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

PROPONE

per i motivi di cui in narrativa, che si intendono integralmente confermati, di adottare il nuovo documento aggiornato del "Manuale Internal Audit" comprensivo degli allegati: 1 "Template Piano di Audit", .2 "Verbale di Audit", 3 "Griglia di Verifica", 4 "Rapporto di Audit", 5 "Piano delle Azioni Correttive" cosi come redatti allegati al presente atto a costituirne parte integrante e sostanziale.

Il Dirigente della UOC Risorse Economiche

Giovanna Evangelista

Il Direttore Generale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006 n. 2;

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico";

Visto l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19 febbraio 2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2 luglio 2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02 dicembre 2020, n. 46 del 21 gennaio 2021 e n. 380 del 25 marzo 2021, approvate dalla Direzione Salute e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30 marzo 2021;

Visto l'art. 3 comma 6 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, non ché l'art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94.

In virtù dei poteri di cui alla delibera IFO n. 160 del 18 febbraio 2025 inerente l'insediamento del Direttore Generale Dott. Livio De Angelis;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;

ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente *"MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL MANUALE INTERNAL AUDIT DI CUI ALLA DELIBERA N. 271 DEL 24.03.2025"* e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dott. Livio De Angelis

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Area	Esempio: Debiti e costi			
Obiettivi				
Processi				
Tipologia di verifica				
Frequenza di verifica				
Descrizione di verifica				
Tipologia di controllo				
Documentazione di supporto				
Referente Aziendale				
Note				

VERBALE DI AUDIT			
Ora e luogo	**Attività**	**Referente Audit**	**Referente UU.OO**
Data:			
Sede:			
Data:			
Sede:			
Data:			
Sede:			

Griglia di Verifica Attività di Audit - xxx																			
Processo / Attività	**Obiettivo del controllo**	**Riferimento normativo / Procedurale**	**Modalità di Esecuzione**	**Responsabile del Processo**	**ID**	**Anno**	**Autorizzazione**	**Conto**	**Importo**	**Fornitore/ Cliente**	**Descrizione Fornitore/Cliente**	**Data Documento**	**Evidenze Documentali**	**Controllo X**	**Controllo XX**	**Controllo Eseguito?**	**Esito**	**Osservazioni / Note**	**Azioni Correttive**

Legenda
Colonne standard per le attività di controllo
Colonne da personalizzare in funzione delle aree oggetto di verifica

EXECUTIVE SUMMARY

XXXX

OBIETTIVI / AMBITO DI AUDIT

XXXX

CONSTATAZIONI

XXXX

AZIONI CORRETTIVE

XXXX

ALLEGATI

XXXX

ID AZIONE MIGLIORATIVA	AZIONE MIGLIORATIVA	REFERENTI / RESPONSABILI	SCADENZA
1.1			
1.2			
…			

Piano delle Azioni Correttive								
ID	**Area / Processo**	**Non Conformità**	**Azione Correttiva**	**Responsabile**	**Data Inizio**	**Data Scadenza**	**Stato**	**Note / Evidenze**

REGIONE LAZIO

MANUALE DI INTERNAL AUDIT

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
IRCCS
ISTITUTI FISIOTERAPICI
OSPITALIERI

IRE
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
REGINA ELENA

ISG
ISTITUTO DERMATOLOGICO
SAN GALLICANO

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

INDICE

INDICE 2
1 INTRODUZIONE 3
2 OBIETTIVO DEL DOCUMENTO E DESTINATARI 3
3 RIFERIMENTI NORMATIVI E DI INDIRIZZO 4
4 ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT E POSIZIONE ORGANIZZATIVA 6
5 PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA 6
6 COMPITI E RESPONSABILITÀ 7
7 PROGRAMMAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ 8
8 METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI 10
8.1 Risk Assessment 11
8.2 Valutazione della vulnerabilità aziendale 13
8.3 Valutazione del rischio residuo 14
9 IL CICLO DI INTERNAL AUDIT 15
9.1 Fase di pianificazione e programmazione 15
9.2 Fase di avvio 16
9.3 Fase di analisi del processo e di testing 16
9.4 Fase di chiusura e reporting 17
9.5 Fase di monitoraggio e follow-up 18
9.6 Fase di archiviazione ed eventuale denuncia erariale 19
10 INTERAZIONE CON LA FUNZIONE DI AUDIT REGIONALE 19
11 ALLEGATI 19

Redazione	Gruppo di redazione: Giovanna Evangelista Livio Cardelli

1 INTRODUZIONE

Nell'ambito delle attività di coordinamento previste dall'art. 2 del D.I. del 17 settembre 2012, la Regione Lazio ha evidenziato l'importanza della funzione del Controllo Interno, nonché, ai sensi del DCA n. 297/19 e precedenti, ha sottolineato il ruolo fondamentale che riveste l'adozione di un sistema di Internal Audit da parte delle Aziende Sanitarie Locali, in coerenza con l'obiettivo A.1 di "*Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio" dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC). Tale obiettivo è orientato alla verifica della corretta applicazione delle procedure, al fine di favorire la diffusione di una "cultura del controllo*".
A tal fine gli IFO stanno provvedendo alla nomina di un Auditor esterno per lo svolgimento delle attività di Internal Auditing (di seguito IA) in ottemperanza alla DGR 938 del 15 novembre 2024 avente ad oggetto "*Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo Modello regionale di controllo interno e Processi di audit*" che prevede che le Aziende del SSR provvedano ad adottare un proprio Manuale Aziendale di controllo interno, che adatti, integri e sviluppi il modello regionale in base ai processi aziendali ed ai rischi identificati, indicando al contempo il modello organizzativo ed i soggetti responsabili per l'esecuzione del processo.

2 OBIETTIVO DEL DOCUMENTO E DESTINATARI

Il presente Manuale di Internal Audit ha l'obiettivo di fornire una guida pratica e un riferimento metodologico per lo svolgimento delle attività di audit. I destinatari del presente manuale sono le Direzioni Aziendali, i responsabili delle Strutture (UUOO) degli IFO che possono essere oggetto di interventi di Audit e la Funzione di Internal Audit o l'Auditor Incaricato.

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

- Definire le metodologie adottate dall'Azienda nel processo di identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi, congiuntamente ai relativi controlli applicati.
- Standardizzare le fasi di azione, le tempistiche e gli output prodotti dall'attività di Internal Auditing.
- Definire gli ambiti di responsabilità e di cooperazione tra l'Auditor e le atre Strutture aziendali a vario titolo coinvolte.

La stesura del presente manuale tiene conto delle normative vigenti, dei regolamenti e delle procedure interne nonché degli Standard Internazionali di riferimento. In particolare tale manuale è stato redatto in conformità ai Global Internal Audit Standards (GIAS), pubblicati dall'Institute of Internal Auditors (IIA) nel gennaio 2024 ed entrati in vigore il 9 gennaio 2025. Con l'aggiornamento dei succitati standard, l'IIA ha inteso rafforzare il ruolo strategico dell'Internal Audit, enfatizzando l'importanza dell'adozione di un approccio proattivo nella valutazione del governo aziendale, nella gestione del rischio e nell'efficacia dei

controlli interni. Particolare attenzione viene dedicata alla prevenzione e alla rilevazione del rischio frode, sottolineando il contributo dell'Internal Audit nella protezione dell'integrità e della trasparenza dei processi aziendali.

N.B. Sebbene i GIAS si applichino a tutte le tipologie di aziende, nell'ambito del settore pubblico il loro impiego deve considerare anche le 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 stakeholders, inclusi cittadini e organi istituzionali di controllo. Nel settore pubblico la funzione di Internal Audit assurge ad un ruolo di maggior tutela dell'interesse collettivo rispetto a quello marginale previsto nel settore privato.

Il contenuto del presente Manuale potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo o normativo e sulla base dei risultati annuali ottenuti dallo svolgimento dell'attività di auditing.

3 RIFERIMENTI NORMATIVI E DI INDIRIZZO

Nel presente paragrafo sono riportati i riferimenti normativi ad oggi vigenti cui la Funzione di Internal Audit e gli auditors incaricati dovranno fare riferimento nell'espletamento delle proprie attività:

- 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*";
- Determinazione – GSA n. G08222 del 27/06/2025: "*Approvazione della Guida Operativa sulla Funzione e attività di Internal Audit delle Aziende Sanitarie pubbliche, a seguito della DGR n. 938 del 15/11/2024*".
- 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 (International Standards on Auditing), ISAE (Internationally Standards on Attestation Engagements), ISRE (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.

4 ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT E POSIZIONE ORGANIZZATIVA

Nell'ambito degli IFO la funzione di Internal Audit verrà ricoperta da un Auditor esterno, incaricato dalla Direzione Strategica Aziendale, e che a supporto della quale, svolgerà attività volte alla valutazione e mitigazione dei rischi aziendali, e alla razionalizzazione dei processi in un'ottica di miglioramento continuo. Tali attività di Internal Audit dovranno essere realizzate secondo principi di indipendenza ed obiettività, assumendo un ruolo di assurance e consulenza, finalizzata a migliorare l'efficienza, l'efficacia e il sistema di controllo interno dell'Ente nel suo complesso. All'Auditor Incaricato sarà affidato il compito di verificare l'idoneità del sistema di controllo interno di gestione del rischio e l'individuazione delle criticità relative ai processi aziendali.

Tale Auditor Incaricato dovrà inoltre possedere adeguate competenze professionali e in quanto consulente esterno dell'Azienda, svolgerà le sue attività in completa indipendenza, libero da condizionamenti interni e a diretto riporto della Direzione Strategica Aziendale.

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi di controllo stabiliti, all'Auditor Incaricato deve essere assicurato l'accesso ai sistemi aziendali in modo che possa svolgere la propria attività in autonomia consultando tutti i dati necessari alle verifiche senza ostacolare la normale esecuzione delle operazioni quotidiane delle strutture sottoposte ad audit.

È opportuno evidenziare che l'attività svolta dall'Auditor Incaricato non ha natura ispettiva, ma si basa su principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza, contribuendo alla promozione della cultura del controllo all'interno dell'Azienda.

Nell'ambito dei sistemi di controllo aziendali, secondo il "*Modello delle tre linee*" che si articola su tre livelli di controllo:

- Primo livello: controllo strategico
- Secondo livello: controllo di gestione
- Terzo livello: controllo di revisione

I primi due livelli di controllo vengono svolti internamente dai responsabili delle UUOO aziendali, mentre l'Attività di Internal Audit, in quanto svolta nell'ambito di una funzione indipendente, si colloca nella terza linea di controllo ed ha un ruolo di assurance esterna sull'adeguatezza ed efficacia della Governance Aziendale sul sistema di gestione rischi. Tale attività costituisce un livello superiore di controllo che si affianca a quello svolto nelle prime due linee di controllo dalle funzioni aziendali interne.

Lo svolgimento delle attività di Internal Audit aziendale viene coordinato, a livello regionale, dall'Area di Controllo di Gestione e Internal Audit della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria, la quale supervisiona i processi interni delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio.

5 PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA

L'Auditor Incaricato svolge il proprio ruolo con indipendenza e responsabilità, garantendo l'imparzialità delle valutazioni e il rispetto delle regole interne. Nello svolgimento delle sue attività dovrà conformarsi ai principi e agli standard di etica e professionalità dei Global Internal Audit Standards (GIAS) di integrità,

obiettività, competenza, diligenza professionale e riservatezza. L'Auditor Incaricato dovrà altresì rispettare il Codice Etico aziendale per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.
Qualora dalle attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni concreti causati alla finanza pubblica o venga acquisita notizia di un illecito penale, l'Auditor Incaricato è tenuto a dare comunicazione scritta alla Direzione Strategica, la quale a sua volta provvederà alle azioni conseguenti di denuncia presso la sezione giurisdizionale della Corte dei Conti o alla Procura della Repubblica.

6 COMPITI E RESPONSABILITÀ

L'Auditor Incaricato ha il compito di individuare eventuali violazioni delle procedure e della normativa vigente, nonché di valutare periodicamente la completezza e adeguatezza in termini di efficienza ed efficacia del sistema dei controlli interni e dell'intero processo di gestione dei rischi. Tale valutazione del sistema di gestione dei rischi è applicabile sia ai processi attuali, attraverso un'analisi ex post, sia a quelli in fase di definizione, mediante un'analisi preventiva ex ante.

L'Auditor Incaricato ha la responsabilità di svolgere le seguenti attività:

- validazione ed eventuale aggiornamento del "*Manuale di Internal Audit*";
- verifica dell'adeguatezza, dell'efficacia e della corretta applicazione del sistema di controllo interno;
- redazione del "*Piano di Audit*" per la pianificazione e realizzazione delle attività di audit;
- valutazione della conformità dei processi aziendali alle normative vigenti, alle politiche interne e agli standard professionali;
- verifica dell'adozione e rispetto delle procedure amministrativo-contabili, gestionali e sulle relative procedure operative adottate dall'Azienda;
- controllo dell'affidabilità ed integrità delle informazioni finanziarie e operative;
- monitoraggio della corretta gestione delle risorse pubbliche e valutazione dell'efficienza ed efficacia operativa dei processi, individuando criticità e opportunità di miglioramento;
- identificazione e valutazione dei principali rischi che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- analisi dei processi svolti delle aree operative più esposte al rischio, verifica dell'adeguatezza dei controlli posti in essere dall'Azienda e proposta di azioni volte alla mitigazione dei rischi rilevati;
- supporto alla Direzione Strategica Aziendale nel miglioramento continuo della governance dei processi interni;
- valutazione delle misure antifrode adottate dall'Azienda;
- collaborazione con il Collegio Sindacale per il recepimento di eventuali rilievi;
- recepimento delle indicazioni operative fornite dall'Area di Controllo di Gestione e Internal Audit della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria;

- redazione del "*Rapporto di Audit*" ed eventuale "*Relazione periodica*" per comunicazione delle risultanze delle verifiche svolte alla Direzione Strategica Aziendale, evidenziando conclusioni, raccomandazioni e piani d'azione;
- definizione dei processi di follow-up per assicurare la corretta implementazione delle azioni correttive via via proposte;

È responsabilità della Direzione Strategica Aziendale:

- adozione del "*Manuale di Internal Audit*" e delle eventuali modifiche o integrazioni richieste dall'Auditor Incaricato attraverso apposita Delibera;
- recepimento ed adozione del "*Piano di Audit*";
- comunicare all'Auditor Incaricato di eventuali integrazioni al "*Piano di Audit*" qualora specifiche aree strategiche debbano essere sottoposte ad Audit per specifiche esigenze di controllo e monitoraggio;
- assicurare il pieno accesso alle informazioni, documenti, sistemi e personale necessario allo svolgimento delle attività di audit;
- analizzare e prendere atto delle risultanze degli audit e dei piani d'azione proposti, promuovendone l'implementazione presso le strutture interessate;
- promozione di una cultura organizzativa orientata al controllo, alla trasparenza e alla responsabilità valorizzando il ruolo dell'audit come leva di miglioramento.

Vengono di seguito elencati gli obblighi del Titolare del processo sottoposto a procedura di Audit in quanto le Unità Operative o strutture aziendali sottoposte ad Audit sono tenute a prestare la propria collaborazione all'Auditor Incaricato per:

- messa a disposizione nei tempi concordati dei dati e delle informazioni richieste;
- elaborazione di eventuali commenti e azioni migliorative in risposta ai rilievi e suggerimenti elaborati dall'Auditor Incaricato;
- monitoraggio dell'attuazione delle azioni correttive di competenza;
- comunicazione di eventuali riorganizzazioni o attività che possano comportare cambiamenti nella valutazione dei rischi effettuata.

N.B. L'attività di Internal Auditing svolta dall'Auditor Incaricato non solleva i responsabili delle Unità Operative e delle funzioni aziendali dalle proprie responsabilità in merito al mantenimento di un sistema di "*controllo di primo livello*" efficace ed adeguato rispetto ai rischi connessi alla gestione. Tale attività si configura come controllo esterno aggiuntivo volta a coadiuvare il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

7 PROGRAMMAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Si elenca di seguito la documentazione necessaria alla programmazione e rendicontazione delle attività di Internal Audit realizzate dall'Auditor Incaricato:

- **Piano di Audit**: redatto con un orizzonte temporale triennale e con aggiornamento annuale dall'Auditor Incaricato a seguito dell'analisi e valutazione dei rischi e delle aree critiche presenti in Azienda. L'Auditor Incaricato, provvede annualmente all'aggiornamento di tale piano per consentire di allineare l'attività già svolta e le risultanze ottenute con eventuali ulteriori necessità scaturite nel corso dell'anno. In esso viene dettagliato il programma delle attività di audit che si intende realizzare nel periodo di riferimento. Tale piano deve essere sottoposto all'approvazione della Direzione Generale con apposita deliberazione e comunicato a Regione. Nel corso dell'anno è possibile attivare degli audit straordinari, in deroga a quanto previsto nel piano, su impulso sia della Direzione Generale che dell'Auditor Incaricato, previa approvazione del Direttore Generale, per rispondere a particolari esigenze che non erano emerse in fase di redazione del Piano.
  (Ref. "*Allegato 1_Template Piano di Audit*")

- **Verbale di audit**: strumento utile a riassumere quanto emerso durante una visita di audit, riportando le attività svolte, data, luogo e partecipanti. Viene redatto al termine dell'audit e sottoscritto dai partecipanti (UU.OO sottoposte ad audit e Auditor) per confermare la corretta rappresentazione di quanto discusso. Serve come base per eventuali azioni correttive e per il successivo rapporto di audit. Viene redatto dall'Auditor Incaricato al termine di ogni incontro.
  (Ref. "*Allegato 2_Verbale di Audit*")

- **Griglia di verifica:** strumento operativo di supporto per la conduzione delle verifiche e la valutazione strutturata dei controlli effettuati. La griglia può essere impostata in formato tabellare e articolata in righe corrispondenti ai diversi ambiti oggetto di analisi, con l'obiettivo di raccogliere in modo ordinato gli elementi di riscontro e le valutazioni qualitative.
  (Ref. "*Allegato 3_Griglia di verifica*")

- **Rapporto di audit:** redatto e sottoscritto dall'Auditor Incaricato al termine di una procedura di audit su una specifica struttura organizzativa o processo. I contenuti di questo rapporto vengono discussi con il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo sottoposto a verifica e prevedono il dettaglio dell'attività svolta, il "*Piano delle Azioni Correttive*" (da redigere nel caso siano state riscontate delle non conformità) e le azioni di follow up che devono seguire eventuali azioni correttive. Deve essere inviato al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa sottoposta ad audit e alla Direzione Strategica per metterli a conoscenza dell'esito dell'audit. La Direzione Strategica, sulla base dei rapporti periodici ricevuti, valuta l'adozione degli interventi correttivi necessari ad assicurare l'aderenza dell'organizzazione e del sistema dei controlli interni ai requisiti previsti dalla normativa regionale, tenendo conto dei suggerimenti e delle azioni migliorative formulate dall'Auditor incaricato nei confronti delle strutture sottoposte ad audit. Si allega al presente manuale un modello per la compilazione di tale Rapporto di audit che potrà essere soggetto a modifiche ed integrazioni.
  (Ref. "*Allegato 4_Rapporto di Audit*")

- **Piano delle Azioni Correttive:** documento operativo redatto a seguito di un audit, volto a individuare, programmare e monitorare gli interventi necessari per correggere le non conformità riscontrate. Tale strumento consente di garantire il miglioramento continuo dei processi, assegnando responsabilità specifiche, tempistiche e modalità di verifica per ogni azione correttiva. Il piano deve essere chiaro, tracciabile e aggiornato periodicamente, includendo le evidenze dell'attuazione e l'esito delle verifiche sull'efficacia delle misure adottate.
  (Ref. "*Allegato 5_Piano delle Azioni Correttive*")

- **Relazione Annuale (opzionale)**: redatta dall'Auditor Incaricato allo scopo di rendicontare tutte le attività di audit svolte nell'anno trascorso, includendo le azioni realizzate da piano ed eventuali interventi straordinari richiesti dalla Direzione o dall'Auditor stesso. Tale relazione viene inviata alla Direzione Generale.

8 METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

L'Auditor Incaricato deve effettuare una mappatura dei processi al fine di poter realizzare un'attività di Risk Assessment volta alla valutazione delle diverse tipologie di rischio che possono modificare i risultati aziendali attesi o impedire che l'Azienda raggiunga i propri obiettivi. L'Auditor Incaricato deve provvedere all'individuazione dei rischi specifichi a cui l'Azienda è sottoposta al fine di individuare le aree, ovvero le funzioni o processi, maggiormente critiche e sulle quali intervenire in via prioritaria. L'attività preliminare di Risk Assessment è funzionale alla stesura del Piano di Audit ed alla conduzione della specifica attività di auditing. La valutazione procede dall'esame del processo in rapporto al contesto generale dell'Azienda, all'andamento della performance e al complesso dei controlli esistenti.
Si elencano di seguito, a titolo di esempio, alcuni fattori che possono incidere sulla valutazione del rischio delle strutture organizzative oggetto di analisi:

- complessità delle attività gestite;
- volumi delle attività gestite;
- quantità di personale gestito;
- budget gestito;
- sporadicità dell'attivazione delle procedure;
- alta frequenza di replicazione delle procedure che porta ad automatismi/consuetudini;
- frequenti revisioni della normativa vigente;
- effettiva esistenza e corretta applicazione dei controlli;
- analisi di disponibilità delle risorse necessarie alla corretta applicazione dei controlli.

8.1 Risk Assessment

Lo strumento metodologico adottato dall'Auditor Incaricato per effettuare la mappatura del rischio Aziendale è la "*Matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix)*". Tale strumento permette di valutare il rischio in termini di **probabilità** (intesa come 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).
La valutazione viene effettuata ex-ante, si tratta dunque di un'analisi di tipo qualitativo.

Ai fini di una corretta redazione della matrice dei rischi, l'Auditor Incaricato dovrà procedere per singole aree di Bilancio, ed in coerenza con gli indirizzi dei PAC (Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci), la valutazione del rischio sarà focalizzata sulle aree critiche ai fini della certificabilità individuate dalla DGR 938/2024 quali:
- Immobilizzazioni.
- Rimanenze.
- Crediti e ricavi.
- Disponibilità liquide.
- Patrimonio netto.
- Debiti e costi.
- Fondi per Rischi ed Oneri.

Per ciascuna area di Bilancio individuata, l'Auditor Incaricato dovrà mappare i processi gestionali e amministrativi rilevanti. La mappatura dei processi consente di identificare le fasi critiche in cui possono originarsi errori o comportamenti non conformi. Una volta individuati i processi, si procederà a dettagliare i sotto-processi, ossia le singole attività operative che compongono il processo principale. Questa scomposizione permette di focalizzare l'analisi del rischio in modo puntuale, identificando esattamente dove possono emergere criticità o mancanze di controllo.
Per ciascun processo oggetto di analisi l'Auditor Incaricato dovrà definire uno o più obiettivi di controllo che rappresentino ciò che il processo dovrebbe garantire in termini di correttezza, completezza, conformità normativa o tempestività. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la successiva analisi dei rischi. Per ciascun obiettivo di controllo si andranno ad individuare i rischi specifici che potrebbero comprometterne il raggiungimento. È importante in questa fase che il rischio sia descritto in modo concreto, collegandolo a eventi plausibili e contestualizzati. L'Auditor dovrà infine formulare una descrizione dettagliata del rischio, evidenziando le condizioni che possono determinarne l'insorgenza, le modalità con cui può manifestarsi e le possibili conseguenze sull'organizzazione.

Le principali tipologie di rischio sono:

- **Rischio operativo**: legato a inefficienze nei processi interni;
- **Rischio di compliance**: legato al mancato rispetto di norme e regolamenti;
- **Rischio finanziario**: impatto diretto sull'informativa finanziaria;
- **Rischio strategico**: legato alle scelte strategiche dell'organizzazione;

- **Rischio reputazionale**: impatto sull'immagine dell'azienda;
- **Rischio di frode**: legato a comportamenti fraudolenti.

Il calcolo del rating del rischio inerente si ottiene moltiplicando il valore numerico dell'impatto per quello della probabilità:
GRADO DI RISCHIO (RISCHIO INERENTE) = PROBABILITÀ x IMPATTO

Nelle tabelle seguenti vengono esplicitate le modalità valutative applicate con tale metodologia di analisi:

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'	
Quasi certo	È presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (es: anno).
Molto probabile	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con 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 aziendali (es: casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici).
Medio	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione.
Basso	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es: 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:

MATRICE RACM			
PROBABILITA'	**IMPATTO**		
	Basso	**Medio**	**Alto**
Quasi certo	Medio	Medio/Alto	Alto
Molto probabile	Medio/Basso	Medio	Medio/Alto
Poco probabile	Basso	Medio/Basso	Medio

8.2 Valutazione della vulnerabilità aziendale

L'Auditor Incaricato dovrà provvedere ad effettuare una valutazione della vulnerabilità aziendale verificando i controlli e le misure che l'Azienda applica in ottica di gestione del rischio allo scopo di individuare la necessità di eventuali interventi correttivi.
Per ciascun rischio identificato, l'Auditor dovrà descrivere i controlli attualmente attivi messi in atto dall'Azienda per prevenirlo, rilevarlo o mitigarne gli effetti. Nella descrizione dei controlli effettuati verranno evidenziati:

- Tipologia di controllo (manuale o automatico).
- Natura del controllo (preventivo o successivo).
- Frequenza del controllo.
- Soggetti responsabili.
- Livello di formalizzazione.

L'Auditor Incaricato dovrà dunque provvedere alla **valutazione del controllo** applicato ai processi in funzione dei seguenti aspetti:

- Efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili.
- Effettività nello svolgimento del controllo.
- Economicità nel garantire un onere complessivo del controllo non superiore agli impatti da contenere.

La **valutazione delle misure** è effettuata in funzione dell'effettiva 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 in termini di **vulnerabilità** alla minaccia (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):

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 previsti 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.

Con riferimento alla valutazione del livello di adeguatezza dei Sistemi di Controllo Interno è possibile prefigurare la seguente scala dei valori dei giudizi relativi alle verifiche condotte:

VALUTAZIONE DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO	
ADEGUATO	Il rischio è gestito adeguatamente. Il complessivo sistema dei controlli è efficace e soddisfa i requisiti normativi, assicurando processi ed attività operative "corrette" e ben presidiate. Sono necessari pochi miglioramenti non rilevanti che possono essere indirizzati senza intaccare il regolare svolgimento delle normali attività aziendali.
SODDISFACENTE	Il rischio è gestito nel complesso adeguatamente ma sebbene il sistema dei controlli interni sia, in generale, adeguato, sono presenti alcune carenze ed ambiti di miglioramento concernenti processi e controlli rilevanti. Alcune delle carenze rilevate rendono necessario l'avvio di un intervento correttivo in tempi brevi da parte del Responsabile della struttura organizzativa o da parte dell'Azienda a seconda della tipologia di carenza rilevata.
DA MIGLIORARE	Il rischio non è gestito in modo adeguato. Sono riscontrabili carenze ed ambiti di miglioramento concernenti numerosi processi e controlli rilevanti. Il complessivo sistema dei controlli appare debole. Il Responsabile della struttura organizzativa deve seguire attentamente il "follow-up" delle azioni correttive individuate o collaborare con le funzioni aziendali di riferimento, nonché con la Direzione Aziendale, al fine di definire la migliore soluzione per il superamento della criticità rilevata.
INADEGUATO	Il rischio non è gestito. Le attività non possono essere adeguatamente supportate. La rilevanza delle problematiche riscontrate rende l'operatività non sicura ed i possibili impatti negativi inaccettabili. Sono rilevati problemi di gravità tale da richiedere azioni correttive immediate. È richiesta la massima attenzione da parte del Responsabile della struttura organizzativa coinvolta dalla verifica, nonché da parte dell'Auditor Incaricato e della Direzione Generale nella fase di follow-up.

8.3 Valutazione del rischio residuo

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 permane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase precedente. 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. A tale scopo dovrà dunque essere costruita una nuova matrice dei rischi secondo le stesse modalità precedentemente descritte. Il calcolo del **Rating del Rischio Residuo** può essere espresso attraverso la seguente formula:

RATING DI RISCHIO RESIDUO = RISCHIO INERENTE x FATTORE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO

La mappatura del rischio residuo dovrà essere trasmessa alla funzione di Controllo Interno Regionale, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare a livello regionale.

9 IL CICLO DI INTERNAL AUDIT

Il Ciclo di Internal Audit si articola come processo continuo e strutturato che prende avvio dalla fase di Risk Assessment di cui al capitolo precedente. Gli interventi di audit vengono avviati dall'Auditor Incaricato, salvo esigenze specifiche sopravvenute, nel rispetto dell'ordine cronologico e di priorità indicato dal Piano di Internal Audit, tuttavia i processi di auditing straordinari richiesti dalla Direzione Strategica dovranno essere avviati con priorità rispetto a quelli ordinari. La determinazione della priorità degli interventi di audit terrà conto anche della valutazione del rischio residuo emersa dalla fase di Risk Assessment, della rilevanza dell'area di bilancio coinvolta e della criticità del processo nell'ambito aziendale.

Il processo di audit si sviluppa, di norma, attraverso le seguenti fasi:

1) Fase di pianificazione e programmazione
2) Fase di avvio
3) Fase di analisi del processo e di testing
4) Fase di chiusura e reporting
5) Fase di monitoraggio e di follow up

9.1 Fase di pianificazione e programmazione

Una volta effettuata l'attività di Risk Assessment, l'Auditor Incaricato procede alla definizione del Piano di Audit, adottando un approccio risk-based che privilegia l'efficacia, l'efficienza e la rilevanza. Il piano deve essere redatto con una prospettiva triennale e deve prevedere un aggiornamento annuale, garantendo la copertura progressiva delle aree critiche ed adattandosi costantemente al contesto normativo e operativo. Questo processo include anche l'integrazione di specifici suggerimenti provenienti dalla Regione Lazio, assicurando un adeguamento continuo e tempestivo delle attività di audit. L'obiettivo finale del piano triennale sarà quello di garantire una copertura completa e sistematica di tutte le aree di bilancio, assicurando che ogni componente sia esaminata con la dovuta attenzione e in linea con le priorità di rischio individuate.

La selezione delle attività tiene conto dei seguenti aspetti:

- Obiettivi istituzionali.
- Priorità del PAC.
- Trasparenza e rendicontazione.
- Esigenze strategiche dell'Ente e della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

- Rotazione delle verifiche.
- Esiti degli Audit pregressi.
- Richieste degli Organi esterni

Prima dell'avvio dell'audit, l'Auditor Incaricato dovrà:

- Programmare le singole verifiche e definire il relativo cronoprogramma.
- Determinare il livello di approfondimento delle verifiche e predisporre gli strumenti da utilizzare (tecniche di verifica, oggetto della verifica, strumenti da utilizzare).
- Preparare l'eventuale documentazione necessaria.
- Stimare le tempistiche e organizzare da un punto di vista logistico l'intervento.
- Esaminare preliminarmente precedenti analisi.
- Ragionare sul campionamento e individuare i campioni significativi per le verifiche.

L'indagine può essere inoltre estesa, se necessario, ad altri processi o procedure legati all'audit in corso. Tutti gli elementi acquisiti in questa fase dovranno essere adeguatamente documentati e gli esiti di questa fase verranno rappresentati nel Rapporto finale di audit.

9.2 Fase di avvio

L'attività di audit su uno specifico processo o Struttura viene avviata attraverso la convocazione da parte dell'Auditor Incaricato di una riunione di apertura (kick-off meeting) a cui partecipa il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo sottoposto a verifica. In tale occasione l'Auditor Incaricato comunica la lista dei processi da sottoporre ad audit, la documentazione necessaria all'analisi, gli uffici da coinvolgere e il cronoprogramma degli incontri. L'obiettivo della riunione di apertura è quello di chiarire l'oggetto di audit, lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie che saranno seguite nella sua conduzione. Ogni incontro o visita di verifica dovrà essere documentato dall'Auditor Incaricato in apposito "*Verbale di Audit*".

9.3 Fase di analisi del processo e di testing

In questa fase l'Auditor Incaricato si occupa della raccolta di dati economici, documentazione, normative e sulla base delle informazioni e dei documenti acquisiti, procede all'analisi organizzativa della struttura competente per il processo oggetto di analisi. Nel caso in cui vi sia necessità di acquisire informazioni, dati e documenti da altre strutture aziendali non direttamente coinvolte nell'audit, l'Auditor Incaricato prende contatti diretti con le stesse. Le strutture aziendali interpellate sono in questo caso tenute a prestare riscontro.

Gli strumenti per la conduzione dell'attività di audit

Gli strumenti di valutazione utilizzati dall'Auditor Incaricato possono essere:

- osservazione diretta delle fasi della procedura o dei processi oggetto di audit durante la loro esecuzione;
- interviste e questionari per eventuali approfondimenti allo scopo di chiarire i punti dubbi;

Campionamento

Ai fini dell'applicazione delle procedure di verifica sopra descritte, l'Auditor Incaricato può:

- esaminare l'intera popolazione interessata dal processo di audit (nei casi in cui il la tipologia di processo consenta di verificare tutto il materiale disponibile);
- effettuare le verifiche su un campione rappresentativo estratto casualmente o attraverso la consultazione di dati mirati per processi più complessi che coinvolgono una mole di dati maggiore.

Tutti gli elementi e le determinazioni acquisiti in questa fase sono adeguatamente documentati. A conclusione dell'attività di analisi preliminare deve essere alimentata la "*Griglia di verifica*", strumento operativo fondamentale per guidare la conduzione delle verifiche e la valutazione strutturata dei controlli. Gli esiti di questa fase verranno rappresentati nel Rapporto finale di audit.

9.4 Fase di chiusura e reporting

L'attività di audit si conclude con la convocazione da parte dall'Auditor Incaricato di un incontro finale (exit–meeting) con il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa del processo sottoposto a verifica. Durante questo incontro le parti discutono di quanto emerso durante l'attività di audit, delle eventuali non conformità rilevate e delle raccomandazioni e misure proposte per mitigare il livello di rischio.

Le azioni correttive e di miglioramento

Gli scostamenti rilevati dall'analisi delle evidenze raccolte durante un audit possono essere qualificati dall'Auditor Incaricato come:

- Raccomandazioni: quando il requisito è soddisfatto ma si evidenziano dei possibili miglioramenti atti a prevenire possibili deviazioni future.
- Non Conformità Minori: quando il requisito non è soddisfatto nella totalità e non riguarda aspetti impattanti sui requisiti legali applicabili.
- Non Conformità Maggiori: quando un requisito impattante sui requisiti applicabili non è stato soddisfatto.
- Requisiti che non possono essere soddisfatti (limiti strutturali/altro).

A seconda del tipo di valutazione verrà assegnata una richiesta di gestione o risoluzione delle criticità che potrà essere posta a carico della sola struttura organizzativa coinvolta nell'Audit o in maniera trasversale a carico di più Unità e potrà comportare il coinvolgimento anche della Direzione Strategica.
La comunicazione di *Non Conformità* nel Rapporto di Audit comporta per il Responsabile della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit della Azienda Sanitaria, la necessità di correggere quelle *Non Conformità* ed individuare le azioni correttive volte al non ripetersi della *Non Conformità* stessa in futuro.

Sulla base di quanto condiviso nell'incontro finale tra il Responsabile della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit e l'Auditor Incaricato, quest'ultimo provvede alla redazione del "*Rapporto di audit*" contenente il dettaglio dell'attività svolta e della documentazione raccolta. Nel caso in cui l'audit si concluda con la rilevazione di una non conformità il "*Rapporto di audit*" deve essere corredato dal "*Piano delle Azioni Correttive*" in cui vengono esplicitate le misure ed azioni correttive da attuare per la mitigazione del rischio e l'eliminazione degli errori. Il "*Rapporto di audit*" deve essere inviato al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente e alla Direzione Strategica.

9.5 Fase di monitoraggio e follow-up

Qualora la chiusura di un audit abbia richiesto la redazione di un "*Piano delle Azioni Correttive*" in relazione alle non conformità individuate, è prevista un'azione di monitoraggio e successivo Follow-up, per l'accertamento dell'effettiva attuazione e funzionalità delle soluzioni proposte. I Follow-up consentono di dare continuità a quanto implementato nel *Piano delle Azioni Correttive*, nell'intento di conseguire la risoluzione definitiva dei gap identificati. In particolare, occorre accertare:

- l'avvio delle azioni correttive stabilite;
- il rispetto delle tempistiche;
- l'effettiva rimozione delle criticità rilevate.

A tale scopo l'Auditor Incaricato può accertare la rimozione delle criticità emerse prevedendo verifiche in loco o l'acquisizione di materiale documentale. Gli esiti di questa fase sono portati regolarmente all'attenzione della Direzione Strategica Aziendale evidenziando, ove si verifichi, la non regolare e puntuale attuazione degli interventi previsti.
La necessità e la tempistica dei follow-up dipendono dalle tipologie dei rilievi emersi nell'attività di audit, dal tempo necessario per operare le modifiche atte alle correzioni dei gap e agli eventuali cambiamenti che possono occorrere nelle condizioni normative e istituzionali.
Il follow up è avviato per mezzo di una nota scritta diretta al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente con modalità analoghe a quelle seguite per l'avvio dell'audit originario. Nei casi in cui le misure non siano state attuate, siano state attuate in maniera parziale o non risultino più applicabili alla situazione per cambiamenti di scenario, l'Auditor Incaricato può:

- proporre un nuovo intervento di audit nel Piano Annuale dell'anno successivo;

- segnalare tempestivamente la circostanza alla Direzione Generale per eventuali provvedimenti specifici.

9.6 Fase di archiviazione ed eventuale denuncia erariale

L'Auditor Incaricato sarà responsabile dell'archiviazione di tutta la documentazione prodotta nell'ambito dell'attività di Internal Audit. L'archiviazione verrà effettuata, ove possibile, in formato digitale, garantendo accessibilità, tracciabilità e riservatezza.
Qualora durante le verifiche emergano elementi che facciano ipotizzare possibili danni erariali o responsabilità rilevanti, l'Auditor Incaricato dovrà provvedere ad effettuare formale comunicazione alla Direzione Strategica Aziendale che sarà responsabile della denuncia o di eventuali azioni disciplinari.

10 INTERAZIONE CON LA FUNZIONE DI AUDIT REGIONALE

Al fine di avviare forme di coordinamento delle attività di Audit, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e la Direzione Strategica Aziendale collaborano alla definizione degli obiettivi strategici e programmatici di controllo da realizzare nel corso dell'esercizio, sulla base delle principali criticità emerse nei verbali di monitoraggio del Collegio Sindacale, dei pareri della Corte dei Conti e delle normative di riferimento, nonché in considerazione dei cambiamenti organizzativi e normativi intervenuti. Inoltre al fine di assicurare l'allineamento metodologico e il rafforzamento dei presìdi di controllo la Direzione Strategica Aziendale garantirà la condivisione degli esiti degli audit con la funzione di Audit Regionale, si renderà disponibile ad eventuali richieste di chiarimenti e recepirà le indicazioni di indirizzo dell'attività di Audit che verranno via via fornite.

11 ALLEGATI

- Allegato 1_Template Piano di Audit
- Allegato 2_Verbale di Audit
- Allegato 3_Griglia di verifica
- Allegato 4_Rapporto di Audit
- Allegato 5_Piano delle Azioni Correttive