

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

Deliberazione n° 436 del 05/03/2024

U.O. proponente INTERNAL AUDIT

OGGETTO: RECEPIMENTO DGR N. 67 DEL 31/01/2024 E SOSTITUZIONE "REGOLAMENTO REGIONALE INTERNAL AUDIT PER L'ATTIVITA' DI AUDIT INTERNO DELLE AZIENDE SANITARIE", CON LA VERSIONE V2_01.2024_DGR_67_24.

Il Responsabile dell'Istruttoria
Cervellini Tania

Il Responsabile del Procedimento
Cervellini Tania
firmato digitalmente

Il Direttore della U.O. 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.

VISTO: Il Direttore del COORDINAMENTO STAFF DI
DIREZIONE
Dott. Baci Riccardo

Il Direttore dell'U.O. INTERNAL AUDIT:
Dott. Baci Riccardo
firmato digitalmente

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole

Il Direttore Amministrativo

Dott. Santarelli Franco
firmato digitalmente

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Parere favorevole

Il Direttore Sanitario

Dott. Brucchi Maurizio
firmato digitalmente

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

OGGETTO: RECEPIMENTO DGR N. 67 DEL 31/01/2024 E SOSTITUZIONE “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”, CON LA VERSIONE V2_01.2024_DGR 67_24.

IL DIRETTORE DEL COORDINAMENTO STAFF DI DIREZIONE – Dott. Riccardo Baci

PREMESSO che con DGR n. 2 del 09/01/2023 la Regione Abruzzo ha approvato il “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”.

DATO ATTO che con deliberazione del Direttore Generale n. 1143 del 26/06/2023 questa ASL ha recepito la DGR n. 2 del 09/01/2023, unitamente al “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”, corredato dei relativi modelli allegati (*All.1 lettera di notifica avvio audit, All.2_rapporto di audit, All.3_verbale di audit, All.4_esiti verifiche trimestrali, All.5_piano azioni correttive*);

DATO ATTO che DGR n. 67 del 31/01/2024 la Regione Abruzzo, al fine “*di potenziare l’attività di controllo degli Audit anche alla luce dell’esperienza maturata con l’applicazione del Regolamento regionale di Audit di cui alla predetta DGR 2/2023*”, ha integrato “*i sottoelencati paragrafi nelle parti evidenziate in grassetto, così come riportato nell’Allegato A*);

- 2.4 Metodologia di Valutazione dei Rischi;
- 2.5 Interventi di Audit – Verifica sul “campo”;

PRECISATO che restano confermati gli allegati al “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”: *All.1 lettera di notifica avvio audit, All.2_rapporto di audit, All.3_verbale di audit, All.4_esiti verifiche trimestrali, All.5_piano azioni correttive*, di cui alla predetta Deliberazione del Direttore Generale n. 1143 del 26/06/2023;

VISTA la nota del Dipartimento Sanità della Regione prot. n. DPF012 - RA/0070600/24 del 21/02/2024 con la quale si trasmette, la versione V2_01.2024_DGR 67_24 “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”, così come integrata dalla DGR 67 del 31/01/2024 e allegata come parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di dover sostituire il precedente “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”, nell’Area Intranet del Sito aziendale nella sezione “Regolamenti”, con la versione V2_01.2024_DGR 67_24, trasmessa con nota del Dipartimento Sanità prot. DPF012- RA/0070600/24 del 21/02/2024;

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

PROPONE

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate,

- 1) **DI RECEPIRE** la DGR n. 67 del 31/01/2024;
- 2) **DI DARE ATTO** che i paragrafi: 2.4 Metodologia di Valutazione dei Rischi e 2.5 Interventi di Audit – Verifica sul campo del “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*” recepito da codesta Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n.1143 del 26/06/2023, sono stati integrati nelle parti evidenziati in grassetto, così come riportato nel suddetto Allegato A;
- 3) **DI PRECISARE** che restano confermati gli allegati al “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*”: *All.1 lettera di notifica avvio audit, All.2_rapporto di audit, All.3_verbale di audit, All.4_esiti verifiche trimestrali, All.5_piano azioni correttive*, di cui alla predetta Deliberazione Direttore Generale n. 1143 del 26/06/2023;
- 4) **DI RECEPIRE** la versione V2_01.2024_DGR 67_24 del “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*” di cui alla nota del Dipartimento Sanità della Regione prot. n. DPF012 - RA/0070600/24 del 21/02/2024, così come integrata dalla DGR 67 del 31/01/2024 e allegata come parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 5) **DI SOSTITUIRE** il precedente “*Regolamento Regionale Internal Audit per l’attività di audit interno delle Aziende Sanitarie*” nell’Area Intranet del Sito aziendale nella sezione “Regolamenti”, con la versione V2_01.2024_DGR 67_24, trasmessa con nota prot. DPF012-RA/0070600/24 del 21/02/2024;
- 6) **DI DISPORRE** la trasmissione del presente atto al Direttore del Dipartimento Sanità ed al competente Servizio Regionale;
- 7) **DI RENDERE** il presente atto immediatamente esecutivo, onde permettere la tempestiva predisposizione dei successivi livelli di progettazione;
- 8) **DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio dell’Azienda;
- 9) **DI DISPORRE** la pubblicazione del presente atto nell’Albo Pretorio aziendale on line, ai sensi del D.Lgs n 33/2013.

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, ha attestato che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che sono stati acquisiti i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come riportati nel frontespizio;

DELIBERA

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Di Giosia

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

(proponente)

UA COORDINAMENTO STAFF DI DIREZIONE

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub
(numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub
(numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub
(numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub
(numero)

Fonte di finanziamento: _____

Data _____

Il Dirigente Dott. Riccardo Baci

U.O.C. Attività Economiche e Finanziarie

Si attesta la **REGOLARITÀ CONTABILE** della presente spesa

Data _____

Il Contabile

Il Dirigente Dott.ssa Antonella Di Silvestre



REGIONE ABRUZZO

Dipartimento Sanità

Regolamento Regionale Internal Audit per l'attività di audit interno delle Aziende Sanitarie

Sommario

1	ASPETTI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI	3
1.1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
1.2	ASSETTO ORGANIZZATIVO	3
1.3	GRUPPO DI LAVORO REGIONE/AZIENDE USL PER IL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT	4
1.4	RUOLO E OBIETTIVI	5
1.5	PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA DELL' INTERNAL AUDIT	5
1.6	FORMAZIONE	6
1.7	COMPITI E RESPONSABILITA' DELL' INTERNAL AUDIT	6
1.8	TIPOLOGIE DI AUDIT E MODALITÀ DI CONDUZIONE DELLE VERIFICHE	7
1.9	OBBLIGHI DEL TITOLARE DEL PROCESSO SOTTOPOSTO A VERIFICA	8
2	IL PROCESSO DI AUDIT	9
2.1	CICLO DI AUDIT	9
2.2	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI AUDIT	9
2.3	ANALISI DEL PROCESSO E RISK ASSESSMENT	10
2.4	METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI	10
2.5	INTERVENTI DI AUDIT	13
	<i>Programmazione attività</i>	13
	Lettera di Avvio audit	13
	<i>Riunione di apertura</i>	13
	Verifica sul "campo"	13
	<i>Riunione del Team di Audit</i>	15
	<i>Riunione di chiusura</i>	15
2.6	RAPPORTO DI AUDIT	15
2.7	PIANO DELLE AZIONI CORRETTIVE	15
2.8	FOLLOW UP	16
2.9	ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT	16
2.10	MODALITÀ E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO DI INTERNAL AUDIT	17

1 ASPETTI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI

1.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Regolamento descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro da utilizzare per l'attività di audit interno delle Aziende sanitarie e le modalità di raccordo delle stesse con la funzione di coordinamento svolta dal Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, in attuazione della DGR 36/2022 ad oggetto: "Istituzione Gruppi di lavoro di governance sanitaria regionale - Indirizzo di revisione della legge regionale 146/1996".

I destinatari del Regolamento di Audit sono:

- l'Internal Audit aziendale;
- i Team di Auditor aziendali;
- il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo ai sensi della citata DGR 36/2022;
- tutte le Strutture e i Servizi aziendali e regionali a qualunque titolo interessati all'attività di auditing.

1.2 ASSETTO ORGANIZZATIVO

Ogni Azienda sanitaria regionale prevede nel proprio organigramma una funzione aziendale dedicata per lo svolgimento delle attività di Internal Auditing collocata in staff alla Direzione Generale.

La riferita funzione, in relazione ai diversi modelli organizzativi aziendali, può connotarsi anche come Unità Organizzativa, alla quale viene preposto, quale responsabile, un dipendente appartenente almeno all' Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari con incarico ai sensi dell'art. 24 e ss. del vigente CCNL 02.11.2022, in possesso di adeguate e comprovate competenze in materia di Internal Audit, revisione contabile e processi amministrativo - contabili e gestionali delle Aziende sanitarie.

Al responsabile dell'Internal Audit ed ai membri della struttura dovrà essere assicurata, nell'ambito della propria attività una indipendenza operativa e funzionale da qualsiasi altra struttura organizzativa dell'Azienda.

A tal fine la riferita funzione, posta in posizione di staff alla Direzione Generale, definisce in autonomia e nel rispetto degli indirizzi regionali assunti nell'ambito del Gruppo di Lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit, il piano annuale di audit ed eventuali audit straordinari.

Il D.G. può richiedere all' Audit aziendale, in aggiunta al piano dallo stesso preposto, ulteriori verifiche e riscontri su procedure, dati contabili e gestionali. In tal caso l' Audit aziendale effettuerà una verifica sulla capacità del proprio team di svolgere dette ulteriori verifiche richiedendo eventualmente risorse aggiuntive.

Alla luce di quanto sopra riportato alla struttura di Internal Audit

- non possono essere assegnate altre funzioni rispetto a quelle previste al comma precedente con l'unica eccezione della possibilità di svolgere incarichi/attività di supporto in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di cui alla L. 190/2012 ed al D. Lgs 33/2013;
- sono assegnate a regime un numero di personale specializzato (team di audit) per le relative attività ritenute necessarie per adempiere al mandato di audit [*Standard 2030 – Gestione delle risorse*]. In ogni caso e fermo restando una dotazione standard diversa che potrà essere definita dall'apposito tavolo istituito presso il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, il Team di Audit sarà composto inizialmente da almeno due figure di supporto alla figura del responsabile dell'Internal Audit che abbiano le caratteristiche di indipendenza dalle altre Strutture/Servizi aziendali di cui almeno una delle due figure di supporto sia esperta dell'area economico finanziaria.

Nelle more della coerente realizzazione del nuovo assetto organizzativo quale delineato nel presente paragrafo - da concludersi entro 12 mesi dall'approvazione del regolamento- il personale attualmente assegnato alle funzioni di Internal Audit aziendale, garantisce la continuità nello svolgimento delle relative attività.

1.3 GRUPPO DI LAVORO REGIONE/AZIENDE USL PER IL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT

Con DGR n. 36 del 07/02/2022 recante "*Istituzione Gruppi di lavoro di governance sanitaria regionale - Indirizzo di revisione della legge regionale 146/1996*" è stato disposto di istituire appositi Gruppi di lavoro interaziendali, costituiti da personale della Regione – Dipartimento Sanità e da dipendenti apicali delle singole ASL per le materie oggetto di coordinamento, con l'obiettivo di:

- ❖ avviare una organica e condivisa attività di omogeneizzazione delle attività;
- ❖ definire, se necessario appositi regolamenti regionali;
- ❖ individuare possibili ulteriori strumenti e metodologie utili a garantire il rispetto degli obiettivi finanziari ed extracontabili richiesti annualmente a livello regionale;
- ❖ suggerire soluzioni operative per il miglioramento del sistema informativo aziendale e regionale;

Con la predetta DGR 36/2022 è stata, individuata, tra le altre, quale funzione oggetto di dette attività necessitanti omogeneizzazione, quella connessa all' Internal Audit ed è stato stabilito che la composizione di ciascun gruppo di lavoro fosse rimessa ad apposita determinazione del Direttore del Dipartimento Sanità, su indicazione delle Direzioni Generali delle singole ASL.

Nell'ambito delle predette attività, il Gruppo di lavoro provvede a definire le linee guida attuative del presente Regolamento, nonché a definire il Piano di Audit annuale in condivisione con la Direzione Strategica aziendale.

1.4 RUOLO E OBIETTIVI

L'Internal Audit adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurre l'impatto, assiste il Dipartimento regionale della Sanità e la Direzione aziendale:

- nel valutare periodicamente la completezza, l'adeguatezza, la funzionalità (in termini di efficienza ed efficacia) e l'affidabilità del sistema dei controlli interni,
- nell'accertare la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative,
- nel verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite,
- nell'identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi implementando misure idonee per ridurli.

A tal fine esso svolge un controllo di *terzo livello* presidiando i controlli di *secondo livello* svolti da Strutture/Funzioni aziendali istituzionalmente preposte al controllo (Controllo di Gestione, Risk Management, Responsabile Anticorruzione e Trasparenza se non coincide con l'Internal audit) e quelli di *primo livello* attuati dai responsabili dei processi aziendali e diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle attività operative delle singole strutture (*process owner*).

L'ambito di operatività dell'Internal Audit deve comprendere anche tutti i diversi processi aziendali, di governo, di controllo e di supporto.

1.5 PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA DELL' INTERNAL AUDIT

L'attività svolta dall' Internal Audit e dai membri della relativa struttura si conforma ai principi contenuti nel Codice Etico *dell'Institute of Internal Auditors* (I.I.A.) che rappresentano il cosiddetto *International Professional Practices Framework* (IPPF) proprio dell'Internal Audit, ed agli Standard Internazionali dell'I.I.A. di indipendenza, riservatezza e competenza.

Inoltre, l'attività dell'Internal Audit viene inoltre svolta nel rispetto e secondo i limiti previsti dalle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, cd. GDPR; D.Lgs. 30 giugno 2013 n. 196 e ss.mm.ii.).

L'Internal Audit e la sua struttura inoltre, durante lo svolgimento delle sue mansioni, deve rispettare il codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

1.6 FORMAZIONE

Il personale dell'Internal Audit deve seguire un percorso formativo adeguato allo svolgimento proprie attività e sviluppare continuamente la propria preparazione professionale, in particolare con riferimento a:

- approfondimento della professionalità di auditor secondo le linee guida e gli standard riconosciuti nazionali ed internazionali (*International Auditors Association, I.I.A.; Associazione Italiana Internal Auditors, A.I.I.A.*)
- valutazione del sistema di controllo interno e degli strumenti con il quale esso opera;
- varie tipologie di audit, con specifica attenzione anche agli aspetti della legalità e della prevenzione della corruzione;
- approfondimento dei temi connessi con la gestione aziendale, la valutazione della performance e la qualità;
- capacità di presentare e promuovere l' Internal audit nell'ambito dell'Azienda, al fine di acquisire una partecipazione informata e condivisa sul tema.

La formazione dovrà comprendere anche la presentazione dell'attività di Internal Audit a tutte le funzioni dell'Azienda al fine di acquisire una partecipazione informata affinché la stessa sia efficace e costituisca un interesse comune dell'organizzazione. [*Standard 1230 – Aggiornamento Professionale Continuo*].

La formazione e l'aggiornamento del personale dell'Internal Audit si svolgono in conformità agli strumenti formativi previsti dall'ordinamento aziendale e dalla vigente normativa.

Il Responsabile dell'Internal Audit aziendale programma e coordina il piano di formazione per la sua struttura, oltre a partecipare a specifici corsi di formazione e/o aggiornamento.

1.7 COMPITI E RESPONSABILITA' DELL' INTERNAL AUDIT

Nel rispetto del ruolo e degli obiettivi definiti nel precedente paragrafo 1.4 del presente regolamento, all'Internal Audit competono le seguenti attività:

- Partecipazione attiva al Gruppo di coordinamento regionale in fase di pianificazione delle attività annuali di audit al fine di determinare quelle prioritarie in linea con gli obiettivi del Dipartimento regionale e della Direzione aziendale;
- Svolgimento di un'attività di *Risk Assessment*, propedeutica alla predisposizione del Piano di Audit, condivisa e discussa con il Gruppo di coordinamento regionale e con la Direzione Strategica aziendale;
- predisposizione di un piano (Piano di Audit) conforme alle strategie e agli obiettivi definiti e condivisi dal Gruppo di coordinamento regionale e con la Direzione Strategica aziendale e definito sulla base della valutazione dei rischi aziendali. Il piano deve essere predisposto nel rispetto delle direttive, procedure, metodologie e gli strumenti definiti dal Gruppo di coordinamento regionale, volti a guidare l'attività stessa. Il Piano deve essere sottoposto al parere della Dipartimento regionale e all'esame e all'approvazione della Direzione Generale dell'Azienda di riferimento [*Standard 2010 Pianificazione, Standard 2020 – Comunicazione e approvazione*];

- eseguire le ispezioni ordinarie effettuate in attuazione del Piano di Audit nonché di quelle straordinarie, ove ne ricorrano le condizioni dietro specifiche richieste di verifica da parte del Dipartimento regionale e/o della Direzione aziendale.
- gestione efficace dell'attività di Internal audit al fine di assicurare che la stessa aggiunga valore all'organizzazione dell'Azienda e del Sistema Sanitario Regionale [*Standard 2000 – Gestione attività di Internal audit*];
- valutazione e contributo al miglioramento dei processi di *governance*, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione presso l'Azienda e presso il Dipartimento regionale, tramite un approccio sistematico, rigoroso e *risk based* sulla base di quanto stabilito nel piano predisposto [*Standard 2100 natura dell'attività*] ;
- raccolta, analisi, valutazione e documentazione delle informazioni sufficienti e utili al fine di conseguire gli obiettivi *dell'incarico* [*Standard 2310 – Raccolta delle informazioni/ 2320 – Analisi e valutazione / 2330 – Documentazione delle informazioni*] ;
- comunicazione periodica alla Direzione Strategica ed al Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit, di cui alla DGR 36/2022, in merito allo stato di avanzamento del piano, comprensiva dei rischi significativi, inclusi quelli di frode, dei problemi di controllo e *governance* e ogni altra questione che necessita di essere sottoposta all'attenzione della Direzione Strategica aziendale e al Dipartimento regionale [*Standard 2060 – Comunicazione al senior management e al board*];
- comunicazione dei risultati dell'incarico [*Standard 2400 – Comunicazione dei risultati*];
- formalizzazione e comunicazione periodica (o a scadenze concordate) dei risultati dell'attività di audit al Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit ed alla propria Direzione aziendale [*Standard - 2400 – Comunicazione dei risultati*].
- definizione e mantenimento di un sistema di monitoraggio delle azioni intraprese a seguito dei risultati segnalati alla Direzione Strategica e al coordinamento regionale [*Standard 2500 – Monitoraggio delle azioni correttive*];
- conservazione della documentazione dell'incarico sulla base degli standard e dei criteri definiti dal Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit [*Standard 2330. A2 – Documentazione delle informazioni*];
- supporto e condivisione di metodi, analisi e modalità di gestione di audit ai componenti Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit nell'espletamento delle attività pianificate.

1.8 TIPOLOGIE DI AUDIT E MODALITÀ DI CONDUZIONE DELLE VERIFICHE

L'attività di audit svolge le seguenti tipologie di intervento:

- *Audit di conformità (Compliance Audit)*: si tratta dell'analisi della conformità dei comportamenti con le procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore;
- *Audit Finanziario-Contabile (Financial Audit)*: è la verifica dell'attendibilità delle informazioni e dati contabili/di Bilancio (e salvaguardia del Patrimonio)

- *Audit Operativo (Operational Audit)*: è il monitoraggio del rispetto degli obiettivi dell'Azienda, declinati a livello di processo. Si tratta quindi di interventi volti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli in essi previsti;
- *Interviste* con il personale e con il responsabile dell'unità organizzativa oggetto di verifica: consiste nell'acquisizione di informazioni attraverso lo svolgimento di attività *inquiry*, utile al fine di verificare che le procedure amministrativo-contabili esistenti siano in linea con le esigenze operative ovvero al fine di intercettare opportunità di miglioramento dei processi organizzativi;
- *IT Audit*: per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle informazioni trattate, etc.) ed alle normative vigenti (livelli di sicurezza e di affidabilità, etc.).

Possono essere ulteriormente svolti:

- *Controlli periodici* per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni di miglioramento concordate a seguito di osservazioni formulate durante gli interventi;
- *Audit direzionale* per analizzare la definizione e condivisione aziendale degli obiettivi strategici e rischi correlati e verificare nel tempo la coerenza dei comportamenti aziendali rispetto a tali obiettivi.

Le verifiche possono essere classificate anche in base alle modalità del loro svolgimento, in:

- a) *Verifiche in loco*. Le verifiche in loco hanno lo scopo di accertare la conformità dei comportamenti operativi posti in essere presso le Unità Organizzative aziendali. Tali verifiche consentono un livello di approfondimento e di analisi documentale dei fenomeni non ottenibile con altre tipologie di controlli. Il personale addetto alle attività di Internal Audit è autorizzato a richiedere notizie o elaborati ritenuti utili ai fini del controllo a tutte le Unità Organizzative detentrici di dati, le quali non possono esimersi dal fornire quanto loro richiesto.
- b) *Controlli a distanza*. L'Internal Audit può svolgere i propri controlli anche mediante verifiche a distanza con lo scopo di monitorare i rischi aziendali e la regolarità delle prassi operative. Tale tipologia di controlli costituisce inoltre una base per la definizione preventiva di attività ispettive.
- c) *Controlli tramite sistema informativo contabile*. Le attività di verifica possono essere svolte anche tramite interrogazioni, elaborazioni ed estrazioni di dati/report da sistema informativo aziendale in uso.

1.9 OBBLIGHI DEL TITOLARE DEL PROCESSO SOTTOPOSTO A VERIFICA

Il titolare del processo o dell'attività sottoposta a verifica (responsabile di struttura o di funzione) è tenuto a collaborare con l'Internal Audit e a mettere a disposizione della struttura di Audit tutti gli elementi utili alla conoscenza del processo e delle attività in esame.

Agli incaricati dell'attività di I.A. è assicurato un pieno accesso ai dati e la possibilità di avere contatto con il personale addetto dell'attività oggetto di audit.

Nel caso in cui il titolare del processo sottoposto a verifica non fornisca la collaborazione richiesta, non permetta la condivisione dei verbali dell'audit e delle relative evidenze, il

Responsabile dell'Internal Audit predisporrà una nota di sollecito mettendo in conoscenza la Direzione Aziendale.

Nel caso di mancato riscontro al sollecito di cui sopra, il Responsabile dell'Internal Audit, informa, la Direzione aziendale del lavoro come svolto fino a quel momento, perché valuti, anche in condivisione con il Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit, in ordine al proseguimento della verifica o a differenti misure da adottare.

2 IL PROCESSO DI AUDIT

2.1 CICLO DI AUDIT

Il processo di Audit si compone di una sequenza coordinata di attività finalizzate ad assistere la Direzione Aziendale dell'Azienda e il Dipartimento regionale della Sanità e nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Il ciclo di Audit opera mediante una funzionalità circolare che prende avvio da una fase di programmazione delle attività e termina con il monitoraggio delle azioni.

In particolare le fasi del ciclo di audit sono riassumibili come segue:

- Programmazione delle attività di Internal Audit.
- Analisi del processo e *Risk Assessment*.
- *Predisposizione Piano di Audit*.
- Interventi di Audit.
- Rapporto di Audit.
- Piano delle Azioni Correttive.
- Attività di *Follow Up*.

2.2 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI AUDIT

Al fine di avviare forme di coordinamento delle attività di audit il Dipartimento regionale della Sanità e la Direzione delle ASL, entro il 30 ottobre dell'esercizio precedente, sentito Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit di cui al paragrafo 1.3 del presente regolamento definiscono gli obiettivi strategici e programmatici di controllo da realizzare nel corso dell'esercizio sulla base delle principali criticità emerse:

- nei tavoli di monitoraggio di cui all'art.12 dell'Intesa Stato- Regioni 23 marzo 2005;
- nelle delibere della Sezione Regionale di Controllo di parifica del bilancio regionale, della GSA e delle Aziende Sanitarie;
- negli assessment aziendali effettuati dagli Internal Audit.

indicando in condivisione con le Direzioni aziendali, le attività/aree/procedure/poste contabili oggetto di audit nell'esercizio successivo,

Entro il 31 dicembre, ciascuna Azienda, sulla base degli indirizzi definiti dal Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit, procede alla predisposizione ed approvazione del proprio Piano di Audit basato sull'analisi di *Risk Assessment* di cui al paragrafo che segue.

Entro il 31 gennaio il Dipartimento Sanità recependo eventuali proposte di modifica dal Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit approva i Piani di Audit delle Aziende con apposita Delibera Regionale.

2.3 ANALISI DEL PROCESSO E RISK ASSESSMENT

Dopo aver individuato e concordato con il Gruppo di coordinamento regionale e la Direzione aziendale le attività e le relative aree/processi da sottoporre a verifica sarà necessario effettuare una mappatura dei suddetti processi, al fine di individuare il rischio associato che potrà risultare diverso da Azienda a Azienda (*Risk Assessment*).

Inizialmente il processo di Internal auditing deve prevedere l'identificazione dei processi che sono oggetto dell'attività di audit (Universo di audit), individuando quelli maggiormente esposti al rischio definito come la "*possibilità che si verifichi un evento che può influire sul raggiungimento degli obiettivi*" (*Risk Assessment*). [Standard 2440 *Divulgazione dei risultati* – 2450 *Giudizi Complessivi*].

Il *Risk Assessment* comprende le seguenti attività che la Struttura di Audit dovrà svolgere:

- Comprensione dell'azienda e del contesto di riferimento
- Analisi dei processi aziendali
- Analisi del sistema di controllo interno
- Valutazione del rischio intrinseco
- Valutazione del rischio di controllo
- Valutazione del rischio complessivo
- Determinazione del campione da sottoporre a verifica

Eventuali processi operativi condivisi saranno definiti dal Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL per il coordinamento delle attività di Internal Audit con apposite Linee Guida.

2.4 METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

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

Il livello di rischio intrinseco può essere misurato in termini di probabilità di accadimento e di impatto, secondo la seguente equazione:

$$\text{RISCHIO INTRINSECO} = \text{PROBABILITA'} \times \text{IMPATTO}$$

Ai fini della valutazione dei rischi, si considerano i seguenti livelli di probabilità di accadimento:

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	
PROBABILE	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità
POSSIBILE	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo e si è verificato in realtà analoghe
REMOTO	Evento negativo mai o raramente verificatosi o verificabile

Con il termine "impatto", invece, si intende la misura in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento degli obiettivi e delle strategie in termini di danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno). Ai fini della valutazione dei rischi, si considerano i seguenti livelli in termini di impatto:

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
ALTO	Impatto rilevante sull'efficienza e adeguatezza della strategia aziendale o sulle attività operative dell'organizzazione
MEDIO	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda che influenzano l'efficiente conduzione dell'attività e in quanto tali meritevoli di considerazione
BASSO	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi, che non genera priorità di intervento

Lo strumento metodologico utilizzato per definire lo "scoring" del rischio e dunque il livello di rischio in cui l'Azienda incorre è rappresentato dalla matrice RACM (*Risk Assessment Control Matrix*). Attribuendo un valore a ciascun livello di probabilità di accadimento e di impatto e applicando la proporzione suddetta nell'ambito della matrice RACM, si ottengono i seguenti *scoring qualitativi*:

RACM- Risk Assessment Criteria Matrix			IMPATTO		
			1	2	3
			BASSO	MEDIO	ALTO
PROBABILITA'	1	PROBABILE	MEDIO	ALTO	ALTO
	2	POSSIBILE	MEDIO	MEDIO	ALTO
	3	REMOTO	BASSO	BASSO	BASSO

Successivamente all'individuazione dei rischi inerenti l'Internal Audit aziendale procede ad individuare e ad analizzare i controlli e le misure posti in essere da ciascuna Azienda Sanitaria e che consentono di attenuare i rischi inerenti entro livelli ritenuti accettabili, determinati da ciascuna Azienda.

La valutazione dei controlli e delle misure per ciascuno dei rischi gestiti può essere espressa come da tabella seguente:

RISCHIO DI CONTROLLO	Descrizione della valutazione
ALTO	I controlli e le misure previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli non sono effettivamente eseguiti
MEDIO	I controlli e le misure previsti consentono solo parzialmente o per alcuni aspetti la riduzione del rischio oppure i controlli sono eseguiti in parte
BASSO	I controlli e le misure previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro

La valutazione del rischio di controllo è effettuata in funzione di due 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.

La combinazione del Rischio Intrinseco e del Rischio di Controllo conduce alla determinazione del Rischio Complessivo sul processo oggetto di verifica, come rappresentato dalla seguente matrice:

RISCHIO INTRINSECO	RISCHIO DI CONTROLLO		
	ALTO	MEDIO	BASSO
BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO
MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO
ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO
RISCHIO COMPLESSIVO			

Il grado di rischio complessivo è riportato nel Piano di Audit Annuale.

2.5 INTERVENTI DI AUDIT

Programmazione attività

Prima dell'avvio dell'audit, il Team di Audit svolgerà un incontro al fine di:

- 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.

In questa fase il Team di Audit inizierà a predisporre per ciascuna attività di verifica programmata il *Verbale di Audit* su apposito modulo standard; il Verbale riporterà sinteticamente le fasi degli interventi di audit per ciascun processo di verifica, a partire dal *Risk Assessment* per concludersi con la sintesi delle attività condivise durante la *Riunione di Chiusura*.

Lettera di Avvio audit

La data di avvio dell'audit è concordata dal Responsabile dell'Internal Audit con il titolare del processo sottoposto a verifica ed ufficializzata per mezzo di nota scritta; a tal fine viene predisposta una "*Lettera di Avvio Audit*" su modulo standard che deve essere trasmessa via mail, dal Responsabile dell'Internal Audit al/ai responsabile/i del processo; nella comunicazione è messa in *copia conoscenza* (Cc) la Direzione strategica aziendale.

Riunione di apertura

L'avvio dell'audit sul processo può richiedere lo svolgimento di una riunione iniziale di apertura nella quale il Responsabile dell'Internal Audit e la sua struttura andranno a presentare al titolare del processo sottoposto a controllo, il programma di audit, lo scopo e l'obiettivo della verifica e definite le relative modalità operative; in tale sede, inoltre, verranno individuati delle strutture oggetto di audit e confermata la disponibilità dei "mezzi" necessari alla verifica.

Gli aspetti sintetici della riunione di apertura sono riportati nel *Verbale di Audit* con indicazione della data e dell'ora dell'incontro.

Verifica sul "campo"

La Struttura di Internal Audit, analizzata la normativa, le regole di funzionamento del processo, le procedure esistenti, l'organizzazione dell'attività, le risorse impegnate e qualsiasi ulteriore informazione che possa essere utile all'espletamento dell'audit, avvia la verifica sul "campo".

La Struttura di Internal Audit può essere affiancata da un componente del Gruppo di Lavoro di Internal Audit di altra Azienda Sanitaria e da un Funzionario Regionale.

Gli strumenti di valutazione utilizzati dall'Internal Audit, anche in combinazione tra di loro, possono essere le seguenti:

- **interviste:** il Responsabile della struttura "auditata" può essere intervistato dall'I.A., quale ulteriore approfondimento delle conoscenze acquisite nel corso dello studio del processo e/o allo scopo di chiarire i punti dubbi;
- **work-shop:** possono essere organizzati in forma collegiale, per raccogliere i punti di vista e confrontare le differenti posizioni dei responsabili e dei funzionari che partecipano al processo, nelle sue diverse fasi. Tale strumento ad esempio potrebbe essere impiegato laddove emergano delle incongruenze tali per cui si rende utile un confronto tra i soggetti coinvolti nell'ambito del processo oggetto di verifica;
- **questionari a risposta aperta/chiusa:** utili per richiedere informazioni sulle procedure e sul funzionamento delle diverse fasi del processo. Nel caso si scelga di somministrare questionari, però, occorre sempre avvisare il Responsabile della struttura soggetta a audit;
- **azioni di re-performance (ri-esecuzione):** tecnica utilizzata per testare l'efficacia della procedura di controllo. Nel corso dell'audit viene "provata" e rifatta la procedura di controllo alla presenza degli operatori addetti per determinare se si perviene allo stesso risultato;
- **analisi documentale:** analisi della documentazione relativa alle attività oggetto di audit;
- **osservazione diretta:** la tecnica è basata sull'osservazione delle fasi della procedura o dei processi oggetto di audit e consente di avere maggiore affidabilità delle evidenze di audit. È spesso utilizzata sui controlli automatici.

La successiva attività di *test* mira ad accertare la conformità e l'efficacia delle procedure e delle metodiche adottate rispetto alle disposizioni e agli obiettivi di controllo formalizzati in tutte le fasi delle operazioni che sono oggetto di audit. Ai fini dell'applicazione delle procedure di verifica descritte, l'Internal Audit può:

- esaminare l'intera popolazione (VERIFICA "A TAPPETO");
- effettuare le verifiche su un paniere che rappresenta meno del 100% della popolazione, selezionato attraverso l'applicazione di tecniche di campionamento (SELEZIONE CAMPIONARIA);
- può anche decidere di non sottoporre a verifica voci il cui importo non è significativo e per le quali il rischio di errori significativi è considerato basso (per esempio crediti e debiti diversi di importo non significativo).

Gli aspetti di dettaglio relativi alla fase di esecuzione dei test e del campionamento saranno trattati in apposite Linee Guida.

Riunione del Team di Audit

Durante la fase in oggetto, il Team di Audit discute dell'attività di verifica svolta su ciascun processo e predisponde la *Scheda di sintesi del Rapporto di Audit* e il *Rapporto di Audit* su modulistica standard.

Riunione di chiusura

La riunione con cui termina l'attività di audit è condotta dal Responsabile dell'Internal Audit e vi partecipano i componenti della Struttura di Audit e il Responsabile dell'Unità Operativa/Servizio oggetto di audit della Azienda Sanitaria.

Il Responsabile dell'Internal Audit presenterà *il Verbale e il Rapporto di Audit* e illustrerà gli esiti della verifica e le eventuali *Non Conformità/Problematiche* riscontrate, fornirà ulteriori chiarimenti in merito al campionamento esprimendo un giudizio globale sull'esito dell'Audit.

In tale sede il Responsabile dell'Unità Operativa /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/Problematiche* riscontrate.

La discussione circa le risultanze dell'audit effettuato dovrà portare alla definizione di un Piano di Azione, ovvero di un programma di definizione e monitoraggio degli interventi risolutivi, che sarà oggetto di condivisione con il coordinamento regionale.

2.6 RAPPORTO DI AUDIT

Il ***Rapporto di Audit***, predisposto dal Responsabile del Gruppo di Audit sul modulo standard deve contenere le conclusioni sul grado di conformità di quanto si è valutato, descrivere lo 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* viene archiviato dal Responsabile dell'Internal Audit affinché possa essere sempre disponibile per la consultazione del Team di Audit, nonché ai fini della condivisione con la Direzione Generale/ Dipartimento regionale della Sanità mediante le relazioni periodiche trasmesse.

2.7 PIANO DELLE AZIONI CORRETTIVE

Sulla base degli esiti delle verifiche riportati nei *Rapporti di Audit*, relativamente alle *Non Conformità/Problematiche* riscontrate dall' Internal Audit, il Responsabile della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit unitamente al Responsabile dell'Internal Audit aziendale, "corregge" le criticità emerse tramite l'individuazione di azioni correttive; le proposte di intervento per il miglioramento delle criticità riscontrate, in relazione a ciascun periodo di audit (indicato nel Piano di Audit annuale), sono riportate nel *Piano delle Azioni Correttive* predisposto dall'Internal Audit aziendale su apposito modulo standard.

Il **Piano delle Azioni Correttive** comprende:

- La descrizione delle criticità emerse;
- La rilevazione e 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 dell'azione intrapresa (esiti del follow up)

Il *Piano delle Azioni Correttive* è trasmesso dal Responsabile dell'Internal Audit aziendale alla Direzione aziendale e al coordinamento regionale per la successiva condivisione e valutazione.

2.8 FOLLOW UP

Le attività di *Follow up* sono finalizzate a monitorare e verificare l'esecuzione delle azioni correttive prescritte; sono definite secondo la tempistica stabilita dal Responsabile dell'Internal Audit e indicate nel *Piano delle Azioni Correttive*, in funzione del grado di rischio a cui sono associate e tenendo conto della significatività dei rilievi riscontrati e dell'importanza delle conseguenze del periodo di tempo richiesto per lo svolgimento dell'azione correttiva.

Il *Follow Up* è avviato dal Responsabile dell'Internal Audit per mezzo di una nota scritta diretta al titolare del processo che deve essere sottoposto a verifica, con modalità analoghe e a quelle seguite per l'avvio dell'audit originario.

L'aspetto operativo delle attività di *Follow up*, sarà oggetto di trattamento specifico nelle apposite Linee Guida.

2.9 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

L'Internal Audit raccoglie solo la documentazione strettamente indispensabile e conserva, in formato cartaceo e/o elettronico, tutta la documentazione utilizzata e prodotta nel corso della propria attività assicurando la massima cura e riservatezza della stessa (es. documentazione relativa agli interventi di audit e consulenza, normativa e manualistica di riferimento, piano annuale e triennale di audit, ecc.).

La documentazione completa finalizzata a fornire le evidenze dell'attività di audit è conservata in appositi fascicoli cartacei e/o elettronici; i fascicoli sono custoditi all'interno di apposito armadio che consenta di mantenere la segretezza degli atti e/o in formato informatico che sia consultabile e reperibile esclusivamente dal Team di Audit tramite definizione di profilature di accesso.

2.10 MODALITÀ E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO DI INTERNAL AUDIT

Essendo l'Internal Audit una funzione in continua evoluzione dal punto di vista metodologico e normativo nell'ambito del sistema sanitario, il presente Regolamento sarà aggiornato a seguito dell'eventuale variazione delle norme nazionali o regionali sul tema, di mutamenti negli standard tecnici della professione di auditor, (standard IIA-AIIA), o a seguito di mutamenti nelle strategie o nelle esigenze organizzative aziendali e/o regionali.

MODELLI ALLEGATI:

- AII.1_LETTERA DI NOTIFICA AVVIO AUDIT;
- AII.2_RAPPORTO DI AUDIT;
- AII.3_VERBALE DI AUDIT;
- AII.4_ESITI VERIFICHE TRIMESTRALI;
- AII.5_PIANO AZIONI CORRETTIVE.

LETTERA DI NOTIFICA AVVIO AUDIT

LETTERA DI NOTIFICA AVVIO AUDIT

Oggetto: Piano di Audit “aaaa”

Codice Audit:

UO destinataria:

Referente Responsabile UO destinataria:

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

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

Per l'esame di quanto sopra si prega di far pervenire alla scrivente, entro il _____, la seguente documentazione preliminare:

- 1)
- 2)
- 3)

Si precisa che, a seguito di selezione campionaria di alcuni documenti dal file preliminarmente trasmesso, sarete invitati a trasmettere documentazione analitica aggiuntiva di cui sarà fornito dettaglio in una successiva comunicazione.

Se necessario, potrà essere richiesto, con successiva comunicazione, un incontro per approfondire i seguenti aspetti:

- Verifica dell'eventuale ulteriore documentazione.
- Esame delle eventuali carenze riscontrate.
- Verifica dei risultati ottenuti.

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

Cordiali saluti.

Il Responsabile Internal Audit



RAPPORTO DI AUDIT

“processo”

“periodo”

INDICE DEL DOCUMENTO

1 EXECUTIVE SUMMARY	3
2 OBIETTIVI/AMBITO DI AUDIT	3
3 METODOLOGIA.....	3
4 ESITI DELLA VERIFICA	3
5 AZIONI CORRETTIVE	3

1 EXECUTIVE SUMMARY

Tale sezione rappresenta una sintesi dei risultati dell'Audit da fornire alla Direzione Strategica per il monitoraggio e l'eventuale emanazione di Raccomandazioni, Richieste di chiarimenti o qualsiasi altra azione ritenuta necessaria al fine di ottemperare alle indicazioni fornite dal Responsabile Internal Audit.

Tale area deve necessariamente contenere le principali osservazioni in ordine alle criticità rilevate e ai rischi individuati, le raccomandazioni fornite nonché l'indicazione di azioni correttive.

2 OBIETTIVI/AMBITO DI AUDIT

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

3 METODOLOGIA

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

4 ESITI DELLA VERIFICA

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

5 AZIONI CORRETTIVE

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

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



ASL "XXX"

VERBALE DI AUDIT

VERBALE DI AUDIT		
Ora e luogo	Attività	Responsabile/Referente UU.OO. presente
<i>Ora:</i> <i>Sede:</i>	Risk assesment <ul style="list-style-type: none">- Comprensione dell'azienda e del contesto di riferimento- Analisi dei processi aziendali- Analisi del sistema di controllo interno- Valutazione del rischio intrinseco- Valutazione del rischio di controllo- Valutazione del rischio complessivo- Determinazione del campione da sottoporre a verifica	
<i>Ora:</i> <i>Sede:</i>	Svolgimento della riunione di apertura <ul style="list-style-type: none">- Presentazione del programma di audit- Scopo, obiettivo ed estensione della verifica- Conferma piano di verifica e modalità operative- Individuazione dei referenti di interfaccia- Indicazione nominativa, da parte dei Responsabili degli interlocutori ed eventuali accompagnatori per le fasi successive- Conferma di disponibilità dei "mezzi" necessari alla verifica	

<i>Ora:</i>	Verifica sul “campo” Esame della documentazione, osservazioni sul campo ed incontri con gli operatori per rilevare l’effettiva applicazione e valutazione dei requisiti previsti da procedure, linee guida, norme, ecc...	
<i>Sede:</i>		
<i>Ora:</i>	Riunione del Gruppo di Verifica per la stesura del “Rapporto di Audit”	
<i>Sede:</i>		
<i>Ora:</i>	Riunione di chiusura <ul style="list-style-type: none">- Presentazione rapporto e verbale di verifica- Discussione esiti della verifica- Definizione proposte di miglioramento/azioni correttive e tempistiche di attuazione	
<i>Sede:</i>		

All.4_ESITO DELLE VERIFICHE DI AUDIT DEL "X "TRIMESTRE "XXX"

AREA AZIENDALE			
PROCESSO AZIENDALE			
SOTTO-PROCESSO			
TIPOLOGIA VERIFICA			
FREQUENZA VERIFICA DA PARTE DELL'U.O. REFERENTE			
DESCRIZIONE VERIFICA			
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO			
UU.OO RESPONSABILI O COINVOLTE			
REFERENTE AREA AZIENDALE			
PERIODO VERIFICA			
ESITO DELLA VERIFICA			
AZIONI CORRETTIVE			

All.5_PIANO DELLE AZIONI CORRETTIVE "X "TRIMESTRE "XXX"

AREA AZIENDALE			
PROCESSO AZIENDALE			
SOTTO-PROCESSO			
DESCRIZIONE DELLE CRITICITA' EMERSE			
ANALISI DELLE CAUSE			
PROPOSTA DI INTERVENTO			
ATTIVITA' /OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE			
RESPONSABILE DI ESECUZIONE DELL'AZIONE			
TEMPISTICA			
ESITI DEL <i>FOLLOW UP</i> (verifica dell'efficacia dell'azione correttiva)			