



Azienda Ospedaliera di  
Rilievo Nazionale  
San Pio

MANUALE DI

INTERNAL AUDIT

relativamente alle procedure

amministrativo-contabili

# Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI .....	4
3. SCOPO E OBIETTIVI .....	5
4. DEFINIZIONE DI INTERNAL AUDITING .....	5
5. CODICE ETICO.....	5
6. LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT .....	7
7. LE COMPONENTI DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO .....	8
8. LE TIPOLOGIE DI RISCHI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE .....	9
9. LA VALUTAZIONE DEI RISCHI .....	11
10. LE MODALITÀ DI INTERVENTO SUL RISCHIO .....	14
11. LE TIPOLOGIE DI CONTROLLO .....	15
12. IL MODELLO PROPOSTO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO PER IL GOVERNO DEI RISCHI .....	16
13. PIANIFICAZIONE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT P.A.C. ....	18
14. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT .....	22
15. SEGNALAZIONE EVENTUALE DANNO ERARIALE.....	22
16. SEGNALAZIONE EVENTUALE DENUNZIA PENALE .....	22
17. NORME FINALI E DI RINVIO.....	23
18. ALLEGATI .....	23

## INDICE DELLE FIGURE

FIGURA 1 - CoSo FRAMEWORK FOR INTERNAL CONTROLS .....	7
FIGURA 2 - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	10
FIGURA 3 – APPROCCIO METODOLOGICO PER L’IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI .....	11
FIGURA 4– MATRICE GRAVITÀ E PROBABILITÀ .....	14
FIGURA 5- LE TIPOLOGIE DI CONTROLLO .....	16
FIGURA 6 - MODELLO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI CONTROLLO PER IL GOVERNO DEI RISCHI .....	18
FIGURA 7- LE FASI DEL CONTROLLO INTERNO .....	19
FIGURA 8 - STRUMENTI VALUTAZIONE TEAM INTERNAL AUDIT .....	20

## INDICE DELLE TABELLE

TABELLA 1– LEGGI/NORME DI SUPPORTO PER LE TIPOLOGIE DI RISCHIO .....	4
TABELLA 2 – ELEMENTI DEL SISTEMA DEL CONTROLLO INTERNO .....	8
TABELLA 3 – ESEMPIO SCALA DELLA GRAVITÀ .....	12
TABELLA 4– ESEMPIO DI SCALA DELLA PROBABILITÀ .....	12
TABELLA 5 – ESEMPIO DI SCALA DELLA REGOLAMENTAZIONE .....	13

# 1. PREMESSA

Il presente documento intende meglio precisare gli aspetti applicativi della disciplina di *Internal Auditing* il cui ruolo, negli ultimi anni, è stato potenziato con l'introduzione nel Sistema Sanitario Nazionale di una regolamentazione standard di riferimento, imposta con la definizione dei **Percorsi Attuativi per la Certificabilità (P.A.C)** avvenuta con il Decreto Ministeriale del 1 Marzo del 2013.

Pertanto, di seguito si andranno a definire le azioni atte a garantire la legittimità e la correttezza delle procedure aziendali amministrativo – contabili, fornendo contemporaneamente modelli di documenti a supporto della gestione operativa.

Destinatari del presente Manuale sono:

- ❖ Commissione Internal Auditing;
- ❖ Cabina di Regia PAC;
- ❖ tutte le strutture aziendali interessate all'attività di audit;
- ❖ la Direzione Strategica.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Di seguito sono riepilogati i principali riferimenti normativi e documentali alla base della procedura in oggetto e del sistema di controllo interno proposto.

Riferimento	Descrizione
Decreto Legislativo 81/2008 “Attuazione dell’articolo 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123 – Testo unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro	Disposizione in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
Standard BS OHSAS 18.001:2007 “Occupational health and safety management systems – Requirements”	Linee guida UNI-INAIL “Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro”.
Decreto legislativo 152/2006 e smi – Testo unico sull’ambiente	Norme in materia ambientale
ISO 14.001:2004	Sistemi di gestione ambientali – Requisiti e guida per l’uso
	Standard internazionali e Guide Interpretative per la Pratica Professionale dell’Internal Audit.
UNI EN ISO 19.011:2012	Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione.
ISO/IEC 27000 ISO/IEC 27001	Standard con requisiti, raccomandazioni e le linee guida utili per lo sviluppo di un Sistema di Gestione per la Sicurezza delle informazioni (SGSI).
Codice Etico dell’Institute of Internal Auditors (IIA)	Composto dai Principi fondamentali per la professione e la pratica dell’internal auditing e dalle Regole di condotta che descrivono le norme comportamentali che gli auditor sono tenuti a osservare.
D.M.01 marzo 2013	Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze in materia di definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)
DCA n. 27/2019	Adozione Procedure amministrativo contabili e Piano dei Centri di rilevazione delle attività, dei ricavi, dei costi e delle variabili produttive di interesse regionale.

Tabella 1– Leggi/norme di supporto per le tipologie di rischio

### 3. SCOPO E OBIETTIVI

Per le aziende sanitarie la necessità di assicurare ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi (garantendo allo stesso tempo l'equilibrio economico – finanziario) richiede la costante ricerca di criteri capaci di garantire l'efficienza, l'efficacia e l'economicità in ogni aspetto gestionale ed organizzativo del sistema aziendale.

Il raggiungimento di tali criteri parte dal presupposto che la Direzione aziendale e tutto il management, si facciano promotori di un cambiamento che venga recepito non come imposto, bensì come necessario per garantire una conduzione dell'impresa sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati.

In tale contesto, e a seguito dell'implementazione del nuovo sistema amministrativo contabile SIAC, si colloca la necessità da parte dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Pio di implementare un sistema di controllo interno capace di garantire la certificabilità dei dati e il corretto svolgimento delle attività amministrativo – contabili nel rispetto del principio costituzionale del “*buon andamento*” della Pubblica Amministrazione.

### 4. DEFINIZIONE DI INTERNAL AUDITING

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

### 5. CODICE ETICO

L'attività di *Internal Auditing* è regolata a livello internazionale da un Codice Etico redatto dall'*Institute of Internal Auditors* e prevede le seguenti regole di condotta e principi che gli internal auditors sono tenuti ad osservare.

#### Principi:

- **INTEGRITÀ** dell'internal auditor che permette lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale;
- **OBIETTIVITÀ** nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti alla propria attività, senza mai essere influenzato da altre persone o interessi personali;
- **RISERVATEZZA** delle informazioni raccolte ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazioni, salvo che lo impongono motivi di ordine legale o deontologico;

- **COMPETENZA**, ovvero nell'esercizio dei propri servizi professionali l'internal auditor utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

### **Regole di condotta:**

#### **1) INTEGRITÀ.**

L'internal auditor:

- deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità;
- deve rispettare la legge e divulgare all'esterno solo se richiesto dalla legge e dai principi della professione;
- non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera;
- deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e legittimi.

#### **2) OBIETTIVITÀ.**

L'internal auditor:

- Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione;
- Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione;
- Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa fornire un quadro alterato delle attività analizzate.

#### **3) RISERVATEZZA.**

L'internal auditor:

- deve acquisire la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico;
- non deve usare le informazioni ottenute né per vantaggio personale, né secondo modalità che siano contrarie alla legge o di nocimento agli obiettivi etici e legittimi dell'organizzazione.

#### **4) COMPETENZA.**

L'internal auditor:

- deve effettuare solo prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.
- deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli standard internazionali per

la pratica professionale dell'internal auditing

- deve continuamente migliorare la propria preparazione professionale nonché l'efficacia e la qualità dei propri servizi.

## 6. LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT

Gli obiettivi che il sistema di *Internal Audit* (di seguito I.A.) si prefigge di garantire sono i seguenti:

- ❖ efficacia ed efficienza dei processi aziendali;
- ❖ salvaguardia del patrimonio aziendale;
- ❖ conformità dell'attività dell'azienda alla legislazione e normativa vigente, alle direttive e alle procedure aziendali definite e deliberate;
- ❖ attendibilità delle informazioni contabili e gestionali.

Il raggiungimento di tali obiettivi è garantito dall'elaborazione di pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare i rischi.

L'attività di I.A. deve essere assegnata tramite Deliberazione aziendale dalla Direzione ad uno o più Dirigenti aziendali, formando un'apposita Commissione aziendale, con adeguate competenze in materia di Internal Audit, sistemi informativi aziendali e indicatori di frode. La Commissione si potrà avvalere della collaborazione di un Team di supporto aziendale, della Direzione Strategica e delle Strutture aziendali sottoposte all'attività di Audit.

L'attività della Commissione è riferita unicamente alla verifica dell'attuazione del P.A.C.; la stessa provvede a:

- ❖ pianificare lo sviluppo del sistema di controllo interno attraverso una pianificazione delle attività di verifica da svolgere;
- ❖ coordinare le attività programmate e pianificate;
- ❖ gestire gli audit attraverso la predisposizione di verbali e di un rapporto finale di audit che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica;
- ❖ coadiuvare i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle procedure amministrativo-contabili nel far comprendere al personale direttamente coinvolto l'importanza dei processi;
- ❖ tenere l'archivio della documentazione delle attività di audit;
- ❖ curare l'aggiornamento del Regolamento aziendale del controllo interno.

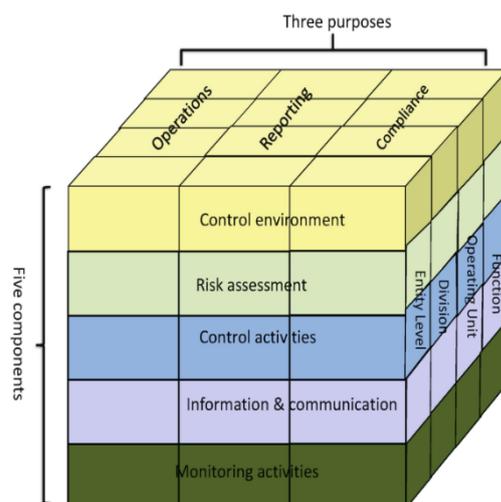


Figura 1 - CoSo Framework for internal controls

## 7. LE COMPONENTI DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO

Le componenti del sistema di controllo interno sono indicate nel documento *Internal Control-Integrated Framework (CoSO Report)* pubblicato nel 1992 ed aggiornato periodicamente dal *Committee on Sponsoring Organization (CoSO)*.

Il sistema di controllo interno si compone di 5 elementi fondamentali:

<b>AMBIENTE DI CONTROLLO</b>	Le aziende sanitarie devono essere in grado di creare un ambiente di controllo ( <i>CONTROL ENVIRONMENT</i> ) adeguato, cercando di far comprendere a tutte le risorse che tutti coloro che lavorano all'interno di essa devono essere predisposti ad essere controllati.
<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	La valutazione del rischio ( <i>RISK ASSESSMENT</i> ) è un'attività volta a garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso l'individuazione/la mappatura dei fattori che possono pregiudicare il raggiungimento degli stessi. Deve essere svolta con periodicità annuale da parte della Commissione di Audit e in accordo con la Direzione Strategica, ma si alimenta anche in modo continuativo durante le attività di controllo svolte dai diversi attori coinvolti nella governance aziendale (Direzione Strategica, Controllo di Gestione, Corte dei Conti, Collegio Sindacale, ecc.).
<b>ATTIVITÀ DI CONTROLLO</b>	Le attività di controllo ( <i>CONTROL ACTIVITIES</i> ) rappresentano il perno del sistema di controllo e possono essere di tipologia preventiva o correttiva.
<b>INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE</b>	Il buon funzionamento del controllo interno è garantito e supportato dall'ottenimento di informazioni affidabili e di qualità ( <i>INFORMATION &amp; COMUNICATION</i> ) da parte dell'organizzazione aziendale.
<b>MONITORAGGIO</b>	L'attività di monitoraggio ( <i>MONITORING</i> ) consiste in un'attività periodica di supervisione e valutazione, al fine di rilevare tempestivamente inefficienze e carenze aziendali in termini di procedure PAC.

Tabella 2 – Elementi del sistema del controllo interno

## 8. LE TIPOLOGIE DI RISCHI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Al fine di fornire una definizione di “rischio”, lo si può considerare come un evento futuro e incerto che può influenzare positivamente o negativamente il raggiungimento degli obiettivi precedentemente individuati.

Rispetto al sistema sanitario di cui l’AORN San Pio è parte integrante, va considerato che:

- i professionisti aziendali, che a vario titolo sono coinvolti nella gestione delle procedure PAC, hanno interessi di svariata tipologia, che possono essere anche non tra loro coerenti, e ciò può comportare il sorgere di difficoltà di collaborazione.
- considerata l’imprevedibilità dell’efficacia dei nuovi trattamenti innovativi rispetto alle varie forme patologiche, le aziende devono essere in grado di gestire tale incertezza attraverso apposite procedure, prendendo delle decisioni molto spesso in condizioni di incompletezza delle informazioni.
- l’elevata visibilità pubblica nel caso in cui si verificasse un errore o un evento avverso, potrebbe essere controproducente sia in termini reputazionali, sia rispetto alla fiducia del pubblico verso l’azienda e il sistema sanitario.

Le principali tipologie di rischio nelle organizzazioni sanitarie, in merito ai processi amministrativo contabili, possono essere rappresentate da:

- ❖ **rischio amministrativo – contabile**, in tale rischio sono inclusi i danni derivanti da errori nell’amministrazione delle risorse finanziarie, irregolarità negli appalti pubblici, mancanza di un sistema di controllo interno;
- ❖ **rischio dei sistemi informatici ed informativi**, tale rischio comprende:
  - l’accesso non autorizzato ai dati del paziente da parte di hacker ovvero anche attraverso errori umani, comportando la possibilità di divulgazione di informazioni mediche sensibili ai danni del paziente, con gravi conseguenze per la loro privacy e per la reputazione delle strutture sanitarie;
  - gli attacchi ransomware, ossia l’eventualità che i dati aziendali vengono crittografati da malware per poi essere richiesto un riscatto per sblocarli, causando interruzioni del servizio e potenziali danni ai pazienti;
  - attacchi di phishing, vale a dire e-mail o siti web fraudolenti che inducono gli utenti a condividere in modo ingannevole le proprie credenziali di accesso, consentendo quindi agli hacker di accedere ai dati sensibili dei pazienti e della struttura sanitaria;

Per ciascuna delle famiglie di rischio descritte, esiste un documento regolatore di supporto

specifico da applicare al fine di seguire delle specifiche linee guida ottemperanti alla normativa e alle corrette logiche di gestione del rischio.

Nel caso in cui l'azienda sanitaria intenda sviluppare la gestione sistemica del rischio può essere utile definire:

- ❖ il processo di gestione del rischio a livello di azienda (Fig.2);
- ❖ i vari responsabili per le diverse tipologie di rischio e quindi i diversi responsabili (*owner*) del processo;
- ❖ gli obiettivi che tale processo di gestione del rischio deve perseguire e trasformare gli obiettivi in risultati.

Il primo passo è rappresentato dalla definizione del processo di gestione del rischio a livello di azienda. L'approccio metodologico proposto, anche in considerazione del livello di complessità delle organizzazioni sanitarie, è rappresentato da:

- ❖ definizione delle fasi del processo di gestione del rischio indipendentemente dalla tipologia di rischio;
- ❖ definizione dei livelli di responsabilità per ognuna delle diverse tipologie di rischio;
- ❖ identificazione del modo di operare (le procedure) per le diverse fasi del processo;
- ❖ identificazione degli strumenti da utilizzare nelle diverse fasi del processo.

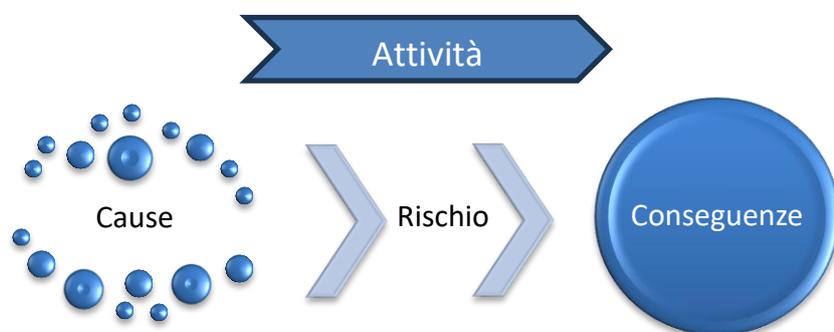


Figura 2 - Processo di gestione del rischio

## 9. LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Per poter determinare i rischi, relativamente alle procedure amministrativo contabili, è importante definirne le modalità di identificazione; è dunque necessario affidarsi a metodologie e strumenti efficaci alla realtà sanitaria. Si ritiene importante identificare i rischi partendo dai processi interni ponendosi in particolare due domande: "Perché può accadere il rischio?" e "Quali sono le cause?", aiutando così a determinare il rischio stesso, le sue conseguenze e le cause. Dunque, risulta importante avere un approccio metodologico per l'identificazione dei rischi procedendo in base a step definiti:

- 1) determinare le possibili cause,
- 2) definire cosa potrebbe accadere nell'esecuzione dell'attività,
- 3) definire quali potrebbero essere le conseguenze qualora il rischio dovesse verificarsi.



*Figura 3 – Approccio metodologico per l'identificazione dei rischi*

Per affrontare i rischi è fondamentale, dopo averli identificati, procedere con la loro valutazione per determinare il livello di rischio. Questo processo permette di individuare i rischi prioritari su cui concentrarsi. La quantificazione del rischio richiede l'uso di una metrica che renda oggettivi i parametri che compongono l'indice di rischio.

Tali parametri includono il prodotto tra la probabilità e la regolamentazione, nonché la gravità:

- ❖ La probabilità misura la frequenza con cui un evento si verifica, collegata anche ai volumi dell'attività in esame;
- ❖ La regolamentazione dell'attività valuta il grado di proceduralizzazione e controllo presenti nell'azienda;
- ❖ la gravità rappresenta la valutazione quantitativa del danno potenziale, espresso come aumento dei costi, riduzione dei ricavi o danno all'immagine.

Questi tre parametri vengono resi misurabili attraverso una scala quali-quantitativa, che consente una valutazione precisa.

GRAVITÀ		
PUNTEGGIO	DESCRIZIONE	NOTE DI VALUTAZIONE
1	<b>Impatto significativo non</b>	Nessun effetto significativo sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiorazione dei costi.
2	<b>Impatto minimo</b>	Impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiorazione dei costi per un valore < 50.000 euro.
3	<b>Impatto di minore rilevanza</b>	Impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiorazione dei costi per un valore < 500.000 euro.
4	<b>Impatto rilevante</b>	Impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiorazione dei costi per un valore <1.000.000 euro.
5	<b>Impatto particolarmente rilevante</b>	Impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiorazione dei costi per un valore >1.000.000 euro.

Tabella 3 – Esempio scala della gravità

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ		
PUNTEGGIO	DESCRIZIONE	NOTE DI VALUTAZIONE
1	<b>Inverificabile</b>	È impossibile che accada.
2	<b>Improbabile</b>	L'evento probabilmente non accadrà mai.
3	<b>Remoto</b>	L'evento dannoso riconducibile è accaduto o/è probabile che accada entro 3 anni.
4	<b>Possibile</b>	L'evento dannoso riconducibile è accaduto o/è probabile che accada entro 1 anno.
5	<b>Continuo</b>	L'evento dannoso può accadere entro 3 mesi con elevata probabilità.

Tabella 4– Esempio di scala della probabilità

REGOLAMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ		
PUNTEGGIO	DESCRIZIONE	NOTE DI VALUTAZIONE
1	<b>Sotto controllo con verifiche</b>	Personale esperto ed addestrato Procedure sufficienti e soggette a verifica nell'applicazione Controlli/approvazioni eseguite da personale indipendente
2	<b>Sotto controllo</b>	Personale esperto ed addestrato Procedure e metodi sufficienti Controlli/approvazioni eseguite da personale esterno
3	<b>Regolamentata</b>	Personale con esperienza, ma senza addestramento documentato Procedure e metodi insufficienti/obsoleti Controlli/approvazioni eseguite da personale interno
4	<b>Insufficientemente Regolamentata</b>	Personale senza esperienza e non addestrato Procedure e metodi insufficienti Controlli/approvazioni eseguite da personale interno
5	<b>Incontrollata</b>	Personale senza esperienza e non addestrato Procedure inesistenti Controlli/approvazioni non eseguite

*Tabella 5 – Esempio di scala della regolamentazione*

La quantificazione numerica dei rischi è il risultato della loro valorizzazione, legata a una specifica attività.

Utilizzando la matrice derivata dal “metodo Montecarlo” (Fig. 4), è possibile identificare e classificare i rischi in base alla priorità di intervento. Il “metodo Montecarlo”, una simulazione basata su valori casuali e procedimenti probabilistici, è impiegato in statistica per risolvere vari problemi ed è utilizzato come metodo di analisi quantitativa del rischio. La matrice aiuta a identificare i rischi nelle diverse aree di priorità, permettendo di concentrare l'attenzione solo sui rischi più elevati. Questo è fondamentale per capire su quali rischi l'azienda non sta intervenendo e quindi il livello di rischio a cui è esposta.

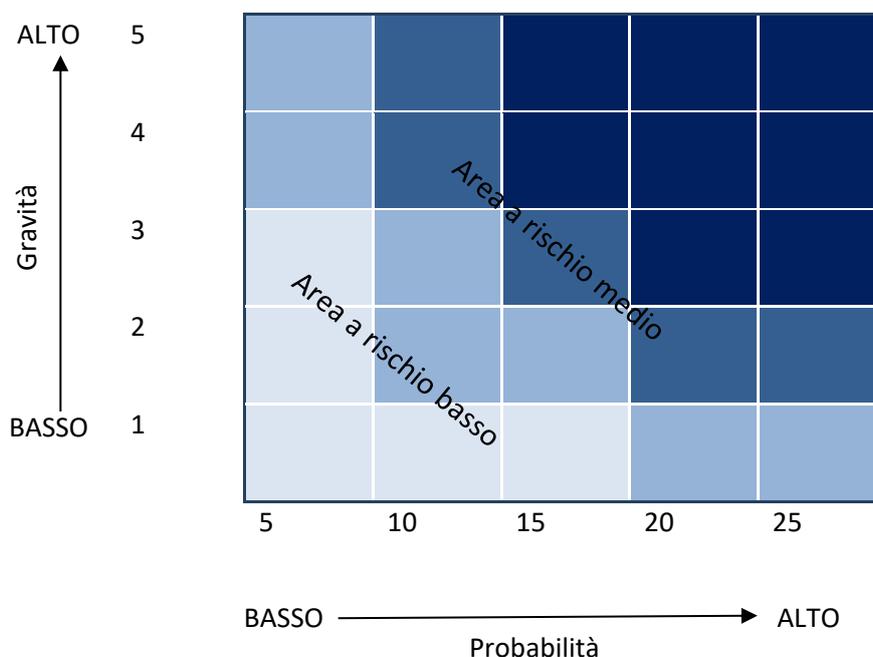


Figura 4- Matrice gravità e probabilità

Per illustrare la metodologia è importante avere le seguenti regole come riferimento:

1. La probabilità di accadimento e la regolamentazione riguardano il rischio identificato;
2. La probabilità deve essere quantificata senza considerare i controlli esistenti per evitare di mescolare probabilità e regolamentazione;
3. La gravità è legata alla conseguenza e deve essere determinata in base ad essa;
4. La gravità deve essere valutata pensando al peggior scenario possibile;

Si precisa che la valutazione delle procedure in essere deve essere effettuata al fine di individuare eventuali criticità prima che le stesse possano concretizzarsi.

## 10.LE MODALITÀ DI INTERVENTO SUL RISCHIO

Dopo aver identificato i rischi, le relative conseguenze e averli quantificati per stabilire le priorità, è necessario definire come gestirli. L'identificazione è solo il primo passo nella gestione dei rischi; il successivo è determinare le modalità di intervento per ciascun rischio. Le modalità di intervento per affrontare un rischio includono:

1. **Accettare il rischio:** Decidere di non intraprendere azioni e accettare la possibilità di un evento dannoso. Se un'azienda sceglie questa opzione, è fondamentale monitorare periodicamente il rischio per assicurarsi che rimanga entro una soglia accettabile.

2. **Trasferire il rischio:** Spostare il rischio a un'altra organizzazione, tramite esternalizzazione delle attività e processi (outsourcing) o tramite un'assicurazione. Un esempio è il rischio clinico, spesso trasferito acquistando una polizza RCT/O. Questo trasferimento avviene pagando un servizio assicurativo che copre l'evento dannoso.
3. **Evitare il rischio:** Adottare misure per eliminare completamente il rischio.
4. **Gestire il rischio:** Implementare controlli e procedure per mitigare l'impatto del rischio.

Il trasferimento del rischio tramite assicurazione è stato tradizionalmente utilizzato, ma negli ultimi anni è stato messo in discussione a causa dell'aumento dei costi assicurativi. Alcune aziende e regioni stanno quindi sviluppando modelli di autoassicurazione per ridurre i costi associati al trasferimento esterno.

## 11. LE TIPOLOGIE DI CONTROLLO

Nell'ambito del diritto, il controllo è l'attività volta ad assicurare la conformità a norme giuridiche o all'interesse pubblico di altra attività, mediante l'esercizio di poteri da parte di un soggetto controllante, diverso da quello che svolge l'attività controllata. Ne consegue il divieto ai Componenti della Commissione di *Internal Audit* PAC di svolgere valutazioni e attività di controllo su processi dei quali si è stati responsabili. In quest'ultimo caso le verifiche della Commissione saranno svolte solo dai membri non coinvolti nelle attività oggetto di *audit*.

In ottica della gestione dei rischi amministrativo - contabili, il controllo ha il compito di ridurre e quindi di mitigare i rischi relativi ad una determinata attività. Istituire un'attività di internal audit non è una garanzia per ridurre il rischio, ma lo diventa nel momento in cui risulta essere efficace nel contenimento del rischio stesso.

Esistono due tipologie di controllo:

- ❖ **CONTROLLI PREVENTIVI**, caratterizzate da forme di controllo che possono prevenire potenziali cause determinanti il rischio;
- ❖ **CONTROLLI CORRETTIVI**, caratterizzati da una forma di controllo che avviene dopo che l'attività è stata eseguita e quindi hanno lo scopo di correggere eventuali attività qualora si sia verificato l'evento rischioso.

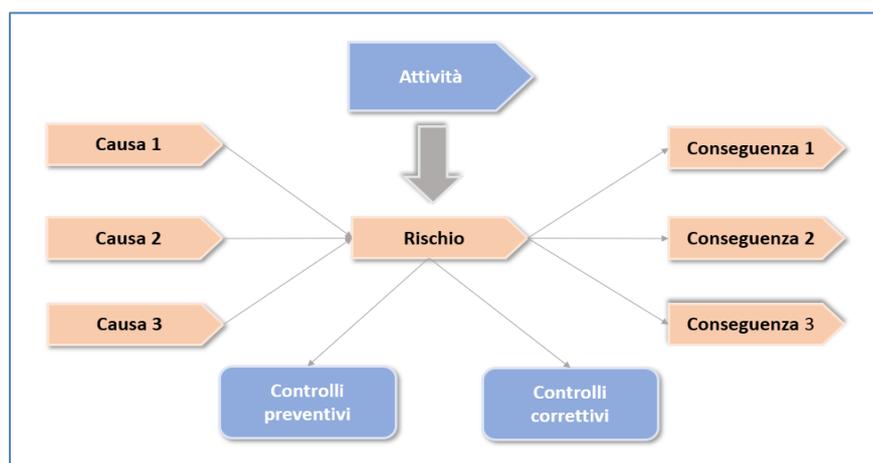


Figura 5- Le tipologie di controllo

I controlli di carattere preventivo sono costituiti da:

- ❖ adozione di politiche e procedure amministrativo - contabili standard;
- ❖ separazione dei compiti;
- ❖ definizione di diversi livelli di autorizzazione.

Per contro, i controlli correttivi finalizzati a identificare errori possono essere costituiti da:

- ❖ report di analisi;
- ❖ riconciliazioni giornaliere o periodiche, ad esempio la riconciliazione delle casse *ticket* a fine giornata, ma anche la corretta imputazione dei dati contabili nei vari gestionali aziendali;
- ❖ *check-list* di doppio controllo;
- ❖ revisione delle transazioni e degli accessi informatici al fine di verificare che i dati dei sistemi informativi siano stati modificati solo dal personale autorizzato.

## 12. IL MODELLO PROPOSTO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO PER IL GOVERNO DEI RISCHI

Per gestire il rischio amministrativo-contabile a livello aziendale, è cruciale strutturare un metodo sostenibile nel tempo, sia in termini di risorse che di risultati, che permetta di intervenire nelle aree di rischio prioritario a livello organizzativo.

Uno dei modelli da prendere in considerazione, e che è proposto di seguito, si basa sui processi aziendali, considerati il fulcro dell'approccio allo sviluppo, questo perché:

- ❖ I processi sono utilizzati sia per la gestione e le performance, sia per il rischio, rendendo il governo del rischio un elemento integrato nella gestione dei processi, sotto la responsabilità dei *process owner*.
- ❖ Lavorare sui processi enfatizza una logica sistemica.
- ❖ L'approccio per processi abbatte le barriere organizzative, permettendo l'uso di strumenti e metodi tipici della gestione per processi.
- ❖ Si integra la gestione dei processi e dei rischi in un'unica modalità.
- ❖ Si definisce l'impatto che lo svolgimento dei processi ha rispetto alle rilevazioni contabili delle voci di costo e ricavo aziendali, creando una sinergia tra lo sviluppo del sistema di controllo interno e la revisione di bilancio.

Il modello sviluppato è articolato in **sette fasi principali** (Fig. 6), nel dettaglio:

- 1) la prima fase prevede l'identificazione dei processi prioritari sui quali concentrarsi per analizzare i rischi, specialmente nei primi quattro o cinque anni di applicazione.
- 2) Una volta identificati questi processi prioritari, si procede con la seconda fase, che consiste nello studio dettagliato di ciascun processo, puntando a migliorare l'efficacia e l'efficienza attraverso tecniche di miglioramento e snellimento dei processi.
- 3) La terza fase introduce la gestione del rischio, analizzando i rischi e i controlli esistenti all'interno del processo. La quantificazione e l'identificazione dei rischi prioritari concludono questa fase, preparando la successiva.
- 4) La quarta fase si concentra sulla definizione dei piani di contenimento dei rischi, che includono la progettazione dei sistemi di controllo.
- 5) La quinta fase riguarda l'implementazione dei piani di miglioramento e di contenimento, finalizzati rispettivamente a migliorare l'efficacia e l'efficienza del processo e a ridurre i rischi amministrativo-contabili prioritari.
- 6) La sesta fase prevede il monitoraggio dei piani di miglioramento e contenimento per sostenere il *change management* e verificare lo stato di avanzamento delle modifiche. L'ultima fase comporta la rivalutazione dei rischi per verificare l'efficacia dei controlli introdotti e la riduzione del rischio. Inoltre, si valuta l'efficacia dei piani di contenimento in termini di risultati ottenuti.

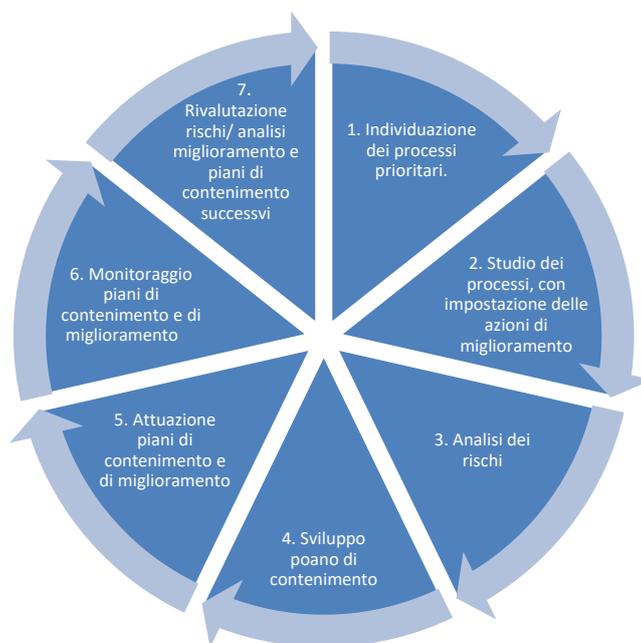


Figura 6 - Modello per lo sviluppo del sistema di controllo per il governo dei rischi

## 13. PIANIFICAZIONE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT P.A.C.

La pianificazione delle attività di *Internal Audit* PAC deve essere predisposta entro il 31 dicembre dell'anno precedente rispetto all'anno di riferimento, da parte della relativa Commissione e trasmessa alla Direzione Strategica aziendale. Nel corso dell'anno, la pianificazione potrà subire delle modifiche significative da parte della Commissione di *Internal Audit* e dovrà affrontare ogni eventuale criticità sorta nel corso dell'anno o segnalata dal Collegio Sindacale in tale ambito, tenendo conto di eventuali aggiornamenti. Essa dovrà definire l'obiettivo e l'ambito/aree dell'*audit*, il periodo nei quali gli *audit* saranno effettuati, le modalità di verifica, i tempi di svolgimento e le strutture coinvolte.

Nel dettaglio, le fasi che caratterizzano l'attività di *Audit* sono le seguenti:

- programmazione dell'*audit*,
- riunione di avvio attività (*kick-off meeting*);
- esecuzione dell'*audit*,
- stesura del verbale di *audit*,
- riunione finale (*exit meeting*);
- *follow up audit*,
- rapporto finale di audit

## 13.1 PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO DI AUDIT

La fase di programmazione rappresenta la risposta ai rischi individuati nella fase di “*Risk Assessment*”. La pianificazione delle attività di *Internal Audit* viene quindi strutturata nella fase di programmazione dove si analizzeranno e definiranno le modalità di audit da realizzare.



Figura 7- Le fasi del controllo interno

L'*audit* può essere ripartito nel corso dell'esercizio, a patto che venga assicurato un controllo a copertura di tutti i mesi dell'anno (ad esempio, si potrà programmare i controlli a cadenza semestrale).

Le aree oggetto di verifiche per l'individuazione dei rischi sono quelle individuate dal P.A.C.:

- ❖ Aziende;
- ❖ Immobilizzazioni;
- ❖ Rimanenze;
- ❖ Crediti e Ricavi;
- ❖ Disponibilità Liquide;
- ❖ Patrimonio Netto;
- ❖ Debiti e Costi.

L'individuazione, all'interno delle suddette delle aree critiche, è il risultato di valutazioni e indicazioni da parte di organismi interni e/o esterni, di documenti, dati aziendali e accadimenti che fanno emergere aree di rischio non adeguatamente presidiate.

## 13.2 RIUNIONE DI AVVIO ATTIVITÀ

L'avvio dell'*audit* è caratterizzato generalmente da una riunione di apertura finalizzata a chiarire alle strutture coinvolte, ovvero i Responsabili dell'U.O accompagnati dai propri collaboratori, l'ambito del controllo, lo scopo e le metodologie adottate. Successivamente alla riunione iniziale e qualche giorno prima dell'avvio dell'attività, è necessario che venga trasmessa dalla Commissione di *Internal Audit* una comunicazione formale con l'indicazione delle date di inizio e fine delle verifiche, nonché delle risorse che effettueranno l'intervento.

## 13.3 ESECUZIONE DELL'AUDIT

Alla data stabilita la Commissione di *Internal Audit*, a seguito di analisi della normativa vigente e delle procedure amministrativo-contabili esistenti e adottate dall'Azienda Sanitaria, darà avvio all'esecuzione dell'attività di controllo attraverso gli strumenti di valutazione previsti in fase di pianificazione, al fine di verificare l'ottemperanza dell'azione amministrativa rispetto alla normativa vigente e la corretta applicazione dei processi aziendali disciplinati in ottica P.A.C..

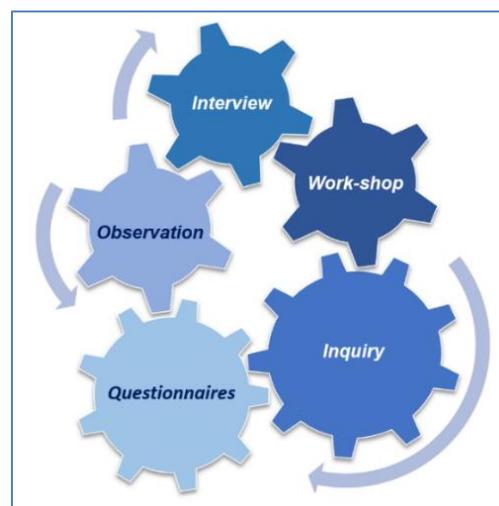


Figura 8 - Strumenti valutazione Team Internal Audit

Esempi di strumenti di valutazione impiegati dalla Commissione di *Internal Audit* possono essere come di seguito sintetizzati:

- ❖ **OBSERVATION:** ovvero l'osservazione diretta della procedura o delle singole fasi oggetto di audit;
- ❖ **QUESTIONNAIRES:** questionari a risposta chiusa/aperta;
- ❖ **INTERVIEW:** interviste abbinate all'impiego di check -list predefinite;
- ❖ **WORK-SHOP:** ovvero incontri in forma collegiale al fine di raccogliere informazioni e punti di vista da parte dei diversi soggetti che partecipano al processo;
- ❖ **INQUIRY,** ovvero la verifica di documenti di controllo interno.

## 13.4 VERBALE DI AUDIT

Conclusa la fase di *Audit*, si procede con la stesura di un verbale di *audit* che dovrà comprendere:

- ❖ riferimento alla nota aziendale di avvio audit;
- ❖ la data/periodo di tempo coperto dall'audit;
- ❖ l'elenco dei partecipanti relativi alla Commissione di *Audit* e alle Strutture coinvolte;
- ❖ le Procedure/Aree oggetto di verifica;
- ❖ eventuali documenti analizzati;
- ❖ rilievi/anomalie emerse a seguito di controllo;
- ❖ risultato complessivo della verifica.

All'interno del verbale sarà possibile definire il valore dei rilievi riscontrati:

<b>Negativo</b>	Può causare seri effetti negativi sui risultati aziendali.
<b>Parzialmente positivo</b>	Potrebbe causare effetti negativi sui risultati aziendali.
<b>Positivo</b>	Nessuna problematica riscontrata, il sistema dei controlli interni è adeguato o soddisfacente.

## 13.5 RIUNIONE FINALE E PIANO DI AZIONE CORRETTIVA

La condivisione del contenuto del verbale di *Audit* con i responsabili del processo avviene nella riunione finale, il cui scopo è quello di condividere le risultanze e le conclusioni dell'*audit*, nonché segnalare e discutere in tempo reale eventuali criticità emerse e il relativo piano di azione correttiva.

## 13.6 IL FOLLOW UP AUDIT

Il *follow up* è il processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive previste dal piano di azione e da eseguire entro la fine dell'anno in cui è stato avviato il Piano di *Audit*, al fine di verificare la risoluzione delle criticità segnalate nei verbali di *audit*. Spetta alla Commissione dell'*Internal Audit* definire il grado di approfondimento e le tempistiche del *follow-up*, in funzione dell'importanza delle conseguenze e della rilevanza dei *gap* riscontrati. Il *follow up* è svolto dalla Commissione secondo le tempistiche previste dal piano d'azione e potrà prevedere:

- **ANALISI DOCUMENTALE.**

Nel caso in cui il Piano d'Azione prescriva un monitoraggio attraverso la semplice analisi documentale come l'adozione di norme, atti interni e procedure. La nota di avvio del *follow up* richiederà ai titolari del processo la trasmissione, entro un termine stabilito, della documentazione comprovante l'attuazione;

- **ANALISI SUL CAMPO.**

Nel caso in cui il Piano d'Azione preveda una verifica diretta, la nota di avvio del *follow up*, previo confronto tra le parti interessate, comunicherà il giorno di verifiche sul campo da parte del *Team di follow up*.

I risultati del follow-up sono esplicitati in un verbale riportante il livello di attuazione delle azioni correttive.

## 13.7 RAPPORTO FINALE DI AUDIT

Al termine di ogni annualità, la Commissione di *Internal Audit* redige un rapporto finale sull'attività svolta, destinata alla Direzione Strategica, propedeutica alla definizione della pianificazione delle attività di *audit* dell'annualità successiva.<sup>1</sup>

Tale rapporto dovrà essere articolato nel modo seguente:

- ❖ riferimento dell'Area P.A.C e relativa attività oggetto di verifica;
- ❖ sintesi complessiva delle verifiche;
- ❖ principali criticità rilevate nel corso delle attività di controllo;
- ❖ azioni correttive predisposte;
- ❖ esito del follow up.

## 14. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

La Commissione dell'*internal Audit* è tenuta a raccogliere e conservare in un fascicolo informatico tutte le comunicazioni e la documentazione afferente all'attività di *internal Audit* (Manuale di *Internal Audit*, Pianificazione di *audit*, note di inizio attività, verbali, rapporti finali ecc.). L'Archiviazione deve essere tale da permettere facilmente la consultazione degli atti a tutta la squadra di *Internal Audit*.

## 15. SEGNALAZIONE EVENTUALE DANNO ERARIALE

Nel caso in cui durante l'attività di audit emergano ipotesi di responsabilità per danni causati alla finanza pubblica o solo la potenzialità lesiva, la Commissione di *I.A* dovrà tempestivamente informare la Direzione Strategica che a seguito di istruttoria provvederà all'inoltro alla Procura Regionale c/o la Sez. giurisdizionale della Corte dei conti.

## 16. SEGNALAZIONE EVENTUALE DENUNZIA PENALE

Nel caso in cui durante l'attività di audit venga acquisita notizia di reato penale, chi ne è venuto a conoscenza predispone una relazione alla Direzione Strategica con evidenza e prove delle circostanze rappresentate. La stessa disposta l'istruttoria necessaria provvederà a trasmettere gli atti alla Procura della Repubblica.

---

<sup>1</sup> A discrezione della Commissione sarà possibile allegare al rapporto una relazione maggiormente esplicitiva delle attività svolte e ulteriore documentazione a supporto.

## 17. NORME FINALI E DI RINVIO

È fatto d'obbligo ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori delle Unità Operative aziendali di vigilare, nelle strutture di propria competenza, sulla corretta applicazione dei processi amministrativo contabili mappati nelle relative procedure deliberate, nonché di segnalare alla Commissione *Internal Audit* ogni eventuale variazione dovuta a successivi interventi normativi e/o revisioni organizzative che coinvolgono i processi descritti.

Per quanto non espressamente previsto dal presente documento, si rimanda alle disposizioni legislative se ed in quanto applicabili in materia.

## 18. ALLEGATI

I seguenti documenti, allegati al presente documento, costituiscono parte integrante del Manuale e saranno oggetto di utilizzo nel corso

- *ALLEGATO 1: "Check-List Di Controllo Interno" e "Istruzioni per la compilazione delle checklist di controllo interno";*
- *ALLEGATO 2: "Verbale verifiche controllo interno";*
- *ALLEGATO 3: "Piano Delle Azioni Correttive" e "Istruzioni per la compilazione del Piano delle Azioni";*
- *ALLEGATO 4: "Istruzioni per la compilazione del Rapporto Finale Di Audit"*

## FORMAT CHECK -LIST DI CONTROLLO INTERNO

**ALLEGATO 1**

AREA PAC				
PROCEDURA		PROCESSO AZIENDALE		
PROCESSO AZIENDALE		UFFICIO REFERENTE		RISORSA RESPONSABILE
DESCRIZIONE QUESITO		VALUTAZIONE	NOTE	LIVELLO DI CRITICITA'
1				
•				
PROCESSO AZIENDALE		UFFICIO REFERENTE		RISORSA RESPONSABILE
DESCRIZIONE QUESITO		VALUTAZIONE	NOTE	LIVELLO DI CRITICITA'
1				
•				
2				
•				
•				

## ALLEGATO 1

# Istruzioni per la compilazione delle Check-list di controllo interno

L'attività di controllo svolta dalla Commissione di Internal Audit viene eseguita attraverso l'impiego di strumenti di valutazione, così come previsto nel Piano annuale.

Tale documento funge da guida per la compilazione delle **check -list di controllo interno**, ovvero questionari da formulare per ogni Area P.A.C e per ogni ufficio referente coinvolto nell'espletamento dei processi aziendali. L'obiettivo degli strumenti di valutazione impiegati consiste nell'individuazione delle criticità, ovvero tutti i casi in cui le procedure amministrativo – contabili risultano non applicate a regime.

Di seguito le istruzioni per la compilazione.

### Area P.A.C

Indicare una delle seguenti Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C) e sottoposta a verifica:

- A - Area Generale
- D - Area Immobilizzazioni
- E - Area Rimanenze
- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

# **ALLEGATO 1**

## **Procedura**

Rispetto all'Area, indicare la Procedura amministrativo contabile sottoposta a verifica.

Esempio:

Area P.A.C: I - Area Debiti e Costi

Procedura: DC1 – Gestione Anagrafica

## **Processo Aziendale**

In riferimento all'Area e alla Procedura amministrativo contabile, indicare il processo aziendale sottoposto a verifica.

Esempio:

Area P.A.C: I - Area Debiti e Costi

Procedura: DC1 – Gestione Anagrafica

Processo Aziendale: DC1.1 – Gestione anagrafica contratti

## **Ufficio Referente**

Indicare la denominazione della struttura sottoposta ai controlli.

## **Risorsa Responsabile**

Indicare il NOME e COGNOME delle risorse sottoposte all'attività di verifica.

La figura in questione può essere sia un Responsabile di Struttura, sia un operativo.

## **Descrizione quesito**

Formulare quesiti relativi alle attività da sottoporre al controllo.

## **Valutazione**

Tramite apposito menù a tendina sarà possibile scegliere uno dei seguenti esiti:

- Si: il processo è corretto e in linea con i requisiti normativi;
- No: il processo non è in linea con i requisiti normativi.

# ALLEGATO 1

## Livello di criticità

- Ad ogni valutazione è **NECESSARIO** assegnare un livello di criticità, ovvero:
- Valutazione SI – Livello di criticità **BASSO**;
- Valutazione NO – Livello di criticità **ALTO**;
- Valutazione SI/NO – Livello di criticità **MEDIO**, solo nel caso in cui venga specificata nel campo NOTE<sup>1</sup> un'anomalia di lieve entità.

---

<sup>1</sup> All'interno del campo sarà possibile annotare anche eventuali dichiarazioni/osservazioni emerse in fase di controllo.

## ALLEGATO 2

# VERBALE VERIFICHE CONTROLLO INTERNO

### *Riferimenti documento*

<b>Titolo del documento</b>	VERBALE VERIFICHE CONTROLLO INTERNO
<b>Data di creazione</b>	
<b>Responsabile di funzione</b>	

## ALLEGATO 2

# Rapporto Controllo Interno

<b>Riferimento Nota di Convocazione n.</b>	
<b>Data di Verifica:</b>	<b>Sede di Verifica:</b>
<b>U.O.C / U.O.S / U.O.S.D coinvolta:</b>	
<b>Elenco dei partecipanti Commissione di Controllo:</b>	
<b>Procedura P.A.C oggetto di verifica:</b>	
<b>Sotto-processi oggetto di verifica:</b>	

## ALLEGATO 2

<b>Descrizione intervento di Controllo Interno:</b>
<b>Documentazione analizzata:</b>

<b>Livello di applicazione delle attività amministrativo-contabile P.A.C:</b>	
<input type="checkbox"/> Non iniziato <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Applicazione a regime	
<b>Descrizione degli eventuali rilievi emersi a seguito del Controllo:</b>	<b>Riferimenti</b>

<b>Risultato complessivo della verifica:</b>
<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Parzialmente Positivo <input type="checkbox"/> Positivo

**Commissione Internal Auditing**

\_\_\_\_\_

**La Direzione Strategica**

\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 2**

# **Istruzioni per la compilazione del Verbale di Controllo Interno**

L'attività di controllo in loco prevede la compilazione del **Verbale di Controllo Interno**.

Tale documento dovrà essere compilato dai partecipanti del Team Audit a seguito degli incontri finalizzati a verificare la corretta applicazione delle procedure amministrativo - contabili.

Di seguito le istruzioni per la compilazione.

### **Riferimento Nota di avvio attività di audit**

Occorre indicare il numero della Nota aziendale con la quale si annuncia formalmente alle Strutture coinvolte l'avvio dell'attività di controllo.

### **Data di Verifica**

Indicare la data o il range temporale in cui è svolto il controllo interno.

### **Sede di Verifica**

Indicare il Presidio/ Distretto e relativo indirizzo (via/piazza, numero civico e località) in cui avviene l'attività di controllo.

### **U.O.C. / U.O.S. / U.O.S.D. coinvolta**

indicare la denominazione della struttura in cui si svolgono i controlli.

### **Elenco dei partecipanti Team di Controllo**

Indicare nome e cognome dei partecipanti designati all'attività di Internal Audit.

### **Procedura P.A.C oggetto di verifica**

Indicare una delle seguenti Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità:

## **ALLEGATO 2**

- A - Area Aziende
- D - Area Immobilizzazioni
- E - Area Rimanenze
- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

### **Sotto-processi oggetto di verifica**

Indicare il sotto-processo sottoposto ad analisi es. Gestione Tesoreria, Gestione Cassa ecc.

### **Descrizione intervento di Controllo Interno**

Descrivere le attività di controllo interno necessarie (come descritte da DCA) e la documentazione che si presenta necessaria per la valutazione.

### **Documentazione analizzata**

Indicare la documentazione oggetto di analisi.

Esempio:

- giornale di cassa;
- flusso OPI;
- partitari contabili;
- richiesta di fabbisogno;
- documenti materiale di entrata – merce;
- richieste di prelievo;
- dettaglio giacenze;
- registri cespiti;
- check -list di controllo interno.

### **Livello di Adozione delle attività amministrativo-contabile P.A.C**

Fleggare il livello di adozione sulla base della conformità a quanto previsto dalla normativa

## ALLEGATO 2

vigente in materia di P.A.C:

- **non iniziato:** conformità non presente;
- **in corso:** conformità in corso di definizione;
- **completata:** conformità presente.

### Descrizione degli eventuali rilievi emersi a seguito del Controllo

Descrivere eventuali mancati adeguamenti e criticità rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di P.A.C e al sistema contabile in uso SIAC.

### Risultato complessivo della verifica

Sulla base dei diversi controlli, indicare come risultato della verifica:

- **Negativo:** applicazione procedura non gestita in maniera adeguata;
- **Parzialmente Positivo:** applicazione procedura gestita in maniera adeguata;
- **Positivo:** applicazione procedura gestita adeguatamente e in linea con i requisiti normativi, assicurando processi ed operatività “corrette”.

### Firme *Commissione Internal Auditing*

Apposizione delle firme dei partecipanti all’attività di Controllo Interno.

### Firma della Direzione Strategica

Apposizione delle Firme da parte della Direzione Strategica al fine dell’approvazione del verbale di controllo interno.

## ALLEGATO 3

# Istruzioni per la compilazione del Piano delle azioni correttive

L'attività di controllo interno prevede la predisposizione di un **Piano delle azioni correttive**.

Tale documento dovrà essere predisposto dal Coordinatore di Internal Audit di concerto con i membri della Commissione e dovrà definire le azioni correttive che le strutture coinvolte dovranno adottare al fine del raggiungimento degli obiettivi stabiliti nella Pianificazione di Internal Audit e della mitigazione dei rischi rilevati nella prima fase del monitoraggio interno.

Di seguito le istruzioni per la compilazione.

### **Data Verifica**

Indicare la data o il range temporale in cui è stato svolto il primo controllo interno.

### **Unità Operativa soggetta a verifica**

indicare la denominazione della struttura sottoposta ai controlli.

### **Procedura P.A.C oggetto di verifica**

Indicare una delle seguenti Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità:

- A - Area Aziende
- D - Area Immobilizzazioni
- E - Area Rimanenze

## ALLEGATO 3

- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

### Breve descrizione del gap da mitigare

Descrivere eventuali mancati adeguamenti e criticità rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di P.A.C e al sistema contabile in uso SIAC.

### Rilevanza dei rilievi

Tramite apposito menù a tendina, selezionare uno dei seguenti valori di rilevanza:

- **Molto Grave:** può causare un blocco dell'operatività aziendale;
- **Grave:** può causare effetti negativi sui risultati aziendali;
- **Moderato:** potrebbe causare effetti negativi sui risultati aziendali nell'ottica del lungo periodo.

### Azioni correttive

Descrivere le azioni correttive che le strutture coinvolte devono intraprendere al fine della mitigazione dei rischi rilevati.

### Previsione Follow up

Indicare la data/range temporale in cui avviare il processo di follow up, al fine di verificare che le azioni correttive siano state effettivamente adottate dalle strutture coinvolte.

### Esito Follow up

Tale sezione del Piano verrà alimentata solo a seguito dell'espletamento dell'azione di monitoraggio. Tramite apposito menù a tendina, selezionare uno dei seguenti valori:

- **Positivo:** azioni correttive adottate. Il processo è corretto e in linea con i requisiti normativi;
- **Parzialmente Positivo:** azioni correttive adottate parzialmente;

## **ALLEGATO 3**

- **Negativo:** azione correttive non adottate.



## ALLEGATO 4

# Istruzioni per la compilazione del Rapporto finale di Audit

L'attività di controllo interno si conclude annualmente con la redazione di un rapporto finale da parte del Coordinatore di Internal Audit.

Tale documento, destinato alla Direzione Strategica, sarà propedeutico per la predisposizione del piano di audit dell'annualità successiva.

Di seguito le istruzioni per la compilazione. È premesso che le sezioni di seguito riportate vanno compilate in riferimento alle seguenti Aree P.A.C e relative attività:

- A - Area Aziende
- D - Area Immobilizzazioni
- E - Area Rimanenze
- F - Area Crediti e Ricavi
- G - Area Disponibilità Liquide
- H - Area Patrimonio Netto
- I - Area Debiti e Costi

### Esito verifiche

Tramite apposito menù a tendina, selezionare uno dei seguenti valori:

- **Positivo:** Il processo svolto dalle Strutture coinvolte è corretto e in linea con i requisiti normativi;
- **Parzialmente Positivo:** Il processo svolto dalle Strutture coinvolte non è perfettamente corretto e in linea con i requisiti normativi;
- **Negativo:** Il processo svolto dalle Strutture coinvolte non è in linea con i requisiti normativi.

## **ALLEGATO 4**

### **Criticità rilevate in sede di controllo**

Descrivere eventuali mancati adeguamenti e criticità rilevate in fase di primo monitoraggio rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di P.A.C e al sistema contabile in uso SIAC.

### **Misure correttive predisposte**

Descrivere le azioni correttive predisposte al fine della mitigazione dei rischi rilevati nella prima fase di monitoraggio.

### **Esito Follow up**

Descrivere i risultati del follow up, ovvero il livello di attuazione delle azioni correttive.