 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	<p>Edizione: 1 Data: 16/04/24</p>
		<p>Pag. 1 a 17 e allegati</p>

<p>ASL VITERBO</p>
<p>MANUALE OPERATIVO</p>
<p>FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>

		Edizione 1	15/03/24
Rev.			
Rev.			
<p>Redatto</p> <p>Dott. Chierchia Alessandro Dott.ssa Giacomini Simona Dott.ssa Troili Claudia</p>		<p>Come da delibera n. 254 del 15/02/2024</p>	


Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

INDICE

1. OGGETTO E DEFINIZIONI	3
2. PRINCIPI E FUNZIONI	3
3. SCOPO ED OBIETTIVI.....	3
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
5. LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
6. COMPITI E ATTIVITÀ DEL NIA	5
7. OBBLIGHI DEL TITOLARE DEL PROCESSO SOTTOPOSTO A VERIFICA	6
8. UNIVERSO DI INTERNAL AUDITING AZIENDALE.....	6
9. VALUTAZIONE DEI RISCHI.....	7
10. IL PROCESSO DI AUDITING	10
1. <i>Fase di pianificazione e programmazione</i>	10
2. <i>Fase di avvio (kick-off meeting)</i>	11
3. <i>Fase di analisi dettagliata del processo e di testing</i>	12
4. <i>Fase di chiusura e reporting</i>	13
5. <i>Il Piano degli interventi-e di follow up</i>	14
11. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	15
12. LE VALUTAZIONI EX ANTE	16
13. SEGNALAZIONE DI POTENZIALI FATTISPECIE DI VIOLAZIONI DI LEGGE O DI REATO	16

ALLEGATI

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	<p>Edizione: 1 Data: 16/04/24</p>
		<p>Pag. 3 a 17 e allegati</p>

1. OGGETTO E DEFINIZIONI

Con deliberazione del Commissario straordinario n. 254 del 15/2/24 è stata istituita la funzione di Internal Auditing (di seguito denominato, per brevità, “I.A.”.) quale misura strategica per il complessivo rafforzamento dei controlli interni. Il Nucleo di I.A. (di seguito denominato, per brevità, “N.I.A.”.) svolge un’attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell’economicità, dell’efficacia e dell’efficienza dell’organizzazione.

Il N.I.A. assiste l’organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a migliorare e valutare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di governance.

Il presente manuale descrive, **le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro** utilizzati dalla funzione di I.A. per l’attività di auditing sui processi aziendali della ASL di Viterbo nel rispetto del Regolamento approvato con deliberazione del Commissario straordinario n. 254 del 15/2/24.

Il contenuto del Manuale e dei suoi allegati potrà essere soggetto a periodiche verifiche e, se del caso, a revisioni in funzione dei mutamenti:

- della normativa o delle procedure di riferimento;
- delle funzioni attribuite dalla Direzione Generale al NIA;
- della strategia e dei risultati dell’attività di auditing.

2. PRINCIPI E FUNZIONI

La funzione di I.A. assiste il Direttore Generale e più ampiamente la Direzione strategica nelle attività di verifica e valutazione periodica dei sistemi di controllo interno. Contribuisce ad individuare aree ed opportunità di miglioramento fornendo suggerimenti volti a migliorare il processo di *governance aziendale*, fornendo supporto consultivo e propositivo alla Direzione e all’Organizzazione aziendale.

Il N.I.A. ha il compito di dare attuazione al piano annuale di Audit nonché alle azioni straordinarie che vengano richieste dalla Direzione Generale.

L’organizzazione della funzione di I.A. è strutturata per contribuire ad assicurare il perseguimento dei seguenti principi:


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

3. SCOPO ED OBIETTIVI

Il presente documento definisce gli aspetti applicativi della disciplina di Internal Auditing, indicando tempistiche e modalità delle diverse fasi (pianificazione, conduzione, chiusura, reporting, e follow-up) utili alla gestione operativa delle attività come di seguito declinate in obiettivi specifici:

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

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 4 a 17 e allegati

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

La funzione di I. A. attraverso la sua azione, concorre inoltre a:

- promuovere **l'economicità, l'efficacia e l'efficienza dei processi** dal punto di vista operativo;
- favorire **l'adeguatezza e la chiarezza delle procedure aziendali** rispetto alle esigenze operative;
- favorire il **superamento delle difficoltà riscontrate nel corso dell'attività** di auditing, attraverso l'eventuale proposizione di modifiche da apportare a procedure e regolamenti che migliorino l'efficienza e l'efficacia dei processi.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Manuale deve essere applicato da:

- il personale del N.I.A.
- i professionisti coinvolti in qualità di consulenti esperti
- le articolazioni aziendali a qualunque titolo coinvolti nel processo di auditing.

I processi di auditing possono essere attivati su qualsiasi processo aziendale

Timing delle attività

- assurance ex post (risk based)
- consulenza ex ante (basata sull'analisi di processo *as-is, gold standard e to be*)

5. LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il Piano di audit, aggiornato con cadenza annuale, è sottoposto alla Direzione Generale per l'approvazione.

Il Piano di audit può essere sottoposto a modifica, di norma entro settembre, al fine di allineare l'attività svolta e le risultanze con eventuali ulteriori necessità scaturite in corso d'anno.

È possibile attivare degli audit straordinari, su richiesta della Direzione Generale, in deroga a quanto previsto nel Piano annuale. Le attività straordinarie possono comportare lo slittamento temporale e/o la rimodulazione di quanto programmato nel Piano annuale.

Gli audit straordinari possono essere proposti altresì dal Responsabile della funzione di I.A., sentito il N.I.A., formalizzando la proposta e previa approvazione del Direttore Generale.


Il Direttore Generale è informato dal Responsabile della funzione di I.A., di norma con cadenza semestrale o su richiesta del Direttore stesso, relativamente all'attività svolta ed agli esiti conseguenti, con particolare riferimento alle criticità rilevate.

Il Direttore Generale, ricevute le relazioni periodiche, ne valuta il contenuto per l'adozione di tutti gli interventi necessari ad assicurare l'aderenza dell'organizzazione e del sistema dei controlli interni ai principi e requisiti previsti, tenendo conto anche dei suggerimenti e delle azioni migliorative direttamente formulati, in sede di verifica, dal NIA nei confronti delle strutture auditate.

Ad ulteriore supporto, e per garantire una comprensione immediata della situazione esistente rispetto ai rischi di controllo aziendali, alla relazione periodica può essere allegato l'aggiornamento del piano degli interventi correttivi.

Dato lo stretto rapporto di scambio informativo e di collaborazione esistente tra la funzione di I.A. e la Direzione Strategica, quest'ultima informa la funzione di I.A. di ogni evento, elemento o cambiamento significativo per le responsabilità di competenza, al fine di garantire la tempestività e l'efficacia dei controlli che la funzione di I. A. deve porre in essere nell'esercizio delle proprie funzioni.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 5 a 17 e allegati

Entro il 31 gennaio dell'anno successivo il Responsabile della funzione di I.A., con il supporto del N.I.A., redige la relazione annuale sulle attività di audit svolte nell'anno precedente, includendo le azioni poste in essere anche per gli interventi straordinari e le eventuali azioni ex-ante riassunta in un executive summary (allegato Mod. 05), e redige il Piano di Audit per l'anno in corso.

Entrambi i documenti sono inviati alla Direzione Generale, il piano annuale, in particolare, è condiviso e approvato con deliberazione del Direttore Generale.

6. COMPITI E ATTIVITÀ DEL NIA

Al Responsabile della funzione di I.A. è attribuito il compito di assistere la Direzione Generale nel verificare che il sistema di controllo interno e di gestione dei rischi sia funzionante ed adeguato alla struttura dell'Ente. I compiti istituzionali della funzione di I.A. si concretizzano, dal punto di vista operativo, nello svolgimento delle seguenti specifiche attività:

1) **Attività di assurance (ex-post):**

- mappatura dei processi sottoposti ad audit e delle attività nei quali essi sono articolati,
- monitoraggio e valutazione del disegno del sistema dei controlli associati ai rischi identificati;
- pianificazione ed attuazione di periodici controlli e verifiche (Piano di audit), effettuazione di follow up, con tempestiva comunicazione delle criticità e delle anomalie agli adeguati livelli dell'azienda per l'adozione di iniziative per il loro superamento;

2) **Attività di consulenza (ex-ante), attraverso:**

- il confronto e la interazione con le strutture che effettuano controlli trasversali (controlli di II livello);
- il supporto, nella rilevazione di punti di debolezza e/o dei rischi esistenti relativi alle procedure in essere e nell'individuazione delle eventuali misure di contenimento;
- la formulazione di indicazioni e pareri, in caso di avvio di nuovi processi o a seguito di introduzione di nuove norme;
- la partecipazione alla definizione di percorsi innovativi strategici per il governo dell'azienda e/o alla revisione di procedure in essere.


Il grado di priorità alle richieste di attività di consulenza (ex ante) rispetto alle azioni previste nel Piano di audit dell'anno in corso, è attribuito dalla Direzione Generale.

3) **Attività di risk assessment**

- Il risk assessment è un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, ovvero delle aree critiche all'interno delle quali può sorgere un evento sfavorevole. In tal senso il risk assessment rappresenta un'attività preliminare alla stesura dei piani annuali e della specifica attività di auditing. La valutazione del rischio, quale evento potenziale, consente l'individuazione, nell'ambito dei processi aziendali, delle attività e delle aree potenzialmente più esposte per le quali è necessario procedere con specifici audit considerando che tali rischi potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione Generale. La valutazione procede dall'esame del processo in rapporto al contesto generale dell'Azienda, all'andamento della performance e al complesso dei controlli esistenti. Dal punto di vista tecnico, il rischio è misurato in termini di probabilità di accadimento e di impatto, in base ad una metodologia di rating.

Trasversalmente il N.I.A. potrà promuovere la cultura del controllo creando percorsi di tutoring e coaching in maniera programmata (FSC) o opportunistica laddove se ne presenti l'occasione (revisione procedure, percorsi innovativi, attivazione di nuovi servizi).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

	<p align="center">MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 6 a 17 e allegati

7. OBBLIGHI DEL TITOLARE DEL PROCESSO SOTTOPOSTO A VERIFICA

Il titolare del processo o dell'attività sottoposti a verifica (Responsabile di struttura o di funzione) è tenuto a collaborare fattivamente con la funzione di I.A. e, durante gli interventi, a mettere a disposizione del gruppo 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 condivida gli esiti dell'audit e delle relative evidenze, oppure ignori del tutto istanze, richieste e solleciti del Responsabile della funzione di I.A., questi rimette la documentazione del lavoro come svolto fino a quel momento, con una relazione motivata, alla Direzione Generale, perché valuti in ordine al proseguimento della verifica o a differenti misure da adottare.

8. UNIVERSO DI INTERNAL AUDITING AZIENDALE

La funzione di I.A. deve tenere conto delle diverse tipologie di rischio che possono modificare la distribuzione attesa dei risultati aziendali o impedire che l'azienda raggiunga i propri obiettivi; tali sono:

- A. *Rischi strategici***, di natura generale e definiti ai livelli più elevati della struttura organizzativa tra i quali si evidenziano i rischi economici, sociali, politici e tecnologici. Sono rischi legati a fattori che ricadono nell'ambito degli obiettivi strategici e derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi Aziendali, sia di origine esterna che interna.
- B. *Rischi operativi***, tra i quali emergono i rischi ambientali, finanziari e reputazionali. Sono legati agli obiettivi operativi attinenti all'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse dell'organizzazione e pertanto connessi alla normale operatività dei processi aziendali che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio pubblico;
- C. *Rischi di reporting***, legati, invece, ai fattori di rischio attinenti agli obiettivi di reporting che mirano all'attendibilità delle informazioni ed alla qualità della comunicazione svolta, possono impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative;
- D. *Rischi di conformità***, che attengono alla categoria di obiettivi di compliance, legati alla conformità alle leggi ed ai regolamenti.
- E. *Rischi specifici legati a particolari contesti*** (rischio informativo, rischio informatico etc.)

Prendere in considerazione tali tipologie di rischio consente all'I.A. l'identificazione delle aree (funzioni, processi, etc.) maggiormente critiche dell'Azienda.

Nella identificazione dei rischi, la funzione di I.A. tiene conto:

- delle segnalazioni ricevute da parte degli attori interni ed esterni con cui egli si relaziona,
- delle eventuali disfunzioni riscontrate nel corso delle proprie attività,
- dell'accadimento di fatti dai quali emergano aree di rischio non adeguatamente presidiate.

La prima analisi si effettua sulle fonti disponibili e sui fattori di rischio propri dalla complessità della struttura secondo i parametri espressi (vedi tabelle a pagina seguente).

Nel regolamento già deliberato è stato individuato un primo universo di auditing non esaustivo comunque dei macroprocessi aziendali che potranno rientrare nell'attività di controllo condotta dal NIA.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

Fattori che incidono sulla valutazione del rischio delle strutture organizzative

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

Alcune fonti interne ed esterne che, a titolo esemplificativo e non esaustivo, possono essere direttamente utilizzati come supporto nella valutazione di rischio

- Verbali del Collegio Sindacale;
- Verbali e segnalazioni da parte dell'O.I.V.;
- Documenti di Valutazione dei Rischi;
- Confronti con l'Ufficio Legale (valutazioni sui contenziosi)
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- Confronti con il Referente dell'Anticorruzione aziendale;
- Richieste di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero e della Regione.
- Piano Annuale Gestione del Rischio Sanitario (PARS),
- Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e Trasparenza, Piano strategico e Piano della performance (PIAO)
- Confronti con l'ufficio relazioni con il pubblico e con l'ufficio stampa
- Attività di Controllo delle prestazioni;
- Documentazione di definizione e implementazione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci.

9. VALUTAZIONE DEI RISCHI

Come espresso nel Regolamento richiamato in premessa, la funzione di I.A. adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto. Per *"probabilità di accadimento"*, si intende la possibilità che l'evento negativo identificato si verifichi, tenuto conto del rischio implicito nel processo, dell'effetto dei controlli aziendali esistenti nonché della percezione acquisita in merito agli stessi all'esito delle attività di auditing condotte dalla funzione di I.A.

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (*Risk Assessment Criteria Matrix*) che permette di valutare il rischio in termini di probabilità e di impatto.


La valutazione, in quanto ex-ante, è di tipo qualitativo.

A seguire le tabelle utili ai fini della valutazione.

MATRICE RACM

		IMPATTO			
		1	2	3	4
PROBABILITA'		Irrilevante	Moderato	Significativo	Elevato
4	Quasi certo	5	6	7	8
3	Molto probabile	4	5	6	7
2	Poco probabile	3	4	5	6
1	Raro	2	3	4	5

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 8 a 17 e allegati

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ

Quasi certo	È presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (es. anno)
Molto probabile	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità
Poco probabile	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo
Raro	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

Irrilevante	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi ma situazioni anomale che, a giudizio del management, possono richiedere interventi correttivi sui controlli a presidio di tale rischio.
Moderato	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es.: inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio);
Significativo	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione
Elevato	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es.: casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici)

ESITO FINALE

Ottimizzato	Feed back, automatismo e processo in miglioramento continuo
Gestito	Processo misurato e reportistica presente
Controllato	Processo definito formalmente con policy, procedure e standard
Monitorato	Processo dipendente dalle persone, task definiti
Iniziale	Task non definiti ed affidati all'iniziativa dei singoli. Caotico e reattivo

La valutazione del 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.

L'efficacia dei controlli nel mitigare i rischi è valutata in relazione a ciascun specifico obiettivo di controllo.

VERIFICA DEL CONTROLLO INTERNO

Legittimità e regolarità dell'attività	Conforme ai percorsi autorizzativi ed ai dettami giuridici
Efficacia dell'attività	Assicura il raggiungimento degli obiettivi di processo
Efficienza dell'attività	Raggiunge gli obiettivi nei tempi e con le risorse appropriate
Correttezza delle operazioni	Conformi alle linee guida alle procedure e nel rispetto dei principi di equità, trasparenza etc.
Completezza e accuratezza delle operazioni	Il processo è svolto nella sua interezza senza frammentazioni e/o interruzioni
Tracciabilità delle operazioni	Le attività sono tracciabili
Realtà delle operazioni	Si ha certezza della produzione finale
Valutazione delle transizioni	Se le attività sono correttamente valutate
Imparzialità delle valutazioni	Le valutazioni sono imparziali
Evidenza del controllo	Il controllo è documentato
Risposta: SI / NO/ PARZIALMENTE	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

IL CONTROLLO INTERNO RISULTA:

Valutazione del controllo	Descrizione della valutazione
Sottodimensionato	I controlli previsti non consentono un efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti
Adeguato	I controlli previsti consentono un efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti
Sovradimensionato	I controlli previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo
Non valutato	Le evidenze disponibili non consentono di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli


SCALA DI VALORI DELLA RILEVANZA DEL RILIEVO	
CRITICO	Può condurre al blocco completo dell'operatività aziendale
MOLTO GRAVE	Può causare un gravissimo impatto sui risultati aziendali
GRAVE	Può causare seri effetti negativi sui risultati aziendali
MODERATO	Potrebbe causare effetti negativi sui risultati aziendali
NESSUN RILIEVO	Nessuna problematica riscontrata, il sistema dei controlli è adeguato o soddisfacente

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

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

La capacità di un controllo di garantire il livello predeterminato di rischio dipende dalla sua:

- **Efficacia** = la capacità di garantire il contenimento degli impatti/probabilità di verificarsi dell'evento rischioso entro i limiti determinanti;
- **Economicità** = la capacità di garantire un onere complessivo del controllo non superiore agli impatti da contenere.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1
		Data: 16/04/24
		Pag. 10 a 17 e allegati

Laddove risultino soddisfatti questi obiettivi, l'adeguatezza dipenderà dall'efficienza del controllo, intesa come la combinazione ottimale dei due fattori (efficacia ed economicità), a partire dalla quale non è possibile migliorare uno dei due senza pregiudizio sull'altro. Il risultato dell'assessment si conclude con un rapporto riepilogativo contenente la valutazione del livello di rischio e le aree di intervento.

10. IL PROCESSO DI AUDITING

Gli interventi di audit sono avviati dal Responsabile della funzione I.A., salvo esigenze specifiche sopravvenute, nel rispetto dell'ordine cronologico e di priorità indicato dal Piano Annuale di I.A. e sono conclusi, di norma, nel corso dello stesso anno.

I processi di auditing straordinari sono avviati con priorità rispetto a quelli ordinari, entro dieci giorni dalla richiesta del Direttore Generale.

Per lo svolgimento di ciascun audit il Responsabile della funzione di I.A. valuta, anche in corso d'opera, la necessità di richiedere il parere di esperti o il loro coinvolgimento diretto nel gruppo di audit in relazione a questioni specialistiche che non costituiscono patrimonio del N.I.A.

Gli esperti operano e svolgono le loro valutazioni limitatamente all'ambito professionale di competenza.

La composizione complessiva del gruppo è documentata nei verbali di attività.

Fermi restando i compiti previsti nell'ambito del Regolamento della funzione di I.A. il Responsabile della funzione, prima dell'apertura di ciascuna attività programmata, può assegnare l'incarico di *condurre l'audit*, al componente del N.I.A. le cui competenze professionali siano maggiormente attinenti al processo da verificare, ferma restando la validazione del report finale che gli compete.

Ciascun componente del gruppo di audit e ciascuna figura di esperto eventualmente coinvolta devono assicurare, per gli audit ai quali partecipano, l'insussistenza di conflitti di interesse per mezzo di un'autocertificazione.

Non è in ogni caso possibile far parte del gruppo di audit o collaborarvi come esperto a chi sia coinvolto personalmente o abbia svolto compiti di responsabilità nel processo oggetto di verifica nei tre anni precedenti.

“INTERVENTI DI AUDIT”: FASI DEL PROCESSO DI AUDIT

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


1. *Fase di pianificazione e programmazione*
2. *Fase di avvio (kick-off meeting)*
3. *Fase di analisi dettagliata del processo e di testing*
4. *Fase di chiusura e reporting*
5. *Il Piano degli interventi e di follow up*

1. *Fase di pianificazione e programmazione*

La fase di Pianificazione e programmazione si compone, a sua volta, delle seguenti sottofasi:

- a) individuazione dei processi e delle procedure da esaminare, analisi preliminare degli stessi (process engagement) e stima delle tempistiche;
- b) Determinazione del livello di approfondimento delle verifiche, individuazione del campione significativo e predisposizione degli strumenti da utilizzare;
- c) Programmazione delle singole verifiche e definizione del relativo cronoprogramma;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	<p>Edizione: 1 Data: 16/04/24</p>
		<p>Pag. 11 a 17 e allegati</p>

- d) Preparazione della documentazione necessaria (informazioni/normativa/procedure inerenti i processi da auditare, anche attraverso contatti informali) e definizione delle informazioni da richiedere;
- e) organizzazione logistica dell'intervento;
- f) Definizione del gruppo di audit composto dai componenti del NIA e comprensivo degli eventuali esperti;
- g) Individuazione del componente del N.I.A. incaricato di condurre l'audit.

L'indagine può essere inoltre estesa, se necessario, ad altri processi/procedure legati all'audit in corso.

Tutti gli elementi e le determinazioni acquisiti in questa fase vengono adeguatamente documentati nell'Audit Planning Memorandum (allegato Mod. 01), che rappresenta uno strumento ad uso interno del N.I.A. e che potrà subire modifiche nelle fasi successive in relazione all'emersione di nuovi elementi.

Gli esiti di questa fase verranno rappresentati nel Rapporto finale di audit.

La fase di Pianificazione e programmazione si conclude con l'incontro di avvio (kick-off meeting).

2. Fase di avvio (kick-off meeting)

L'audit inizia ufficialmente con la convocazione formale della riunione di apertura (kick-off meeting) a cura del Responsabile della funzione di I.A. – con nota indirizzata al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo sottoposto a verifica con almeno 10 giorni di anticipo e contenente, se necessario, la richiesta di un primo elenco di documentazione integrativa e/o di informazioni necessarie e le relative tempistiche e modalità di trasmissione.

La data di avvio dell'audit (ordinario o straordinario) è comunque previamente concordata dal Responsabile della funzione di I.A. con il titolare del processo sottoposto.

Riunione di apertura

Alla riunione di apertura partecipa il gruppo di audit, il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo ed il titolare del processo sottoposto a verifica – se diverso - a sua volta accompagnato dai propri collaboratori.


L'obiettivo della riunione di apertura è quello di chiarire all'auditato lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie che saranno seguite nella sua conduzione. Nel corso di tale riunione si definiscono le fasi operative del lavoro sul campo.

Nell'incontro di avvio sono presentati i seguenti aspetti:

- lo scopo e l'ambito di copertura dell'audit;
- le metodologie di lavoro che verranno adottate;
- le ulteriori informazioni necessarie e le modalità di raccolta e condivisione;
- il programma dei lavori, le fasi operative del lavoro sul campo e la relativa tempistica;
- la composizione del gruppo di audit.
- le persone individuate dal Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo che presso la struttura sottoposta a verifica costituiranno i riferimenti per il gruppo di audit.

Il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo ed il titolare del processo sottoposto a verifica – se diverso - possono formulare osservazioni su aspetti che ritengono rilevanti o su eventuali criticità e possono altresì presentare ogni tipo di dato o documento che ritengano utile per meglio definire il contesto del quale si discute.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 12 a 17 e allegati

Dell'incontro è redatto un verbale a cura del NIA (allegato Mod. 02), al quale sono allegati tutti i documenti eventualmente acquisiti. Raggiunto l'accordo sui contenuti del verbale esso è approvato con l'apposizione delle firme dei componenti il gruppo di audit, del Responsabile della funzione di I.A. e del Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo ed il titolare del processo sottoposto a verifica – se diverso.

Tutti gli elementi e le determinazioni acquisiti in questa fase sono adeguatamente documentati nell'Audit Planning Memorandum.

Anche gli esiti di questa fase verranno rappresentati nel Rapporto finale di audit.

3. Fase di analisi dettagliata del processo e di testing

Raccolta dettagliata di dati e documentazione

Sulla base delle informazioni e dei documenti acquisiti, il gruppo di audit procede all'analisi organizzativa della struttura process owner e alla selezione, alla raccolta e all'esame di:

- normativa nazionale/regionale, regolamenti aziendali e fonti prescrittive interne rilevanti per il processo;
- dati quantitativi di attività sul processo (analisi input/output, secondo la natura del processo), in assoluto e in rapporto al contesto aziendale;
- dati economici e finanziari inerenti al processo da esaminare: costi/ricavi, incassi/pagamenti;
- processo di Budget: eventuali obiettivi assegnati
- contesto esterno: documentazione ed informazioni inerenti i rapporti con l'esterno ed eventuali criticità,
- eventuale letteratura tecnica importante / bibliografia.

Nel caso in cui vi sia necessità di acquisire informazioni, dati e documenti da altre strutture aziendali non direttamente coinvolte nell'audit il N.I.A. prende contatti diretti con le stesse. Le strutture aziendali interpellate sono tenute a prestare riscontro.

Conduzione dell'audit


La conduzione dell'audit è la fase di svolgimento del lavoro sul campo nella quale il NIA oltre ad analizzare la normativa, le regole di funzionamento del processo, le procedure, l'organizzazione dell'attività, le risorse impegnate e qualsiasi ulteriore informazione che possa essere utile all'espletamento dell'audit procede anche con l'osservazione diretta/indiretta dei processi e con azioni di testing.

Gli strumenti per la conduzione dell'attività di audit

Gli strumenti di valutazione utilizzati dalla funzione di I.A., anche in combinazione tra di loro, possono essere:

- A. interviste per un approfondimento delle conoscenze acquisite nel corso dello studio del processo e/o allo scopo di chiarire i punti dubbi;
- B. work-shop organizzati in forma collegiale, per raccogliere i punti di vista e confrontare le differenti posizioni dei responsabili e dei funzionari che partecipano al processo, laddove emergano delle incongruenze tali per cui si rende utile un confronto tra i soggetti coinvolti nell'ambito del processo oggetto di verifica;
- C. questionari a risposta aperta/chiusa utili per richiedere informazioni sulle procedure e sul funzionamento delle diverse fasi del processo;
- D. azioni di *re-performance*, tecnica utilizzata per testare l'efficacia della procedura di controllo, viene "provata" e rifatta la procedura di controllo alla presenza degli operatori addetti per determinare se si perviene allo stesso risultato;
- E. osservazione diretta delle fasi della procedura o dei processi oggetto di audit;
- F. somministrazione di scale quali-quantitative esistenti in letteratura o costruite ad hoc;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1
		Data: 16/04/24
		Pag. 13 a 17 e allegati

G. misurazione diretta di caratteristiche osservabili o grazie ad altri sistemi di misurazione esistenti in azienda (banche dati).

Campionamento

Ai fini dell'applicazione delle procedure di verifica descritte, la funzione di I.A. può:

- esaminare l'intera popolazione interessata dal processo di audit;
- effettuare le verifiche su un campione rappresentativo.

Il campionamento può essere casuale, mirato o sistematico. La selezione delle voci può essere effettuata, sulla base:

- a) di una tecnica di campionamento casuale, previa determinazione oggettiva del campione che si vuole sottoporre a verifica (a tal fine potrebbero essere utilizzati metodi di selezione random tali da evitare un rischio di predeterminazione del campione).
- b) della necessità di ottenere informazioni specifiche (in tal caso la selezione sarà mirata).

La necessità di svolgere verifiche a campione è motivata dall'impossibilità di effettuare una verifica integrale per le classi di valori composte da un elevato numero di operazioni. Al contrario, nel caso di classi di valori composte da un numero ridotto di operazioni, è evidentemente più efficace effettuare una verifica integrale delle medesime.

Qualora la funzione di I. A. scelga di procedere con il metodo del campione deve dare evidenza, nelle proprie carte di lavoro, della metodologia di campionamento adottato.

Tutti gli elementi e le determinazioni acquisiti in questa fase sono adeguatamente documentati nell'Audit Planning Memorandum.

Anche gli esiti di questa fase verranno rappresentati nel Rapporto finale di audit.


4. Fase di chiusura e reporting

L'attività compiuta dal gruppo di audit si conclude con un Rapporto preliminare su quanto emerso durante l'attività del singolo audit.

I contenuti del rapporto preliminare sono discussi dal gruppo di audit con il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente per il processo sottoposto a verifica ed il titolare del processo sottoposto a verifica – se diverso - nel corso di una riunione di chiusura. L'audit si chiude ufficialmente con la convocazione formale della riunione di exit-meeting, nella quale sono valutate le eventuali raccomandazioni e/o non conformità rilevate, discusse le misure necessarie per mitigare il livello di rischio e verbalizzate eventuali dichiarazioni rilasciate dal Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente.

DEFINIZIONI	
Deviazione	Scostamento rispetto ai requisiti che ancora non è da considerarsi non conformità
Non conformità	Mancato soddisfacimento di un requisito applicabile e definito dalle specifiche
Correzione	L'azione immediata da parte dell'organizzazione per limitare un possibile pericolo
Analisi delle cause	La valutazione delle cause profonde per le quali è scaturita l'accadimento. Da effettuare per poter adottare azioni correttive consone e risolutive a gestione delle non conformità
Azioni correttive	Le azioni correttive, frutto dell'analisi delle cause, necessaria per la risoluzione della deviazione
Azioni preventive	Le azioni preventive ad effettuate alla segnalazione di una deviazione che può essere necessaria in caso di segnalazione e superamento dei limiti degli indicatori
Verifica dell'efficacia dell'azione	La verifica atta a verificare la coerenza ed efficacia delle azioni correttive e o azioni preventive implementate

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1 Data: 16/04/24
		Pag. 14 a 17 e allegati

L'*exit meeting* ha lo scopo di giungere alla versione definitiva del *Rapporto di audit*, di corredarlo delle osservazioni del Responsabile del processo verificato e condividere con questi il Piano degli interventi d'Azione e le misure di follow up (di cui al successivo paragrafo).

<p>Gli scostamenti rilevati dall'analisi delle evidenze raccolte durante un audit possono essere qualificati come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazioni - quando il requisito è soddisfatto ma si evidenziano dei possibili miglioramenti atti a prevenire possibili deviazioni future; • Non Conformità Minori - quando il requisito non è soddisfatto nella totalità e non riguarda aspetti impattanti sui requisiti legali applicabili; • Non Conformità Maggiori, quando un requisito impattante sui requisiti applicabili non è stato soddisfatto; • Requisiti che non possono essere soddisfatto (limiti strutturali/altro) <p>A seconda del tipo di valutazione verrà assegnata una richiesta di gestione o risoluzione delle criticità che potrà essere posta a carico della sola struttura organizzativa coinvolta o in maniera trasversale a carico di più Unità o potrà comportare il coinvolgimento anche della Direzione Strategica.</p>

Nel suo complesso, il rapporto finale deve rispondere a requisiti di coerenza, completezza e i rilievi evidenziati devono essere:

- sintetici ed essenziali;
- espressi con chiarezza, precisione e puntualità, al fine di ottenere risposte altrettanto precise e puntuali;
- ben circostanziati e, quando necessario, suffragati da richiami alle normative vigenti o da eventuali documenti allegati al verbale.

La comunicazione dei risultati costituisce la garanzia della trasparenza e della completezza del processo di audit. I risultati dell'incarico con le relative conclusioni, raccomandazioni e *piano degli interventi* (di cui al paragrafo successivo) devono essere comunicati dal Responsabile della funzione di I.A. alla Direzione Generale.

Il *Rapporto di Audit* (allegato Mod. 03), sottoscritto dal Responsabile della funzione I. A. e dal Responsabile incaricato di condurre l'audit (se diverso), è inviato al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente e archiviato come descritto successivamente. Il rapporto potrà essere visionato solo dai partecipanti all'audit, dal N.I.A. e dalla Direzione Strategica. Può essere concertata e inclusa nel rapporto di audit una lista di distribuzione dello stesso ad altre funzioni e figure aziendali coinvolte o potenzialmente interessate.

Il Rapporto Finale può includere notazioni sul clima relazionale rilevato durante la verifica e sul grado di collaborazione e disponibilità che il gruppo di audit ha riscontrato.

5. Il Piano degli interventi-e di follow up


Sulla base dei rilievi emersi durante l'audit è redatto e allegato al rapporto finale anche il *Piano degli interventi*, ed è concordato con il Direttore della struttura organizzativa competente il successivo *follow up* (allegato Mod. 04).

Il Piano degli Interventi è il piano dettagliato delle azioni previste per la mitigazione dei gap riscontrati nello svolgimento delle verifiche di audit.

Gli interventi previsti possono:

- essere a carico della struttura auditata ma con accorgimenti che non implicano investimenti e modifiche organizzative;
- essere a carico di più strutture ma con accorgimenti che non implicano investimenti e modifiche organizzative;
- richiedere l'istituzione di un tavolo tecnico;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	Edizione: 1
		Data: 16/04/24
		Pag. 15 a 17 e allegati

- comportare il coinvolgimento diretto della Direzione Strategica perché necessitano di investimenti/modifiche che impattano sull'organizzazione.

In alcune situazioni il Piano degli interventi potrà quindi richiedere una valutazione da parte della Direzione Strategica e potrà dunque essere ridefinito anche dopo la chiusura del processo di audit.

Attività di monitoraggio e Follow-up

Qualora la chiusura di un audit abbia richiesto la redazione di un piano degli interventi, è prevista una azione di monitoraggio e successivo Follow-up, per l'accertamento dell'effettiva attuazione e funzionalità delle soluzioni proposte.

Attraverso questi strumenti si dà continuità a quanto implementato nel Piano degli interventi, nell'intento di conseguire la risoluzione definitiva dei gap identificati.

In particolare, occorre accertare:

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

A questo scopo il NIA può accertare la rimozione delle criticità emerse prevedendo verifiche in loco o attraverso l'acquisizione di materiale documentale. Gli esiti di questa fase sono portati regolarmente all'attenzione della Direzione Generale evidenziando, ove si verificano, la non regolare e puntuale attuazione degli interventi previsti.

Le attività di follow-up possono essere:

- già previste nel momento della conclusione di un Audit e in questo caso saranno contenute nel Rapporto finale,
- valutate in modo differito e quindi inserite nel report annuale della attività di I.A. e poi nel piano dell'anno successivo,
- essere concordate con la Direzione Generale perché necessitano di investimenti/modifiche che impattano sull'organizzazione,
- conseguenti all'istituzione di un tavolo tecnico

La necessità e la tempistica del follow-up dipendono dalle tipologie dei rilievi emersi nell'attività di audit, dal tempo necessario per operare le modifiche necessarie e alle mutate condizioni normative e istituzionali.

In questi casi e quando può seguire una fase di follow up per valutare a distanza di tempo l'aderenza delle linee d'indirizzo/procedure al contesto e valutare eventuali revisioni.

Il follow up è avviato per mezzo di una nota scritta diretta al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa competente con modalità analoghe a quelle seguite per l'avvio dell'audit originario.


Nei casi in cui le misure non siano state attuate, lo siano state in maniera parziale o non risultino più applicabili al caso per cambiamenti di scenario il NIA può:

- proporre un nuovo intervento di audit nel Piano Annuale dell'anno successivo;
- segnalare tempestivamente la circostanza alla Direzione Generale per eventuali provvedimenti specifici.

11. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Tutta la documentazione inerente le attività svolte per gestire ogni singolo audit è archiviata in formato digitale e in cartaceo verranno conservati solo gli atti formali prodotti dal gruppo di audit. A tale scopo, è

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

	<p align="center">MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	Edizione: 1
		Data: 16/04/24
		Pag. 16 a 17 e allegati

stata creata una cartella digitale condivisa ad uso esclusivo del NIA. La gestione e conservazione dell'archivio è in carico al nucleo di internal audit.

L'archiviazione, mediante l'utilizzo di un apposito titolario, avverrà nel rispetto della seguente struttura MACROPROCESSO/PROCESSO/ANNO.

In particolare il rapporto di audit viene conservato per consentire:

- la ricostruzione del lavoro svolto e di giustificare e supportare le conclusioni raggiunte
- supportare il riesame dell'intervento e la pianificazione ed esecuzione delle future verifiche
- facilitare il riesame dell'intervento.

Per ogni intervento di audit la documentazione classificata in fascicoli è costituita da:

- documentazione utilizzata,
- verbali delle sedute,
- atti, normativa, documenti acquisiti, informazioni/evidenze raccolte e risultanze finali,
- rapporti di audit,
- evidenze circa la corrispondenza interna connessa con lo svolgimento delle attività di verifica (mail, comunicazioni, ecc)
- piano degli interventi,
- report di monitoraggio e gli esiti dei follow up.

Sono altresì da archiviare tutti i documenti (note, norme comunicazioni linee di indirizzo ecc.) utili alle attività della funzione.

12. LE VALUTAZIONI EX ANTE

Devono essere svolte, se richieste dalla Direzione Generale, nella fase preliminare dell'idea progettuale. Costituisce un giudizio complessivo sulla rilevanza, fattibilità e impatto potenziale di un intervento di sviluppo.

Serve per comprendere la validità di un progetto in termini di efficacia e di efficienza, nonché a stilare una puntuale valutazione iniziale della situazione di partenza (AS - IS) e del progetto a tendere (TO - BE) che consenta la miglior aderenza al processo standard.

La Direzione Generale può prevedere anche una partecipazione attiva del NIA nella fase di stesura qualora il progetto abbia un fine strategico e/o innovativo.


In caso di valutazioni ex ante il N.I.A. documenta il processo e archivia la documentazione inerente le attività svolte. L'archivio dovrà quindi contenere una sezione per le altre attività condotte dalla funzione di I.A. anche qualora si attivino progetti trasversali di formazione e affiancamento su campo alle strutture operative o per qualsiasi altro mandato assegnato dalla Direzione Generale.

Può essere prevista una fase di follow-up anche nei casi in cui occorra valutare linee d'indirizzo/procedure che abbiano per la Direzione Generale un fine strategico e/o innovativo per accertarne, a distanza di tempo dall'emanazione, l'aderenza al contesto anche al fine di stabilire la necessità di eventuali revisioni.

13. SEGNALAZIONE DI POTENZIALI FATTISPECIE DI VIOLAZIONI DI LEGGE O DI REATO

Qualora già al termine della fase di verifica e test, sulla base degli elementi fino a quel momento raccolti, siano rilevabili potenziali fattispecie di violazioni di legge o di reato oppure elementi di rischio tali da poter originare danni a persone o al complesso dell'Azienda, l'audit è sospeso e il Responsabile della funzione di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

	<p align="center">MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	<p>Edizione: 1 Data: 16/04/24</p>
		<p>Pag. 17 a 17 e allegati</p>

I.A. rimette immediatamente la documentazione, per mezzo di nota di accompagnamento, alla Direzione Generale per gli interventi in materia.

Si predispone una relazione indirizzata al Direttore Generale nella quale si dà evidenza delle circostanze riscontrate e di tutti gli elementi raccolti, si indicano i dati circa il giorno di acquisizione della notizia e le ulteriori fonti di prova già note.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Manuali Operativi aziendali	Interno ASL Livello 2	Direzione Strategica

ATTIVITA'	<input type="checkbox"/> Audit ordinario previsto nel Piano di Audit _____	
	<input type="checkbox"/> Audit straordinario	
	<input type="checkbox"/> Consulenza (ex-ante)	
	DESCRIZIONE INTERVENTO	
GRUPPO DI AUDIT	Resp.le di condurre l'Audit _____ Componenti del gruppo di audit: _____	

AZIONE	DATA PRESUNTA	ATTORI E STRUMENTI	DATA EFFETTIVA	NOTE
Riunione di apertura				
Analisi documentale				
Intervista/e				
Intervista/e				
Intervista/e				
Osservazione diretta				
Osservazione diretta				
Somministrazione scale/questionari				
Somministrazione scale/questionari				
Campionamento				
Test di verifica				
Pareri esperti				
Altre attività utili al processo				

Annotazioni

Luogo _____ Data ____/____/____ Ora di inizio _____

Procedimento _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	<input type="checkbox"/> Audit ordinario/Audit straordinario <input type="checkbox"/> Riunione di avvio <input type="checkbox"/> Riunione di chiusura <input type="checkbox"/> Intervento <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Intervista <input type="radio"/> Osservazione su campo <input type="radio"/> Analisi documentale <input type="radio"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Follow up <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Intervista <input type="radio"/> Osservazione su campo <input type="radio"/> Analisi documentale <input type="radio"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Altro _____
--------------------------------	---

Gruppo di audit: _____

Incaricato di condurre l'Audit _____

Presenti: _____

Strumenti: _____

OBIETTIVI _____

ARGOMENTI TRATTATI _____

Verbale attività:

CHIUSURA DELL'INCONTRO Ora ____:____

Prossimo incontro programmato per il _____ alle ore _____ presso _____ con l'obiettivo di _____

Allegati

- _____
- _____
- _____

Nome e Firma

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

RAPPORTO DI AUDIT			
TIPOLOGIA DI AUDIT	<input type="checkbox"/> Audit ordinario previsto nel Piano di Audit _____ <input type="checkbox"/> Audit straordinario <input type="checkbox"/> Follow up		
RIUNIONE DI AVVIO	Convocazione prot. n.	del	Data Kick off
STRUTTURE COINVOLTE			
OGGETTO ED ESTENSIONE DELL'AUDIT	Macro-processo interessato		
	Processi interessati		
GRUPPO DI AUDIT	Nome e Cognome		Funzione
			Resp.le di condurre l'Audit
			Auditor
			Auditor
			Esperto
PERSONALE COINVOLTO	Nome e Cognome		Funzione
DURATA DELL'AUDIT	Data inizio	Data fine	
NORMATIVA DI RIFERIMENTO			
PROCEDURE E ATTI DELIBERATIVI AZIENDALI			
ALLEGATI	<input type="checkbox"/> Scheda analisi preliminare – Mod. 1 <input type="checkbox"/> Planning memorandum – Mod. 2 <input type="checkbox"/> Esiti interviste/questionari <input type="checkbox"/> Altro, specificare: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

DOCUMENTAZIONE ACQUISITA/ESITI INTERVISTE/QUESTIONARI/TEST DI PROVA

DESCRIZIONE INTERVENTO DI AUDIT

RILIEVI	RILIEVO	CRITICO	MOLTO GRAVE	GRAVE	MODERATO	NESSUN RILIEVO

VERIFICA SUL CONTROLLO INTERNO PER OGNI RILIEVO	ITEM	PARAMETRO	GIUDIZIO
	Legittimità e regolarità dell'attività	Conforme ai percorsi autorizzativi ed ai dettami giuridici	
	Efficacia dell'attività	Assicura il raggiungimento degli obiettivi di processo	
	Efficienza dell'attività	Raggiunge gli obiettivi nei tempi e con le risorse appropriate	
	Correttezza delle operazioni	Conformi a linee guida, procedure, nel rispetto dei principi di equità, trasparenza ecc	
	Completezza e accuratezza operazioni	Il processo è svolto nella sua interezza senza frammentazioni e/o interruzioni	
	Tracciabilità delle operazioni	Le attività sono tracciabili	
	Realtà delle operazioni	Si ha certezza della produzione finale	
	Valutazione delle transizioni	Se le attività sono correttamente valutate	
	Imparzialità delle valutazioni	Le valutazioni sono imparziali	
Evidenza del controllo	Il controllo è documentato		
Risposta: SI / NO/ PARZIALMENTE			

VALUTAZIONE DEI CONTROLLI	<input type="checkbox"/> SOTTODIMENSIONATO <input type="checkbox"/> ADEGUATO <input type="checkbox"/> SOVRADIMENSIONATO <input type="checkbox"/> NON VALUTATO				
GIUDIZIO SUL LIVELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO	<input type="checkbox"/> ADEGUATO <input type="checkbox"/> SODDISFACENTE <input type="checkbox"/> DA MIGLIORARE <input type="checkbox"/> INADEGUATO				
GIUDIZIO FINALE	<input type="checkbox"/> Nulla da rilevare	<input type="checkbox"/> Raccomandazioni	<input type="checkbox"/> Non conformità minori	<input type="checkbox"/> Non conformità maggiori	<input type="checkbox"/> Requisiti che non possono essere soddisfatti
	Conclusioni				
AZIONI DI MIGLIORAMENTO SUGGERITE					
TEMPI DI REALIZZAZIONE					
PREVISIONE FOLLOW-UP					
COMUNICAZIONE DEI RISULTATI	Copia del presente verbale è rilasciata al Direttore/Responsabile della struttura competente all'applicazione della procedura in oggetto e dei relativi controlli in essa definiti, da valere come notifica dei risultati della verifica. I risultati della presente verifica saranno trasmessi alla Direzione Generale.				

PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO NELL'AUDIT	Bassa	Media	Alta

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA AUDITATA	
	Sottoscrizione delle osservazioni da parte del direttore/responsabile della struttura auditata

SOTTOSCRIZIONE DEL REPORT FINALE	Nome Cognome	Funzione	Firma
		Il Responsabile della Funzione I. A.	
		Il Responsabile della conduzione dell’Audit	

Viterbo, li _____

TIPOLOGIA DI AUDIT	<input type="checkbox"/> Audit ordinario previsto nel Piano di Audit _____ <input type="checkbox"/> Audit straordinario <input type="checkbox"/> Follow up
---------------------------	--

Procedimento _____

Piano degli interventi E DI Follow up

ID	RILIEVO	GIUDIZIO FINALE	AZIONI CORRETTIVE O DI MIGLIORAMENTO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI DI REALIZZAZIONE	Previsione di follow up
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ID	Data follow up	RILIEVO	Esito follow up	Note
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Breve relazione delle attività svolte

Scheda riassuntiva audit codice _____	
Codice audit	
Struttura coinvolta	
Obiettivo	
Periodo svolgimento	
Conclusioni generali	
Azioni risolutive	
Grado di collaborazione	
Osservazioni	

Scheda riassuntiva follow up audit codice _____	
Codice audit	
Struttura coinvolta	
Azioni risolutive proposte	
Esito follow up	
Osservazioni	
Grado di collaborazione	

Scheda riassuntiva consulenza ex ante	
Processo	
Struttura coinvolta	
Obiettivo	
Periodo svolgimento	
Conclusioni generali	
Azioni proposte/ attuate	
Grado di collaborazione	
Osservazioni	

Conclusioni

Data ____/____/____

Il Responsabile della funzione di Internal Audit