

ASL VITERBO
MANUALE OPERATIVO
FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

	Edizione 1	06/03/24
Rev.	Edizione 2	02/09/25
Rev.		
Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> X cartacea	<input checked="" type="checkbox"/> X informatica
A		
A		
<input type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)	N°	
<input type="checkbox"/> Copia non controllata		
<input type="checkbox"/> Copia riservata		
Redatto Dott. Alessandro Chierchia Dott.ssa Simona Giacomini Dott.ssa Claudia Troili		
APPROVATO DA Direttore Generale ASL VT Dottor Egisto Bianconi		

Sommario

1.	OBIETTIVO DEL MANUALE E DESTINATARI.....	3
2.	ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ	3
3.	METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI	4
3.1	Metodologie di identificazione dei rischi	4
3.2	Metodologie di valutazione dei rischi.....	5
3.3	Identificazione dei controlli operativi e loro valutazione	6
4.	IL CICLO DI INTERNAL AUDITING	7
4.1	Programmazione delle attività di internal audit	7
4.1.1	Risk Assessment	7
4.1.1.1	Universo di Audit	8
4.1.2	Piano di Audit	9
4.2	Intervento di audit.....	10
4.2.1	Programmazione attività	10
4.2.2	Avvio dell’Audit, analisi preliminare e raccolta documentale	11
4.2.2.1	Conduzione dell’Audit	11
4.2.3	Griglia di verifica	11
4.2.4	Attività di testing e campionamento	12
4.2.5	Chiusura dell’Audit – Exit meeting	12
4.3	I controlli periodici.....	13
4.3.1	Il Piano delle Azioni Correttive	13
4.3.2	Le attività di Follow Up	14
5	LE VALUTAZIONI EX ANTE.....	15
6	PROCESSI DI COMUNICAZIONE, ARCHIVIAZIONE ED EVENTUALE DENUNCIA ERARIALE	15
7	INTERAZIONE CON LA FUNZIONE DI AUDIT REGIONALE PER L’OBIETTIVO A.1 DEL PAC	16
8	ALLEGATI.....	18

1. Obiettivo del manuale e destinatari

Il presente Manuale Operativo della funzione di internal auditing descrive le procedure, le metodologie operative e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla Funzione di Internal Auditing della ASL di Viterbo, nel rispetto del Regolamento della Funzione di Internal Auditing adottato dalla Direzione Generale, e ha l'obiettivo di fornire una guida pratica e un riferimento metodologico per lo svolgimento delle attività di audit interno. I destinatari del presente Manuale sono il Nucleo di Internal Auditing, le Direzioni Aziendali, le Unità Organizzative e le Strutture dell'ASL di Viterbo che possono essere oggetto di interventi di Audit.

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

- definire la metodologia per assistere le Direzioni nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative nonché gli output dell'attività di Auditing;
- definire le fasi e le tempistiche del processo di audit;
- definire gli ambiti di collaborazione tra la Funzione Internal Audit e gli enti, le Direzioni Aziendali e le Unità Organizzative dell'ASL di Viterbo.

Il Manuale tiene conto delle normative, dei regolamenti e delle procedure interne vigenti nell'Ente, garantendo un allineamento tra le migliori pratiche nazionali e internazionali e il contesto specifico dell'organizzazione. Il contenuto del Manuale e dei suoi allegati potrà essere soggetto a revisioni in funzione dei seguenti mutamenti:

- della normativa o delle procedure di riferimento;
- delle funzioni attribuite dalla Direzione Generale alla Funzione Internal Auditing;
- della strategia e dei risultati dell'attività di auditing.

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

2. Organizzazione delle attività

Il Nucleo di I.A. adotta nell'esercizio della sua attività la metodologia di tipo risk based e process oriented e assolve a tre funzioni principali:

1. **assurance ex post** (verifica della corretta esecuzione delle attività) che lo porta verso un'interpretazione della funzione quale ultimo e cruciale tassello del complessivo Sistema di Controllo Interno, ossia come controllo di terzo livello, in grado di verificare l'affidabilità e l'efficacia dei controlli di primo e di secondo livello nel contenere i rischi aziendali, nonché di fare sintesi di tutti i controlli aziendali, portandoli a fattore comune
2. **consulenza ex ante** (miglioramento della gestione della catena del valore) supportando lo sviluppo dei sistemi di risk assessment, la definizione di modelli organizzativi della gestione del rischio, l'analisi dei rischi e l'individuazione dei punti di controllo) con un forte orientamento al miglioramento della gestione della catena del valore supportato dallo sviluppo dei sistemi di risk assessment. Questa attività può avvenire attraverso:
 - a) il confronto e la interazione con le strutture che effettuano controlli trasversali (controlli di II livello);
 - b) 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;
 - c) la formulazione di indicazioni e pareri, in caso di avvio di nuovi processi o a seguito di introduzione di nuove norme;
 - d) la partecipazione alla definizione di percorsi innovativi strategici per il governo dell'azienda e/o alla revisione di procedure in essere.
3. diffondere la "cultura di processo: tutto il personale dell'organizzazione deve sentirsi protagonista di un insieme preciso di processi orientati al soddisfacimento degli obiettivi strategici dell'azienda.

La prima viene declinata e programmata nel Piano triennale e annuale di Internal Auditing, la seconda è resa disponibile su richiesta della Direzione Generale, la terza prevede l'azione diretta del nucleo con azione di formazione/informazione periodici.

Le attività vengono condotte attraverso lo sviluppo di:

- un approccio per processi, al fine di privilegiare una visione trasversale, focalizzata sulla sequenza delle attività e sui risultati attesi;
- la riduzione dei rischi sia sanitari che amministrativo-contabili;
- lo sviluppo dei piani di contenimento;
- la misurazione del miglioramento in termini di efficacia, efficienza ed economicità di ogni processo analizzato.

Le tipologie di intervento dell'I.A. si distinguono in:

1. **Audit di conformità (compliance audit):** si tratta dell'analisi della conformità dei comportamenti con le procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore;
2. **Audit tecnico-operativo (operational audit):** è il monitoraggio del rispetto degli obiettivi dell'Azienda, declinati a livello di processo, si tratta quindi di interventi volti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli in essi previsti;
3. **Audit finanziario-contabile (financial audit)**
4. **Audit di sistema:** per verificare la conformità dei sistemi alle necessità aziendali;

3. Metodologia di identificazione e valutazione dei rischi

3.1 Metodologie di identificazione dei rischi

La Funzione di Internal Audit e la Direzione Aziendale procedono alla definizione dell'elenco dei rischi principali applicabili all'Ente ed effettuano la relativa valutazione.

Nell'ambito della propria azione, la Funzione Internal Audit analizza le seguenti macro-tipologie di rischi:

- 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 (possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni e verso l'esterno) 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 in termini di errata applicazione o di mancata conoscenza delle stesse, che, ove emergenti, pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.
- e. **Rischi di frode**, legati a fattori di rischio attinenti a potenziali eventi o azioni fraudolente che possono danneggiare l'Azienda.

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 della complessità della struttura secondo i parametri espressi dalle tabelle seguenti:

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.

3.2 Metodologie di valutazione dei rischi

La Funzione I. A. per definire la mappatura dei rischi adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto, nonché si basa sui risultati emersi dai test di verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili svolti da ciascun ufficio.

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

PROBABILITA'		IMPATTO		
		BASSO	MEDIO	ALTO
	QUASI CERTO	M	M/A	ALTO
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	BASSO	M/B	M

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

GRADO DI RISCHIO = PROBABILITA' x IMPATTO

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

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

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

PROBABILITA'		IMPATTO		
		BASSO	MEDIO	ALTO
	QUASI CERTO	M	M/A	ALTO
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	BASSO	M/B	M

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

3.3 Identificazione dei controlli operativi e loro valutazione

Successivamente all'individuazione dei rischi il controllo interno, le strutture interessate e la Direzione Aziendale, procedono ad individuare e analizzare i controlli e le misure da adottare per attenuare i rischi entro livelli ritenuti accettabili. 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.

La valutazione delle misure è effettuata in funzione dell'adozione delle stesse per ridurre il rischio.

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

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

Dopo la fase di valutazione delle misure e dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è il rischio che rimane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase

precedente. In questa fase, nella stima del rischio residuo si tiene generalmente conto dell'esistenza di controlli o azioni, ma non necessariamente della loro efficacia o continuità di applicazione.

PROBABILITA'		VULNERABILITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA
	QUASI CERTO	M	M/A	A
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	B	M/B	M

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

4. Il ciclo di internal auditing

Il processo di Audit si compone di una sequenza coordinata di attività finalizzate ad assistere la Direzione Strategica dell'Ente, nel conseguimento degli obiettivi programmati. Il ciclo di Audit opera mediante una funzionalità circolare che prende avvio da una fase di programmazione delle attività e termina con il monitoraggio delle azioni. In particolare, le fasi del ciclo di audit sono riassumibili come segue:

4.1 Programmazione delle attività di Internal Audit:

- 4.1.1 Matrice dei rischi - Risk assessment;
- 4.1.2 Piano di Audit.

4.2 Interventi di Audit:

- 4.2.1 Programmazione attività;
- 4.2.2 Analisi preliminare e raccolta documentale;
- 4.2.3 Griglia di verifica;
- 4.2.4 Attività di testing e campionamento;
- 4.2.5 Rapporto di Audit;

4.3 Controlli periodici:

- 4.3.1 Piano delle Azioni Correttive;
- 4.3.2 Attività di Follow Up.



4.1 Programmazione delle attività di internal audit

La Funzione di Internal Audit indica le attività/aree/procedure oggetto di audit e provvede alla predisposizione e approvazione del proprio Piano di Audit Risk Based per garantire una gestione completa dei rischi.

4.1.1 Risk Assessment

La fase preliminare del processo di Internal Audit prende avvio con un'attività strutturata di mappatura dei processi al fine di individuare i relativi rischi associati.

Il risk assessment è il processo sistematico di identificazione, classificazione e valutazione dei rischi che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'organizzazione, posti dalla Direzione Strategica. Tale attività, svolta dalla Funzione di Internal Audit si compone delle seguenti fasi:

- Comprensione dell'azienda e del contesto di riferimento;
- Mappatura e analisi dei processi aziendali;
- Verifica della presenza e dell'adeguatezza delle procedure correlate, anche in termini di aggiornamento;
- Analisi del sistema di controllo interno al fine di identificare i rischi e i controlli posti in essere su ciascun processo;
- Valutazione del rischio inerente e del rischio di residuo;
- Compilazione della Matrice dei Rischi che illustrano gli esiti del Risk Assessment

L'output di questa fase costituisce la base informativa per l'individuazione delle aree critiche su cui concentrare gli interventi di verifica.

4.1.1.1 Universo di Audit

Inizialmente il processo di Internal auditing deve prevedere **l'identificazione dei processi che sono oggetto dell'attività di audit (Universo di audit)**, individuando quelli maggiormente esposti al rischio.

Al momento si individuano i seguenti macroprocessi rappresentativi delle aree di rischio per una azienda sanitaria:

- a) Macroprocesso accreditamento, vigilanza e controllo sulle strutture/compagini sanitarie
- b) Macroprocesso processi di transitional care (sistemi di ingaggio, valutazione, monitoraggio e rendicontazione, ambiti di garanzia: equità, efficacia, efficienza, esiti di salute)
- c) Macroprocesso percorsi clinici integrati (sistemi di ingaggio, valutazione, monitoraggio e rendicontazione, ambiti di garanzia: equità, efficacia, efficienza, esiti di salute)
- d) Macroprocesso assistenza protesica, integrativa e farmaceutica (appropriatezza prescrittiva, equità di accesso al servizio, monitoraggio e rivalutazione, controllo spesa e rendicontazione)
- e) Macroprocesso accesso all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri (sistemi di garanzia, recupero crediti e sistemi di equità e tutela)
- f) Macroprocesso processo di gestione della chirurgia programmata (sistemi di ingaggio, liste d'attesa, programmazione delle attività nella rete aziendale, gestione delle sale operatorie, gestione non conformità, utilizzo dei sistemi digitali e alimentazione dei flussi aziendali/regionali, sistemi di controllo su appropriatezza)
- g) Macroprocesso gestione attività ambulatoriali (sistemi di prenotazione e agende, liste d'attesa, programmazione delle attività nel rispetto di equità, prossimità e sicurezza, attività in prestazioni aggiuntive e in straordinario, intramoenia, utilizzo dei sistemi digitali e alimentazione dei flussi aziendali/regionali, sistemi di controllo su appropriatezza prescrittiva)
- h) Macroprocesso gestione sovraffollamento dei PS nel rispetto di quanto previsto dai Piano operativi regionali e aziendali
- i) Macroprocesso relazioni con il pubblico, sportelli informativi, punti unici di accesso e punti informativi telefonici e telematici (ricognizione, uniformità dei processi comunicativi, rispetto dei requisiti normativi)
- j) Macroprocesso acquisto beni e servizi, gestione dei servizi in outsourcing (monitoraggio, rendicontazione e sistemi di contraddittorio), gestione parco macchine e mezzi di soccorso
- k) Macroprocesso gestione economica e patrimoniale, formazione del bilancio di esercizio e del bilancio preventivo economico e patrimoniale, processi relativi ai cicli attivo/passivo/finanziario, adempimenti fiscali e tributari, tenuta libri e registri obbligatori, PAC, gestione ALPI
- l) Macroprocesso di budgeting e contabilità analitica

- m) Macroprocesso gestione del personale (processi di acquisizione, tenuta del fascicolo personale, sistemi di valutazione di carriera, processi di budgeting, di mobilità, di conferimento/revoca degli incarichi, formazione, regolamento lavoro straordinari, reperibilità e prestazioni aggiuntive, ecc.)
- n) Macroprocesso relativo all'edilizia sanitaria e impiantistica, all'ingegneria clinica e alla digitalizzazione dei sistemi.

Per quanto riguarda in particolare i Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC) di seguito le Aree organizzativo/gestionali critiche individuate:

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

4.1.2 Piano di Audit

La seconda fase delle attività del controllo interno consiste nella individuazione delle priorità, sulla base del risk assessment, dei processi da sottoporre ad audit nell'ambito di una programmazione con una prospettiva triennale e un aggiornamento annuale degli audit. Il Piano definisce le attività ed i processi che saranno verificati nell'anno, individua le relative Unità Operative/ Strutture interessate o oggetto di audit con l'obiettivo di giungere ad una copertura progressiva delle aree critiche, adattandosi costantemente al contesto normativo e operativo.

Il Piano di Audit è predisposto dal Responsabile della Funzione Internal Audit con la partecipazione attiva del N.I.A. e la selezione delle attività, oltre che il risultato della identificazione e valutazione dei rischi (Risk Assessment), tiene conto anche dei seguenti aspetti:

- eventuali ambiti che la Direzione Generale ritenga di sottoporre ad audit, sulla base delle proprie valutazioni strategiche;
- Priorità del PAC (per i quali si rinvia al paragrafo 7);
- Trasparenza e rendicontazione;
- Esigenze strategiche dell'Azienda e della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- Rotazione delle verifiche;
- Esiti degli Audit pregressi;
- eventuali criticità individuate o segnalate dal Collegio Sindacale;
- Richieste degli Organi esterni.

I contenuti informativi del Piano Annuale di Audit deve sono i seguenti:

- i processi e le attività oggetto di verifica;
- le Unità Operative/Strutture coinvolte;
- gli obiettivi dell'audit;
- la programmazione temporale delle attività.

Il Piano di Audit deve essere predisposto **entro la fine di ogni anno** e sottoposto alla Direzione Generale per l'approvazione. Per esigenze contingenti dettate da un contesto in continua evoluzione, il Piano non può essere uno considerato strumento rigido ma può subire variazioni; in ragione di ciò è data la possibilità di proporre in corso d'anno alla Direzione Generale eventuali modifiche al Piano che dovranno essere approvate con le stesse modalità.

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, salvo specifiche richieste infrannuali avanzate da parte della Direzione Generale.

4.2 Intervento di audit

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.

È possibile attivare degli **audit straordinari**, su richiesta della Direzione Generale, in deroga a quanto previsto nel Piano triennale. Gli Audit straordinari sono avviati con priorità rispetto a quelli ordinari e possono comportare lo slittamento temporale e/o la rimodulazione di quanto programmato nel Piano approvato. Gli audit straordinari possono essere proposti altresì dal Responsabile della funzione di I.A., sentito il N.I.A., formalizzando la proposta al Direttore Generale per l'approvazione.

Il Responsabile della funzione provvede a ripartire, tra il personale facente parte del Gruppo di Audit, i compiti e le responsabilità e può assegnare la conduzione dell'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.

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 di audit è documentata nei verbali di attività. Ciascun componente del gruppo di audit e ciascuna figura di esperto eventualmente coinvolta deve assicurare, per gli audit ai quali partecipa, l'insussistenza di conflitti di interesse.

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.

L'attività di Audit si svolge attraverso le seguenti fasi e sottofasi:

- 4.2.1 Programmazione attività;
- 4.2.2 Analisi preliminare e raccolta documentale;
- 4.2.3 Griglia di verifica;
- 4.2.4 Attività di testing e campionamento;
- 4.2.5 Rapporto di Audit;
- 4.2.6 Piano delle Azioni Correttive;
- 4.2.7 Attività di Follow Up.

4.2.1 Programmazione attività

Prima dell'avvio dell'Audit occorre:

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

- Definire il gruppo di audit composto dai componenti del NIA e comprensivo degli eventuali esperti;

Per ciascuna attività di verifica programmata occorre predisporre un Verbale di Audit su apposito modulo standard; il Verbale riporterà sinteticamente le fasi degli interventi di audit.

4.2.2 Avvio dell'Audit, analisi preliminare e raccolta documentale

L'Audit ha inizio ufficialmente con la comunicazione formale di avvio della **riunione di apertura (kick-off meeting)** a cura del Responsabile della funzione di I.A.. 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 a controllo interno.

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.

Nell'incontro di avvio sono presentati i seguenti aspetti:

- scopo e ambito di copertura dell'audit;
- metodologie di lavoro che verranno adottate;
- ulteriori informazioni necessarie e le modalità di raccolta e condivisione;
- programma dei lavori, le fasi operative del lavoro sul campo e la relativa tempistica;
- composizione del gruppo di audit e responsabile della conduzione.
- 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.

Dell'incontro è redatto un verbale 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.

L'organizzazione di un incontro di Kick-Off Meeting, rappresenta un momento di fondamentale importanza, in quanto facilita il confronto tra le parti coinvolte e assicura un allineamento metodologico sui processi da verificare. Tale attività si configura come un processo di supporto alle strutture auditate, finalizzato a evidenziare criticità, aree di miglioramento e potenziali non conformità, e a instaurare un dialogo costruttivo con i referenti della struttura auditata, favorendo così l'emergere di una visione condivisa e orientata al miglioramento continuo.

4.2.2.1 Conduzione dell'Audit

La Funzione di Internal Audit, analizzata la normativa, le regole di funzionamento del processo, le procedure esistenti, l'organizzazione dell'attività, le risorse impegnate e qualsiasi ulteriore informazione che possa essere utile all'espletamento dell'audit, avvia dunque l'Audit con la **verifica sul "campo"** attraverso l'utilizzo di strumenti di rilevazione utilizzati anche in combinazione tra di loro come ad esempio:

- Interviste;
- Work-shop;
- Questionari a risposta aperta/chiusa;
- Azioni di re-performance;
- Analisi documentale;
- Osservazione diretta.

4.2.3 Griglia di verifica

A conclusione dell'attività di analisi preliminare deve essere alimentata la griglia di verifica strumento operativo fondamentale per guidare la conduzione delle verifiche e la valutazione strutturata dei controlli.

4.2.4 Attività di testing e campionamento

A conclusione dell'analisi preliminare e della raccolta documentale, si avvia l'attività di test, finalizzata a verificare la conformità e l'efficacia delle procedure e metodologie adottate rispetto alle disposizioni vigenti e agli obiettivi di controllo, lungo tutte le fasi delle operazioni oggetto di audit. Per l'applicazione delle procedure di verifica, si procede alla selezione del campione, basandosi su criteri di campionamento coerenti con gli obiettivi dell'audit, considerando la natura dell'attività, il livello di rischio associato ai processi e la materialità degli importi coinvolti. La metodologia adottata deve essere formalizzata nella documentazione di audit, assicurando tracciabilità, replicabilità e trasparenza. In ambiti particolarmente sensibili (es. ciclo passivo contabile o gestione delle prestazioni sanitarie), la selezione dovrà tenere conto di eventuali criticità note, orientando i test verso le transazioni a maggiore rischio, anche mediante l'uso di indicatori di anomalia o filtri predefiniti.

Possono essere adottati sia approcci statistici (es. campionamento casuale semplice, stratificato o sistematico), sia non statistici (es. campionamento a giudizio o basato su soglie di rischio), in funzione del contesto operativo, della disponibilità dei dati e della necessità di garantire la rappresentatività del campione.

Laddove sia disponibile un'adeguata base dati strutturata (es. sistemi ERP, gestionali contabili ecc.), è consigliato l'utilizzo di strumenti digitali e tecniche automatizzate di audit, che consentono una selezione più efficiente e oggettiva del campione, oltre alla possibilità di svolgere test su intere popolazioni.

4.2.5 Chiusura dell'Audit – Exit meeting

A conclusione della procedura è redatto un *Rapporto preliminare* su quanto emerso, i cui contenuti sono discussi nel corso di una riunione di chiusura, denominata **Exit-Meeting**, in cui sono valutate congiuntamente le eventuali raccomandazioni e/o non conformità rilevate, le misure necessarie per mitigare il livello di rischio e verbalizzate eventuali dichiarazioni rilasciate dal direttore della struttura organizzativa competente. **L'exit meeting ha lo scopo di condividere il Rapporto preliminare per giungere alla versione definitiva del Rapporto di audit**, di corredarlo delle osservazioni del Responsabile del processo verificato e condividere con questi il Piano delle Azioni Correttive e le misure di follow up.

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

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

A seconda del tipo di valutazione verrà assegnata una richiesta di gestione o risoluzione delle criticità che potrà essere posta a carico della sola struttura organizzativa coinvolta o in maniera trasversale a carico di più Unità o potrà comportare il coinvolgimento anche della Direzione Strategica.

L'Audit si chiude con la convocazione formale della riunione di exit-meeting alla quale segue la redazione del **rapporto di Audit**.

Il rapporto di audit sintetizza in maniera rigorosa, sintetica, essenziale e chiara le evidenze raccolte durante l'analisi operativa. In particolare:

- le conclusioni sul grado di conformità degli elementi valutati rispetto a normative e obiettivi di controllo;
- la descrizione dello scopo, dell'ampiezza e dei risultati dell'audit;
- l'evidenza dei rilievi riscontrati, le raccomandazioni formulate e le conclusioni finali;
- l'opinione complessiva del Responsabile di Audit sull'andamento dell'intervento.

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

Il Rapporto di Audit, 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 al Direttore Generale.

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 potrà essere visionato solo dai partecipanti all'audit, dal N.I.A. e dalla Direzione Generale.

Il Rapporto è archiviato secondo le modalità indicate al paragrafo 6, in modo da garantirne la disponibilità continua per eventuali consultazioni da parte del N.I.A..

4.3 I controlli periodici

L'attività della funzione del controllo interno prosegue con i controlli periodici, ossia con il monitoraggio e la verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'Azione, da parte dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit.

Spetta al controllo interno definire la natura, il grado di approfondimento e la tempistica dei controlli periodici, in funzione:

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

Al fine di procedere alla formalizzazione del Piano di Audit, il Nucleo di Internal Audit svolge specifici incontri con l'Azienda (Direzione Strategica, Collegio Sindacale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il Controllo di Gestione, ecc.) per individuare strategie, obiettivi e rischi aziendali da monitorare. Tali interlocutori hanno il compito di fornire al N.I.A. informazioni e dati, basati sulle attività di relativa competenza, sulle eventuali criticità riscontrate e/o su eventuali aree strategiche che si intende presidiare.

L'attività dell'IA si fonda su una pertinente ed esaustiva analisi dei rischi aziendali e sui controlli di vario livello implementati dall'organizzazione, volti appunto a presidiare e mitigare tali rischi.

4.3.1 Il Piano delle Azioni Correttive

A valle delle verifiche condotte, le non conformità o criticità riportate nei Rapporti di Audit e nelle Griglie di Verifica vengono discusse congiuntamente dal Responsabile della Struttura auditata e dal Responsabile dell'Internal Audit Aziendale, attraverso l'elaborazione di azioni correttive.

Tali interventi sono formalizzati nel Piano delle Azioni Correttive, redatto su modulo standard e riferito a ciascun audit previsto dal Piano Annuale.

Il Piano include:

- Descrizione delle criticità riscontrate;
- Analisi delle cause;
- Azioni correttive proposte;
- Obiettivi e attività da realizzare;
- Responsabili delle azioni;
- Tempistiche e responsabilità;

- Modalità di verifica dell'efficacia (follow-up).

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

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

Il documento viene allegato al verbale di audit e trasmesso dal Responsabile dell'Internal Audit, unitamente al verbale stesso, alla Direzione Generale.

4.3.2 Le attività di Follow Up

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

Il monitoraggio e la verifica dell'implementazione delle azioni correttive rappresenta la chiusura dell'intero ciclo di audit. In tale contesto, il follow-up si configura come un processo sistematico volto a garantire che le misure adottate, in risposta alle criticità riscontrate, siano rese efficaci e realizzate nei tempi prestabiliti.

Un'attenta verifica dell'efficacia delle azioni correttive consente, infatti, di confermare il raggiungimento degli obiettivi inizialmente prefissati o, eventualmente, di individuare ulteriori margini di miglioramento. Solo dopo aver accertato la completa risoluzione delle problematiche evidenziate si procede alla formale chiusura dell'audit, oppure si attivano eventuali escalation per gestire nuove criticità, assicurando così un ciclo di controllo dinamico e orientato al costante miglioramento del sistema di gestione dei rischi.

La programmazione tiene conto del livello di rischio, della rilevanza dei rilievi emersi e dell'impatto legato a eventuali ritardi. Il follow-up viene attivato tramite comunicazione formale al responsabile del processo coinvolto, seguendo modalità analoghe a quelle dell'audit iniziale.

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.

5 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 N.I.A. 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.

6 Processi di comunicazione, archiviazione ed eventuale denuncia erariale

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

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>MANUALE OPERATIVO FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING</p>	<p>Edizione: 2 Data: 02/09/2025 Pag. 16 a 18</p>
--	--	--

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

Qualora dall'attività di Audit emergano elementi tali da far ipotizzare possibili profili di responsabilità di natura erariale o penale, il Responsabile Internal Audit ne dà riservata comunicazione alla Direzione Generale, affinché, valutata la rilevanza dei fatti, siano eventualmente attivate, nei modi e tempi ritenuti opportuni, le segnalazioni alle autorità competenti e agli organi preposti, incluse eventuali iniziative di carattere disciplinare.

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva.

In quest'ultima ipotesi il Dirigente responsabile della Funzione I.A. informerà il Direttore Generale e i vertici delle funzioni o Unità operative interessati dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato.

7 Interazione con la funzione di audit regionale per l'obiettivo A.1 del PAC

L'istituzione della Funzione di Internal Audit ha l'obiettivo di supportare un miglioramento continuo di efficacia ed efficienza nella gestione di tutti i componenti dell'organizzazione favorendo il corretto adempimento delle loro responsabilità, visto l'obiettivo A.1 del PAC "prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio".

Sotto questo aspetto il Responsabile della Funzione Internal Auditing rappresenta il presidio operativo della funzione di controllo interno nell'organizzazione garantendo, per i PAC, l'applicazione delle metodologie definite a livello regionale e la personalizzazione delle attività di audit in base alle specificità aziendali. In particolare deve:

- Assicurare la presa in carico e l'attuazione degli esiti degli audit regionali, collaborando con il Responsabile regionale per garantire che le raccomandazioni e le azioni correttive vengano implementate efficacemente a livello locale;
- Elaborare il Piano di Audit triennale secondo le linee guida indicate e verificando la coerenza con le previsioni regionali, assicurandosi che le attività di audit siano allineate con le priorità e le criticità emerse a livello regionale, e che le azioni intraprese rispondano alle necessità identificate;
- Garantire che il Piano di Audit a livello aziendale risponda adeguatamente alle priorità regionali;
- Trasmettere la mappatura dei rischi aggiornata alla funzione del controllo interno regionale, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare
- Condividere con la funzione del controllo interno regionale i report di audit relativi all'obiettivo A.1 del PAC e quelli specifici che eventualmente saranno concordati, unitamente ai relativi piani delle Azioni Correttive per garantire un monitoraggio continuo e una revisione dei risultati, consentendo al Responsabile regionale di prendere conoscenza delle azioni correttive e migliorative.

Nella **fase di Programmazione degli interventi di Audit**, in particolare, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e la Direzione Generale definiscono gli obiettivi strategici e programmatici di controllo da realizzare nel corso dell'esercizio, sulla base delle principali criticità emerse nei verbali del monitoraggio del Collegio Sindacale, dei pareri della Corte dei Conti e delle normative di riferimento.

Dopo aver individuato e concordato con il Gruppo di coordinamento regionale e la Direzione Generale le attività relative ai PAC e le relative aree/processi da sottoporre a verifica la Funzione Internal Auditing effettuerà una mappatura dei suddetti processi, al fine di individuare i relativi rischi associati (**Risk Assessment**) per l'individuazione degli interventi da inserire nel Piano di Audit. Questo processo include anche l'integrazione di specifici suggerimenti provenienti dalla Regione Lazio, assicurando un adeguamento continuo e tempestivo delle attività di audit.

Limitatamente dunque alle finalità che attengono all'obiettivo A.1 del PAC, la Funzione Internal Auditing viene coordinata, a livello regionale, dalla Funzione di Controllo Interno gerarchicamente dipendente dalla Direzione

Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria – Area Risorse Finanziarie del SSR, la quale valuta ed esamina i processi interni delle Aziende Sanitarie della Regione.

In tale prospettiva la Funzione Aziendale partecipa ai momenti di confronto e condivisione con la Funzione di Audit regionale alla quale sottopone - ove necessario - richieste di chiarimenti e partecipa alla pianificazione di attività integrate, ove previste.

La Funzione di Internal Audit aziendale è tenuta a prendere visione ed a recepire tutti gli atti provenienti dalla relativa Funzione regionale e, se necessario, a presentare osservazioni o richiedere chiarimenti.

È tenuta, inoltre, a programmare gli interventi di Audit aziendali sulla scorta delle verifiche pianificate dalla Funzione di Controllo Interno regionale, mantenendo comunque la possibilità di effettuare attività di Audit su ulteriori aree ritenute a rischio.

L'esito degli Audit regionali deve essere comunicato alle UU.OO. coinvolte nei processi soggetti a verifica ed alla Azienda. Successivamente, la Funzione di Internal Auditing provvede a svolgere attività di supporto alle UU.OO. coinvolte e supervisiona sul grado di implementazione delle azioni attuate dall'azienda per adeguarsi ai rilievi effettuati dalla Funzione regionale.

8 ALLEGATI

1. Verbale di Audit
2. Griglie di Verifica
3. Rapporto di Audit

VERBALE DI AUDIT –
Audit Ciclo

VERBALE DI AUDIT

Ora e luogo	Attività	Team di Audit	Referenti UU.OO.
<i>Data:</i> <i>Sede:</i>	Svolgimento delle fasi preliminari	Responsabile: Team:	
<i>Data:</i> <i>Sede:</i>	Richiesta Documentazione	Responsabile: Team:	
<i>Data:</i> <i>Sede:</i>	Verifica sul “campo”	Responsabile: Team:	

Data: Sede:	Condivisione preliminare delle Risultanze	Responsabile: Team:	
Data: Sede	Riunione del Gruppo di verifica per la stesura del “Rapporto di Audit”.	Responsabile: Team:	
Data: Sede:	Condivisione finale delle Risultanze	Responsabile: Team:	
	Allegati: <ul style="list-style-type: none"> • Rapporto di Audit • Griglia di Verifica 		

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

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



Rapporto di Audit

.....

INDICE DEL DOCUMENTO

1	EXECUTIVE SUMMARY	4
2	OBIETTIVI/AMBITO DI AUDIT	4
3	RISULTATI DELL'AUDIT	4
4	CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	4
5	ALLEGATI.....	4

1 EXECUTIVE SUMMARY

L'executive summary presenta una panoramica del rapporto, comprese le finalità dell'audit, il periodo di riferimento e il contesto dell'entità oggetto di verifica, fornendo una sintesi delle risultanze dell'attività.

Esempio Pratico: Nell'introduzione, si potrebbe scrivere: "Il presente rapporto rappresenta l'analisi dettagliata delle attività svolte durante l'audit finanziario dell'azienda ABC per l'anno fiscale 20XX."

2 OBIETTIVI/AMBITO DI AUDIT

In questa sezione vengono definiti gli obiettivi dell'audit e le metodologie utilizzate per condurlo. Si spiega come sono state selezionate le aree da sottoporre a verifica e quali procedure sono state applicate.

Esempio Pratico: "Gli obiettivi dell'audit erano valutare l'accuratezza delle registrazioni contabili, verificare la conformità agli standard contabili e valutare l'efficacia dei controlli interni. Le procedure includevano test di sostanzialità, analisi delle evidenze e valutazione dei controlli interni."

3 RISULTATI DELL'AUDIT

Questa sezione fornisce i risultati specifici dell'audit, inclusi gli eventuali errori o anomalie rilevate. È importante fornire dettagli accurati e specifici.

Esempio Pratico: "Durante l'audit, è emerso che sono state identificate alcune discrepanze nelle registrazioni delle transazioni di cassa. In particolare, sono stati individuati errori di registrazione relativi a tre transazioni del mese di marzo."

4 CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Qui vengono presentate le conclusioni basate sui risultati dell'audit. Si forniscono anche raccomandazioni per affrontare eventuali debolezze o aree di miglioramento.

Esempio Pratico: "Sulla base dei risultati ottenuti, si conclude che vi è una necessità di rivedere e rafforzare i controlli relativi alle transazioni di cassa. Si raccomanda di implementare un sistema di verifica e approvazione delle transazioni più rigoroso."

5 ALLEGATI

In questa sezione vengono inclusi eventuali allegati o documenti di supporto, come diagrammi, tabelle o copie di documenti analizzati durante l'audit.

Esempio Pratico: Gli allegati potrebbero includere un elenco dettagliato delle evidenze raccolte, copie di documenti di supporto e diagrammi di flusso dei processi.