



REGOLAMENTO di INTERNAL AUDITING

Indice

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO.....	3
3.	ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPITI.....	3
3.1.	Assetto organizzativo della funzione di Internal Auditing.....	3
3.2.	Compiti della funzione di Internal Auditing.....	4
3.3.	Tipologia dei controlli	5
3.4.	Procedura di audit	5
3.4.1.	Risk Assessment.....	6
3.4.2.	Pianificazione audit.....	9
3.4.3.	Interventi di Audit.....	10
3.4.4.	Archiviazione della documentazione in Audit	11
3.4.5.	Follow – up	11
4.	Modulistica	13
4.1.	Piano Audit	13
4.2.	Rapporto di Audit	15

1. INTRODUZIONE

L'Internal Auditing (di seguito per brevità "I.A".), secondo la definizione dell'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A) è *un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a migliorare e valutare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di Governo dell'Ente.*

2. OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro da utilizzare per l'attività di auditing sui processi aziendali dell'AO Papardo.

I destinatari del Regolamento sono il Responsabile della funzione di Internal Auditing, il Team di lavoro aziendale a supporto della funzione di Internal Auditing, la Direzione Strategica, tutte le Direzioni, Strutture e Servizi dell'AO Papardo interessati dall'attività di audit.

Il contenuto del regolamento stesso potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing.

3. ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPITI

3.1. Assetto organizzativo della funzione di Internal Auditing

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto interministeriale del 1° marzo 2013 avente ad oggetto la "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (P.A.C.) delle Aziende del SSN" con il quale si obbligano tutte le aziende del S.S.N. ad implementare azioni, concrete e misurabili, dirette a garantire quegli elevati standard organizzativi, contabili e procedurali, indispensabili alla certificazione esterna dei dati e dei bilanci delle Aziende stesse, l'Assessorato Regionale delle Salute

ha adottato con il D.A. n. 402/2015 un cronoprogramma P.A.C., prevedendo obiettivi ed azioni da attuare per il raggiungimento della certificabilità del bilancio. Tale D.A. dispone all’Azione A.1.7. (Parte Generale): “l’Istituzione di una funzione d’Internal audit indipendente e obiettiva, finalizzata al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’organizzazione amministrativo – contabile aziendale”. All’interno dell’Azienda la funzione I.A. è svolta da un Responsabile individuato con apposita deliberazione. E’ facoltà del responsabile della funzione di Internal Auditing avvalersi di ulteriori professionalità per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo oggetto di audit.

Ciascun componente dell’attività di audit assicura, per gli audit ai quali è designato a partecipare, l’insussistenza di conflitti di interessi. Qualora un componente del gruppo di audit sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell’attività oggetto di analisi, il coordinatore, può valutare la sostituzione dello stesso con una diversa figura aziendale, nei principi di obiettività, trasparenza ed imparzialità che sottendono la funzione di I.A..

Alla funzione di I.A. devono essere resi disponibili ed accessibili le informazioni, i rilievi e tutta la documentazione proveniente da strutture interne ed a organi ed organismi di controllo interni ed esterni all’Azienda.

3.2. Compiti della funzione di Internal Auditing

Alla funzione di Internal Auditing compete:

- ✓ Assistere la Direzione nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- ✓ coordinare e pianificare l’attività di audit;
- ✓ coadiuvare i responsabili delle strutture auditate nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell’individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio;
- ✓ predisporre il piano annuale di audit;
- ✓ eseguire gli audit programmati e i relativi follow-up;

- ✓ favorire la comprensione dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili dei processi auditati siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli esistenti;
- ✓ curare la redazione del presente regolamento e dei suoi aggiornamenti qualora se ne verificano i presupposti;
- ✓ tenere l'archivio della documentazione e delle evidenze necessarie a supporto dell'attività di audit.

3.3. Tipologia dei controlli

L'attività di Internal Auditing, riferita ai principali obiettivi del controllo interno nelle aziende, assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

- ✓ conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore, conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne, adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
- ✓ efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
- ✓ attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): audit finanziario-contabile (financial audit).

Ulteriori tipologie di audit sono:

- ✓ I.T. (information technology) audit: per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali e alle normative vigenti (es. livelli di sicurezza ed affidabilità);
- ✓ Audit direzionale: per analizzare definizione e livello di condivisione aziendale degli obiettivi strategici e rischi correlati e verificare, nel tempo, la coerenza dei comportamenti gestionali rispetto a tali obiettivi;
- ✓ Follow up: per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni concordate a seguito di osservazioni formulate durante interventi precedenti.

3.4. Procedura di audit

Il processo legato alle attività della funzione di I.A. può essere sintetizzato nelle seguenti fasi:

- ✓ Risk assessment
- ✓ Pianificazione attività di audit
- ✓ Procedura di audit
- ✓ Archiviazione della documentazione di audit
- ✓ Follow-up

3.4.1. Risk Assessment

La prima fase dell'attività di I.A. è costituita dal Risk Assessment, ossia l'analisi preliminare di identificazione e valutazione dei rischi utile alla stesura del Piano. L'obiettivo di questa fase è quello di individuare le aree (funzioni, processi, etc.) maggiormente critiche, e quindi potenzialmente esposte a rischi, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

In fase di avvio dell'attività di I.A., l'individuazione delle aree critiche dell'Azienda coincide con le Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC):

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

Altra modalità per individuare le aree critiche è l'analisi e la valutazione delle fonti interne ed esterne (ad es. Verbali del Collegio Sindacale, confronto con l'ufficio Legale, richiesta di

informative da parte della Corte dei Conti, dei Ministeri, della Regione, etc.), ossia dell'insieme dei rilievi/ricieste/indicazioni che provengono da strutture interne e/o organismi esterni all'Azienda, dell'esito di analisi di documenti e dati aziendali, degli accadimenti di fatti dai quali emergano aree di rischio non adeguatamente presidiate.

All'identificazione dei rischi segue la valutazione degli stessi (Risk Assessment) che si effettua:

1. individuando i RISCHI POTENZIALI;
2. identificando le attività di controllo poste in essere dal management per mitigare i rischi potenziali;
3. determinando i RISCHI RESIDUI che dovranno essere nulli o ritenuti accettabili dal management.

Appare utile richiamare il concetto di RISCHIO, inteso come "evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal management".

La misurazione del RISCHIO avviene in termini di Probabilità di accadimento e di impatto

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

dove:

- ✓ per PROBABILITÀ si intende "la frequenza del manifestarsi del rischio o di possibile accadimento dell'evento negativo identificato (quasi certo, molto probabile, poco probabile, raro)"
- ✓ per IMPATTO si intende "il livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi (grave, significativo, moderato, irrilevante)".

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio in termini di probabilità e impatto è la Matrice di RACM (Risk Assessment Criteria Matrix):

		IMPATTO				
		1	2	3	4	
		<i>Irrilevante</i>	<i>Moderato</i>	<i>Significativo</i>	<i>Grave</i>	
P R O B A B I L I T A'	4	<i>Quasi certo</i>	M	A	E	E
	3	<i>Molto probabile</i>	M	M	A	E
	2	<i>Poco probabile</i>	B	M	M	A
	1	<i>Raro</i>	B	B	M	A

LEGENDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
B	Rischio basso
M	Rischio medio
A	Rischio alto
E	Rischio elevato

In primo luogo occorre valutare il rischio in cui l'Azienda incorre misurando lo stesso in termini di probabilità di accadimento e di impatto:

✓ **Valutazione della probabilità:**

- QUASI CERTO: è presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di periodo definito (es. un 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:**
 - GRAVE: impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es. casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici)
 - SIGNIFICATIVO: impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione;
 - MODERATO: impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda (es. inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio)
 - 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 tali rischi.

3.4.2. Pianificazione audit

Le attività di audit sono pianificate sulla base dei rischi prioritari individuate con il Risk Assessment.

La Pianificazione triennale delle attività di audit, approvata dal Direttore Generale, evidenzia l'area di riferimento (che in questa prima fase coincide con le aree previste dal PAC), la tipologia di audit (normativo/operativo/documentale), l'unità operativa coinvolta e la distribuzione delle attività nel triennio considerato.

Il Piano annuale di audit, anch'esso approvato con provvedimento del Direttore Generale, definisce le azioni e/o procedure che saranno verificate nell'anno, con calendario mensile.

Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni; eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

Eventuali interventi speciali, richiesti dalla Direzione Generale, dovranno essere pianificati in modo da rispondere nel modo più esaustivo possibile alle esigenze da questi espresse.

Nel caso in cui dall'analisi della procedura oggetto dell'audit emerga la necessità di sviluppare l'attività di verifica attraverso successivi audit di processi correlati, la pianificazione di tali interventi verrà effettuata dal Responsabile della funzione di Internal Auditing.

3.4.3. Interventi di Audit

L'avvio dell'attività di audit viene comunicato al soggetto/Unità operativa auditata con nota.

Il gruppo di audit dovrà preliminarmente definire gli obiettivi dell'intervento, l'ambito di copertura, i processi e procedure da esaminare, le caratteristiche del campione da sottoporre a test e l'eventuale distribuzione dei compiti nell'ambito del gruppo.

L'I.A. ed il suo gruppo devono conseguire una piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati. Devono, inoltre, comprendere in che modo ciascun processo influisca sul conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica.

Nella fase di analisi dei processi, l'I.A. analizza la correttezza delle procedure e l'efficacia dei controlli posti a presidio dei rischi.

Gli strumenti di rilevazione utilizzati, anche in combinazione tra loro, nel corso dell'analisi del processo possono essere:

- Documentali;
- Risultanti da documentazione prodotta nel corso del processo;
- Testimoniali – si tratta di informazioni raccolte tramite meeting, interviste o questionari da persone coinvolte nelle varie attività che costituiscono il processo;
- Analitici – frutto di calcoli e deduzioni effettuate autonomamente dall'auditor;

- On site – derivano dall’osservazione diretta delle attività svolte dai soggetti auditati.

Conclusa la fase di esecuzione dell’audit sul campo, il team di audit predispone un rapporto preliminare che riassume le constatazioni formulate in fase di analisi di processo. Il rapporto preliminare viene inviato per la condivisione al responsabile della Struttura auditata.

Le constatazioni contenute nel rapporto preliminare sono discusse dal team di audit e dal responsabile e referenti della Struttura auditata in un incontro da svolgersi entro pochi giorni dall’invio del rapporto preliminare.

L’incontro è volto a valutare l’importanza delle eventuali non conformità rilevate nel corso dell’audit in relazione agli obiettivi programmati e le misure necessarie per conseguire un livello accettabile di rischio delle operazioni. In caso di mancata condivisione di uno o più aspetti del rapporto, il punto di vista della Struttura auditata dovrà essere documentato nel rapporto definitivo.

In sostituzione potrà essere svolto contraddittorio in forma scritta, se la complessità degli aspetti controversi lo richiede, oppure qualora risulti impossibile tenere tempestivamente l’incontro di chiusura.

Dopo la condivisione con le strutture auditate, si provvede alla stesura del rapporto di audit definitivo.

3.4.4. Archiviazione della documentazione in Audit

Per ciascun intervento di audit viene creato un fascicolo allo scopo di raccogliere e ordinare le evidenze che documentano le attività di pianificazione e di controllo, le informazioni raccolte e le conclusioni cui si è pervenuti.

3.4.5. Follow – up

E’ la fase in cui viene verificata l’esecuzione delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel rapporto di audit definitivo.

Il follow-up è indicato nel rapporto di audit definitivo e programmato nei successivi Programmi di audit.

Il Team di audit definisce il livello di approfondimento e la tempistica del follow-up sulla base dei rilievi emersi in fase di audit e del tempo necessario per approntare le azioni di miglioramento previste dal rapporto di audit definitivo.

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

PROGRAMMA DI DETTAGLIO

Attività	Referenti	
GIORNO 1		

<p>Riunione di apertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • condivisione dello scopo della verifica • descrizione dell'attività dell'Audit e classificazione dei rilievi (conformità, non conformità > o < e annotazioni) • disponibilità del personale coinvolto <p>Verifica documentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esistenza, conoscenza, diffusione e applicabilità sulla corretta gestione dell'area oggetto di valutazione. • <u>Documentazione richiesta</u> a supporto delle attività da svolgere: <ul style="list-style-type: none"> • intervista agli auditati: <ul style="list-style-type: none"> • Condivisione principali risultanze audit • Stesura rapporto audit 	<p>- U.O. INTERESSATA</p>	
---	---------------------------	--

Data e firma dei Referenti

4.2. Rapporto di Audit

Rapporto di Audit

Attività di Vigilanza 2019

Data di emissione:

TEAM AUDITOR		
<u>RUOLO</u>	<u>NOME</u>	<u>FIRMA</u>
Lead Auditor		

1. Dati Società
2. Introduzione
3. Scopo Audit
4. Metodologia di verifica utilizzata
5. Prescrizione del PAC
6. Verifica di Conformità
7. Valutazione finale
8. Punti di Forza e ambiti di miglioramento
9. Allegati

1 Dati

Società	Azienda Ospedaliera Papardo
Team di audit	
Periodo di audit	
Siti visitati	
Persone intervistate	
Periodo di riferimento	
Verifica attuazione: principi	Per ciascuna prescrizione dell'Area E del PAC saranno verificati almeno 2 eventi/casi/campioni (se esistenti) che, nell'arco del periodo di osservazione, possano aver avuto rilevanza nella gestione delle attività.
Strumenti normativi aziendali consultati	
NOTA	

Introduzione

I Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013 avviano il percorso Attuativo della Certificabilità (cosiddetto "PAC") con l'obiettivo di conseguire la Certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie. Le aziende devono pertanto strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni.

L'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina ha proceduto con Percorsi formativi Attuativi della Certificabilità (PAC), finalizzati alla conoscenza e alla diffusione degli standard organizzativi, contabili e procedurali.

Il percorso di certificazione del bilancio è stato considerato dall'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina quale strumento di opportunità per chiarire in modo puntuale e trasparente le competenze e responsabilità nonché la tempistica delle azioni che quotidianamente devono essere poste in essere da tutti gli operatori inseriti nel sistema.

Seguendo gli standard indicati nel modello di P.A.C. approvato dalla Regione Sicilia, le procedure redatte ed emesse hanno l'obiettivo di consentire alla Direzione Strategica di valutare i risultati delle attività gestite e correggere le cause di eventuali scostamenti rispetto alle azioni pianificate.

Scopo dell'Audit

L'audit del presente rapporto, ha quale principale obiettivo quello di verificare l'applicazione delle procedure in termini di attuazione/operatività, rispetto alle prescrizioni indicate nell'attinente sezione (E – Area Riamanenze) del Piano Attuativo di Certificabilità.

Metodologia di verifica utilizzata

Gli interventi di controllo sono svolti secondo le seguenti modalità operative:

- **analisi preliminare** dell'organizzazione aziendale, dei processi e delle attività sensibili e un'overview dell'organizzazione dei poteri in essere presso le strutture auditate tramite raccolta documentale;
- **verifica**, sulla base della raccolta documentale, della corretta rilevazione **delle aree/azioni**;
- **verifica del disegno**, finalizzata a verificare la conformità del disegno rispetto alle prescrizioni del PAC;
- **verifica dell'operatività**, finalizzata a verificare (tramite interviste, osservazioni, presa visione di dati e registrazioni e sopralluoghi in campo) il rispetto/attuazione delle prescrizioni del PAC e, quindi, dell'effettività e osservanza delle stesse.

La metodologia di campionamento casuale utilizzata non consente di escludere che possano essere presenti criticità non individuate nel corso dell'audit.

L'attuazione delle opportunità di miglioramento identificate relativamente a specifici processi dovrebbero essere valutate per l'intera organizzazione.

Le osservazioni rilevate dagli auditors non sollevano l'organizzazione dalla responsabilità di assicurare la continua e completa conformità ai requisiti contrattuali, normativi e legali.

Le valutazioni riportate nel presente Rapporto sono basate sulle informazioni rese disponibili al momento dell'indagine e sono condizionate dai dati forniti, dalle risorse messe a disposizione, dalle finalità e dal programma di lavoro.

Prescrizioni del PAC

Di seguito si riportano prescrizioni del PAC che rappresentano il criterio di riferimento ai fini della valutazione di conformità presentata nel presente rapporto:

PRESCRIZIONE PAC		

Verifica di Conformità

La presente sezione del documento è dedicata alla verifica di conformità alle prescrizioni del PAC delle procedure di ricognizione del contenzioso e stima da parte del servizio affari legali ovvero legali esterni incaricati dall'azienda, del rischio di soccombenza per ciascuna causa e la relativa quantificazione degli oneri da accantonare a fondo rischi.

Aspetti da verificare in ordine al punto PAC I4/ 5 – 6 - 1
1.
Evidenze (procedure, normative, etc.)

