



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n.	546	Del. 4 DIC. 2015	Atti 136/2015
------------------	-----	------------------	---------------

Oggetto: Adozione del Piano Annuale di Audit, per l'anno 2016, in attuazione della DGR X/2989 del 23.12.2014.

IL DIRETTORE GENERALE

Visti:

- il D. Lgs. 30.07.1999 n. 286 *"Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59"* che ha riformato il sistema dei controlli della Pubblica Amministrazione prevedendo l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di sistemi di controllo interno;

- la L. R. 4 giugno 2014, n. 17 *"Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia"* con cui la Giunta Regionale ha promosso, nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo degli enti del sistema regionale, la rete degli uffici di Internal Auditing;

- la **DGR X/2989 del 23.12.2014** *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"* che ha previsto dal 2015 l'ingresso degli Enti Sanitari nella Rete Regionale di Internal Audit, con l'obbligo per gli stessi di adottare un proprio Regolamento di Internal Auditing o, alternativamente, il Manuale di Internal Auditing regionale;

richiamate:

- la deliberazione aziendale n. 464 del 21.10.2015 di recepimento del Manuale Regionale di Internal Auditing;
- la deliberazione n. 494 dell'11.11.2015 di costituzione del Gruppo di Lavoro a supporto della Funzione di Internal Auditing;

ritenuto opportuno, conformemente alle indicazioni di cui alla sopracitata DGR X/2989/2014, di procedere all'adozione del Piano di Audit per l'anno 2016, da trasmettere alla Direzione Generale Salute entro il 15 dicembre 2015, secondo la bozza di documento elaborata dal Responsabile della Funzione di Internal Auditing, condivisa con la Direzione Strategica aziendale, i cui audit avranno ad oggetto i seguenti ambiti:

- **AREA AMMINISTRATIVA: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**
- **AREA SANITARIA: PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n. 546	Del. 4 DIC. 2015	Atti 136/2015
-----------------------------	-------------------------	----------------------

visti i pareri favorevoli espressi, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi degli artt. 3 e 3 bis del D.Lgs. 502/92 s.m.i.;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

- 1) di procedere all'adozione del Piano Annuale di Audit per l'anno 2016, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, i cui audit avranno ad oggetto i seguenti ambiti:
 - **AREA AMMINISTRATIVA: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**
 - **AREA SANITARIA: PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**
- 2) di trasmettere il Piano Annuale di Audit, per l'anno 2016, alla Direzione Generale Salute entro il 15 dicembre 2015;
- 3) di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R.23/2015);
- 4) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R.23/2015).

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Amedeo Tropicano)

CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(dott. Renato Malaguti)

DIRETTORE SANITARIO
(dott. Nunzio A. Buccino)

Direzione Strategica



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n.	546	Del. 4 DIC. 2015	Atti 136/2015
------------------	-----	------------------	---------------

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione é pubblicata all'Albo Pretorio online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li 4 DIC. 2015

U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
(Maria Cianchella)

L'atto si compone di n. 12 (dodici) pagine, di cui n. 9 (nove) pagine di allegati parte integrante.



546 F4 DIC. 2015
All. 1 alla delib. n... del ...12.2015

AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI



PIANO DI AUDIT - ANNO 2016



INTRODUZIONE

1. L'INTERNAL AUDITING

- 1.1 Denuncia di danno erariale
- 1.2 Denuncia penale
- 1.3 RUOLI E RESPONSABILITA'

2.PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI AUDIT

2.1.RISK ASSESSMENT

2.2. METODOLOGIA DI SISTEMA

2.3. ESECUZIONE DELL'AUDIT

- ❖ 2.3.1 DESIGNAZIONE DI ADDETTI ALL'AUDITING INTERNO
- ❖ 2.3.2 PIANIFICAZIONE E PREPARAZIONE DELL'AUDIT
- ❖ 2.3.3 RIUNIONE DI APERTURA
- ❖ 2.3.4 CONDUZIONE DELL'AUDIT
- ❖ 2.3.5 RAPPORTO PRELIMINARE, FINALE E COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
- ❖ 2.3.6 FOLLOW-UP
- ❖ 2.3.7. ARCHIVIO DEGLI INTERVENTI DI AUDIT

3. CRONOPROGRAMMA



INTRODUZIONE

Le Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario di Regione Lombardia sono chiamate sempre più a porre in essere un sistema di Risk Management aziendale che preveda lo sviluppo di un sistema integrato di controlli interni finalizzato alla verifica della congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi prefissati.

La DGR X/2989 del 23.12.2014 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2015 (c.d. regole 2015), nello specifico, l'allegato B, capitolo 2.3.6.4, in tema di Internal Audit (IA), nel sancire, a partire dal 2015, l'ingresso degli Enti Sanitari nella Rete Regionale di Internal Audit, ha previsto l'adozione da parte degli stessi Enti:*

- di un proprio Regolamento di Internal Auditing o alternativamente del Manuale di Internal Auditing regionale (approvato con Decreto DDUO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti n. 2822 del 03.04.2013);
- la predisposizione di un Piano di Audit, per l'anno 2016, da trasmettere alla Regione Lombardia entro il 15.12.2015.

1. L'INTERNAL AUDITING

Con deliberazione n. 464 del 21.10.2015 l'Azienda Ospedaliera ha adottato il Manuale Regionale di Internal Auditing recependo i principi e criteri in esso contenuti.

L'Internal Auditing si configura come attività indipendente ed obiettiva preposta alla verifica dell'adeguatezza e dell'efficacia del Sistema di Controllo Interno Aziendale.

Si pone come un controllo *sovraordinato*, a presidio dell'adeguatezza ed appropriatezza dei controlli tipici aziendali (Controllo di Gestione, Risk Management, Accreditamento, Sistema Qualità), orientato a verificare la capacità dell'Azienda di presidiare il sistema dei controlli interni, al fine di identificare e mitigare i rischi che minacciano, anche solo potenzialmente, i principi di legalità, i criteri di efficienza e di efficacia dell'azione amministrativa.

L'attività di Audit si ispira ai principi nazionali ed internazionali contenuti nel Codice Etico e negli Standard Internazionali dell'Institute of Internal Auditor di Indipendenza, Obiettività, Riservatezza e Competenza specificatamente richiamati nell'Allegato 1 del Manuale Regionale di I.A..

1.1 Denuncia di danno erariale

Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità amministrativa) deve essere presentata denuncia alla Procura regionale presso la Sezione giurisdizionale della Corte dei Conti. La valutazione della sussistenza dell'ipotesi di danno erariale viene condivisa con il Responsabile del Settore Audit Interno ai fini delle eventuali comunicazioni alle autorità competenti.

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 Responsabile del Settore Audit Interno



informerà le Direzioni e i vertici degli enti interessati dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale.

1.2 Denuncia penale

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio deve esserne fatta denuncia senza ritardo. La valutazione della sussistenza dell'ipotesi di reato viene condivisa con il responsabile del Settore di Audit Interno ai fini delle eventuali comunicazioni alle autorità competenti.

La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti (articolo 332 c.p.p.).

Qualora gli elementi emersi, pur non integrando una notizia di reato, possano comunque ritenersi rilevanti per l'applicazione della legge penale, il Responsabile del Settore Audit Interno invierà una segnalazione al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria.

1.3 RUOLI E RESPONSABILITA'

Conformemente alle recenti disposizioni regionali vigenti in materia, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto alla nomina del Responsabile della Funzione di Internal Auditing che assiste la Direzione Strategica nella pianificazione del programma di Audit.

Con deliberazione n. 499 dell'11.11.2015 è stato costituito un Gruppo di lavoro a valenza multidisciplinare formato dai Dirigenti Responsabili dei controlli tipici funzionali: Controllo di Gestione, Risk Management, Accreditamento, Sistema Qualità, Controllo flussi informativi, ecc.; Il Team di lavoro ha il compito principale di supportare il Responsabile dell'Internal Auditing nella fase di *Risk Assessment*, cioè di valutazione del rischio al fine di individuare le priorità di intervento, di esecuzione degli audit e del monitoraggio dei risultati degli audit.

2. PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI AUDIT

Il presente piano intende identificare gli ambiti di azione e le attività oggetto degli audit che verranno espletati nell'arco temporale di un anno, sulla base degli interventi prioritari individuati.

Il Piano di Audit si articolerà in diverse fasi:

- fase di valutazione di Risk assessment
- fase di individuazione delle aree o funzioni da sottoporre ad auditing risultate "più a rischio" ad esito del processo di *Risk Assessment*
- fase operativa di auditing.

Obiettivi del piano sono:

- rispondere alle aspettative del Management in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi;



- verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento;
- accertare attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle raccomandazioni e dei piani d'azione relativi agli audit effettuati.

2.1. RISK ASSESSMENT

Il Risk Assessment è il processo di identificazione dei rischi propedeutico alla formazione del presente Piano.

Nella conduzione del processo di Risk Assessment, tra le fonti informative prese in considerazione, una forte sollecitazione nella identificazione delle aree, ha avuto la normativa in materia di prevenzione della corruzione, da ultimo le prescrizioni contenute nella Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 che hanno fornito alle Aziende Sanitarie indicazioni specifiche in ordine alla introduzione, nei Piani di Prevenzione della Corruzione triennio 2016-2018 (da adottare entro il 31.01.2016), di un maggior numero di *"misure di prevenzione concrete ed efficaci traducibili in azioni precise, fattibili e verificabili nella loro effettiva realizzazione"*.

Con la predetta Determinazione l'Autorità Anticorruzione, ribadendo la sussistenza di una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione, ha distinto i rischi in ambito sanitario (intesi come rischi correlati a comportamenti e/o condizioni legati ad una non corretta e/o non trasparente *governance* amministrativa) in:

Aree di rischio generali:

- ❖ contratti pubblici
- ❖ incarichi e nomine
- ❖ gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- ❖ controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

Aree di rischio specifiche:

- ❖ attività libero professionale e liste di attesa
- ❖ rapporti contrattuali con privati accreditati
- ❖ farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- ❖ attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

2.2 METODOLOGIA ADOTTATA

In considerazione:

- dell'analisi di contesto interno (strutturale ed organizzativo) ed esterno;
- del carattere sperimentale dell'attività di IA non fondata su precedenti esperienze similari;

l'Universo di Audit (cioè l'insieme di aree o funzioni da sottoporre all'attività di risk assessment) è stato circoscritto alle sotto elencate macro-aree in quanto il livello di approfondimento della



mappatura dei processi è stato commisurato al livello effettivo di sostenibilità della fase di controllo:

- **Area amministrativa: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**
- **Area Sanitaria: PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

La scelta delle macroaree oggetto è stata condizionata:

- dai recenti interventi legislativi e dalle determinazioni dell'ANAC in materia di prevenzione della corruzione;
- dai disposti normativi di Regione Lombardia che individua da anni, come ambito prioritario di intervento, l'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- dal livello di esposizione ai rischi secondo una valutazione complessiva del rischio avvenuta:
 - al "loro" del controllo (c.d. "*rischio inerente*") ossia non tenendo conto dell'effetto del controllo di linea realizzato dal Responsabile delle aree prescelte),
 - per tipologie di rischio: se trattasi di rischi **strategici** (che impattano sulle strategie e pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi del Management), di rischi **di processo** (impattano sulla normale operatività dei processi e pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi di efficienza/efficacia, di qualità dei servizi erogati), di rischi **di informativa** (rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni che possono impedire un'adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative);
 - per la combinazione di due fattori (in applicazione della matrice RACM) quali la *probabilità di accadimento* e l'*impatto*.

Per **PROBABILITA'** si intende la possibilità che un evento si verifichi.

Per **IMPATTO** si intende l'effetto derivante dal verificarsi dell'evento in termini di maggior spese o altri effetti non previsti a carico del bilancio (impatti finanziari) o in termini di deviazioni dal corretto procedimento amministrativo (impatto da non conformità senza ricadute finanziarie) o ancora in termini di difficoltà operative, ritardi e/o anomalie nello svolgimento delle attività e nell'erogazione dei servizi.

Con particolare riferimento al metodo di lavoro, nell'ambito delle suindicate aree di interesse prioritario, si procederà all'effettuazione del **controllo di regolarità amministrativa successivo** cioè alla verifica, *ex post*, degli aspetti procedurali e di regolarità degli atti amministrativi.



2.3. ESECUZIONE DELL'AUDIT

Per entrambe le aree assoggettate all'Audit, la selezione casuale riguarderà un campione stabilito di volta in volta dal Responsabile della Funzione di IA, in misura variabile a seconda della numerosità di atti di ciascun insieme, nell'ambito di un intervallo che riguarderà non meno dell'1% e non più del 10% di ciascuna FAMIGLIA DI ATTI O DI PROCEDURE.

❖ 2.3.1 INDIVIDUAZIONE DEGLI AUDITOR

Il Responsabile IA, nell'espletamento dell'attività di controllo, si avvarrà di auditor individuati tra il personale sanitario ed amministrativo dotato di competenze ed esperienza nel settore. Avranno il compito di:

- elaborare analisi, valutazioni, raccomandazioni sulle attività esaminate, prevedendo ed evidenziando situazioni di rischio e/o inefficienze;
- valutare il grado di aderenza dell'operato delle Strutture auditate alle procedure aziendali ed alla normativa di riferimento.

Gli auditor dovranno essere indipendenti dalle attività oggetto di verifica e non aver partecipato alla loro gestione.

A tal fine l'Azienda Ospedaliera intenderà, nel corso del 2016, avviare gli auditor individuati ad un percorso formativo ad hoc.

❖ 2.3.2 PIANIFICAZIONE E PREPARAZIONE DELL'AUDIT

I controlli mediante audit dovranno, di norma, essere comunicati in anticipo, attraverso lettera di avvio dell'Audit a firma del Direttore Generale, in modo da permettere alla Struttura auditata di garantire il necessario supporto all'espletamento del controllo stesso.

In questa fase il Dirigente/Direttore della U.O. auditata dovrà mettere a disposizione tutti gli elementi utili alla conoscenza dell'attività (documentazione, procedure, regolamenti, atti, certificazioni, ecc....) e del campionamento da verificare.

Per ogni audit verranno specificatamente individuati gli auditor assegnati all'intervento.

❖ 2.3.3 RIUNIONE DI APERTURA

Nella riunione di apertura verranno comunicati alla U.O. auditata gli obiettivi, l'ambito dell'audit, i tempi, i documenti da predisporre in relazione a tutti od alcuni dei processi. Al riguardo si procederà a definire un campionamento delle attività da sottoporre a verifica.

Alla riunione di apertura verrà coinvolto il Dirigente della U.O. auditata, i propri collaboratori, gli auditor coinvolti, il Responsabile della funzione di IA. Della riunione verrà redatto verbale.

❖ 2.3.4. CONDUZIONE DELL'AUDIT

L'audit si concretizzerà, in primis, nell'analisi della documentazione acquisita dalla U.O. auditata (normativa di riferimento, procedure, regolamenti, funzionigramma, ecc...), successivamente nell'effettuazione di interviste al Responsabile della Struttura ed ai propri collaboratori attraverso l'eventuale utilizzo di una check-list predefinita.



La check list predefinita conterrà l'elencazione degli indicatori di analisi di procedura, oltre che di controllo amministrativo, validi per tutti i procedimenti/ attività oggetto di audit.

La valutazione dell'atto, in coerenza con gli indicatori predeterminati nella scheda analitica di controllo, sarà effettuata dal responsabile IA unitamente al Gruppo di lavoro con cui verrà redatto il rapporto finale.

❖ 2.3.5 RAPPORTO PRELIMINARE, FINALE E COMUNICAZIONE DEI RISULTATI

L'attività compiuta dagli auditor, disgiuntamente o congiuntamente al Responsabile della Funzione IA verrà rendicontata nel *Rapporto Preliminare*.

I contenuti del Rapporto Preliminare verranno discussi con il Dirigente della U.O. auditata, eventualmente alla presenza dei componenti del Gruppo di lavoro, nel corso della seduta di chiusura nella quale verranno valutate le non conformità rilevate e le misure necessarie per mitigare il livello di rischio.

Al termine degli incontri con le U.O. auditate verrà redatto il *Rapporto Finale* riportante i seguenti dati:

- destinatari del rapporto;
- oggetto dell'audit;
- data delle sedute e delle verifiche;
- indicatori adottati nella verifica;
- rilievi emersi;
- possibili azioni di miglioramento;
- sintesi sul livello di conformità/adequatezza dei sistemi di controllo interni;
- previsioni di follow-up;
- data e firme di chi ha partecipato all'audit.

Il Rapporto Finale, debitamente firmato, verrà inviato in copia al Dirigente della U.O. sottoposta a controllo entro cinque giorni dalla redazione dello stesso.

In caso di assenza di criticità il Responsabile della U.O. auditata ne curerà la conservazione. Nel caso in cui il Rapporto contenga segnalazioni di irregolarità/non conformità, il Dirigente Responsabile valuterà la percorribilità di interventi correttivi.

Qualora dagli esiti del processo di controllo emergeranno eventuali profili di responsabilità (penali, amministrative, contabili, disciplinari), resta ferma l'attivazione delle relative procedure.

❖ 2.3.6 FOLLOW-UP

E' il processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive effettuato dal Responsabile IA sulla base delle risultanze di cui al Rapporto Finale.

Spetta al Responsabile dell'IA definire natura, grado di approfondimento e tempistica del follow-up, in funzione:

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



A seconda della rilevanza delle eccezioni riscontrate:

- per le azioni di bassa priorità oppure da attuarsi in relazione al verificarsi di nuove iniziative, il follow-up potrà rientrare in un successivo incarico di audit sulla stessa area;
- per le azioni di priorità media e alta, il follow-up dovrà essere programmato tempestivamente alla scadenza prevista per la loro attuazione.

Le azioni di miglioramento che discenderanno dai follow-up dovranno essere integrate nel Piano di Miglioramento dell'Organizzazione aziendale (PIMO) oltre che negli altri documenti programmatici quali il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Modello Organizzativo del Codice Etico (ex 231/2001), il Piano delle Performance, ecc.

❖ 2.3.7. ARCHIVIO DEGLI INTERVENTI DI AUDIT

Per ogni intervento di Audit viene creato un fascicolo, agli atti dell'Ufficio della Funzione di IA, che raccoglie la documentazione utilizzata, i verbali delle sedute, gli atti, la normativa acquisita, le informazioni raccolte e le risultanze conclusive.

3. CRONOPROGRAMMA

Le attività di auditing, nell'anno 2016, verranno realizzate secondo le tempistiche riportate nel cronoprogramma:

ADEMPIMENTI	SOGGETTI	TERMINI
Fase di valutazione di Risk assessment	Gruppo di lavoro	31.03.2016
Incontro preliminare con le UO auditate per individuazione delle tipologie di processi e procedimenti e la classificazione dei singoli atti che lo compongono da sottoporre a verifica.	Gruppo di lavoro, Responsabile IA., auditors	30.04.2016
Pianificazione degli audit	Gruppo di lavoro, Responsabile IA., auditors	15.05.2016
Fase operativa di auditing	Gruppo di lavoro, Responsabile IA, auditors	01.06.2016
Rapporto preliminare che verrà discusso con il Responsabile IA congiuntamente al Gruppo di lavoro aziendale e al responsabile delle UUOO auditate	Responsabile IA, Gruppo di lavoro, Responsabili UUOO auditate	30.09.2016
Follow up azioni di miglioramento	Responsabile IA Responsabili U.O.auditate	15.11.2016