



0392 28 FEB. 2019

Pag. 1

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, Atti n. 1644/2015 all.28

avente come oggetto: "Aggiornamento del Regolamento delle attività di Internal Audit"

### ATTESTAZIONE REGOLARITA' ISTRUTTORIA E LEGITTIMITA' DEL PROVVEDIMENTO

#### 1. Breve esposizione del contenuto della determinazione

Aggiornamento del Regolamento delle attività di Internal Audit

#### Estremi relativi ai principali documenti e/o normative citate

- DGR 2524 del 24 novembre 2011
- Legge regionale n. 17 del 4 giugno 2014
- DGR n. 1292/2014 del 30 gennaio 2014
- Nota prot. 30876 del 20.3.2014
- DGR N° XI / 1046 Seduta del 17/12/2018
- Determinazione del Direttore Generale n. 0181 del 30 gennaio 2018 "Modificazione del regolamento delle attività di Internal Audit ed aggiornamento dell'allegato 3 con la pianificazione delle attività per l'anno 2018"

#### Attestazione contabile

La presente determina non comporta oneri

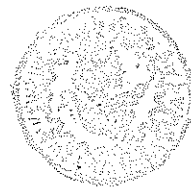
Pratica gestita da Silvana Castaldi

Responsabile del procedimento

UOC Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico e Privacy

Prof.ssa Silvana Castaldi





0392

12 8 FEB. 2019

Pag. 2

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, Atti n. 1644/2015 all.28

### ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA/PATRIMONIALE

Il costo complessivo di € \_\_\_\_\_ sarà imputato nel BPE così come segue:

BILANCIO	N. CONTO E DESCRIZIONE	N. IMPEGNO	PROGETTO	IMPORTO 2017	IMPORTO 2018	IMPORTO 2019	TOTALI
SAN	now u sono anno A anno				2018 2019		
Totale							
RIC							
Totale							
TOTALE							

Milano, \_\_\_\_\_

Il Direttore della UOC Economico-Finanziaria

(Dott. Roberto Alberti)





0392 128 FEB. 2019

Pag. 3

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Atti n. 1644/2015 all.28

**OGGETTO: "AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT".**

**IL DIRETTORE GENERALE**

su proposta del DIRETTORE della UOC Qualità Appropriatezza Rischio Clinico e Privacy

**VISTI** i Decreti Legislativi n. 286/1999 e n. 165/2001, nelle rispettive versioni vigenti, per quanto attiene alle disposizioni sui controlli interni alle Pubbliche Amministrazioni;

**VISTE** le Leggi Regionali:

- n. 30 del 27 dicembre 2006 che, in attuazione dello Statuto di Regione Lombardia, ha istituito il Sistema Regionale costituito dalla Regione e dagli Enti individuati negli allegati 1 e 2 della stessa Legge;
- n. 14 del 6 agosto 2010 che, secondo quanto stabilito dalla Legge di cui al capoverso precedente, ha differenziato la forma di partecipazione degli Enti al Sistema Regionale sulla base della loro tipologia;

**DATO ATTO** che:

- con DGR n. 1292 del 30 gennaio 2014 Regione Lombardia ha definito le direttive agli Enti e alle Società del sistema regionale in merito alla tipologia dei controlli con particolare riguardo alla funzione di Internal Auditing;
- con DGR n. 2989 del 23 dicembre 2014 (Regole 2015) è stato previsto che ogni Azienda approvi un proprio regolamento di Internal Auditing e rediga la Pianificazione annuale dell'attività di audit per il 2016, da trasmettere entro il 15 dicembre 2015 alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'area del portale PIMO (Piano Integrato Informativo per il miglioramento dell'Organizzazione) (Allegato 3);

**RICHIAMATE:**

- la deliberazione consiliare n. 49 del 15.9.2016 avente ad oggetto "Modalità di adozione dei Regolamenti";
- la determinazione del Direttore Generale n. 0181 del 30 gennaio 2018 "Modificazione del regolamento delle attività di Internal Audit ed aggiornamento dell'allegato 3 con la pianificazione delle attività per l'anno 2018";

**RITENUTO** di dover provvedere all'aggiornamento del regolamento delle attività di Internal Audit in alcune sue parti ed in particolare rispetto alla cessazione delle attività di internal audit tra gli IRCCS pubblici ed ai contenuti dell'allegato tre che non conterrà più dall'anno 2019 la pianificazione annuale delle attività di Internal Audit;

**PRECISATO**, al riguardo, che è stata data informativa, nella seduta del 25 gennaio 2018, al Consiglio di Amministrazione della Fondazione, che ha autorizzato il Direttore Generale a procedere con propria determinazione all'assunzione del Regolamento in discorso;

**VISTA** l'attestazione di regolarità istruttoria e di legittimità del provvedimento;

13





0392 8 FEB. 2019

Pag. 4

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, Atti n. 1644/2015 all.28

**VISTA** l'attestazione di copertura economica;

**DATO ATTO** che le predette attestazioni costituiscono parte integrante del presente atto;

**DATO ATTO**, altresì, che il Responsabile del procedimento è il Direttore della UOC Qualità Appropriatezza Rischio Clinico e Privacy;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario

### DETERMINA

Per tutti i motivi in premessa indicati:

1. di approvare il Regolamento aggiornato di Internal Audit con i relativi allegati, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, precisando che le modifiche riguardano la cessazione delle attività di Internal Audit tra gli IRCCS pubblici ed i contenuti dell'allegato tre che non comprenderà più dall'anno 2019 la pianificazione annuale delle attività di Internal Audit;
2. di dare atto che la presente determinazione non comporta oneri;
3. di dare atto che le attestazioni richiamate in premessa formano parte integrante del presente atto;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo online dell'Azienda, dando atto che lo stesso è immediatamente esecutivo (art. 17 comma 6, L.R. n.33/2009 così come sostituito dall'art.1 della L.R. n.23/2015);
5. di disporre l'invio della presente determinazione alle Unità Operative interessate.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Ezio Belleri)

DIRETTORE SANITARIO  
(Dr.ssa Laura Chiappa)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Fabio Agnò)

REGISTRATA NELL'ELENCO DELLE DETERMINAZIONI  
IN DATA 29 FEB. 2019 N. 0392

UOC proponente	Qualità Appropriatezza Rischio Clinico e Privacy	
Responsabile del procedimento:	Silvana Castaldi	
Pratica gestita da	Silvana Castaldi	





UOC Qualità, Internal Auditing e Privacy

Direttore: Prof.ssa Silvana Castaldi

Tel. 02 5503.8342 - Fax 02.5503.3144 - mail: [qualita@policlinico.mi.it](mailto:qualita@policlinico.mi.it) - [silvana.castaldi@policlinico.mi.it](mailto:silvana.castaldi@policlinico.mi.it)

## REGOLAMENTO DELLE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT

- 1 OGGETTO .....
- 2 SCOPO.....
- 3 CAMPO DI APPLICAZIONE .....
- 4 RIFERIMENTI.....
- 5 RESPONSABILITA' .....
- 6 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....
- 7 CONTENUTO (DESCRIZIONE ARTICOLI).....
- 8 ALLEGATI .....

Responsabile del procedimento	Silvana Castaldi	Firma
Pratica trattata da Silvana Castaldi		
Validazione (Provvedimento N. .... del gg/ mm/aa)		





## 1 OGGETTO

Con le "Regole di sistema 2015 - ambito sanitario" (Allegato B della D.G.R. 23 dicembre 2014, n. X/2989), Regione Lombardia ha stabilito di inserire nella Rete di Internal Auditing tutti gli Enti Sanitari che, pertanto, devono dotarsi di un proprio Regolamento in materia.

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

L'attività di Internal Auditing è regolata a livello internazionale dai relativi Standard professionali emanati dall'I.I.A. (Institute of Internal Auditors) che, tra l'altro, ha redatto un Codice Etico con i Principi e le Regole di condotta (Integrità, Obiettività, Riservatezza, Competenza) cui gli auditor devono conformarsi (Allegato 1).

A tali principi si ispira anche il presente Regolamento.

Gli obiettivi strategici della Funzione di I.A. consistono nel verificare la funzionalità del sistema di controllo interno, che mira a migliorare l'efficacia/efficienza dell'attività di controllo, razionalizzandola in funzione dei rischi, individuare i punti di debolezza dei processi aziendali, ridurre gli impatti economici dei rischi e validare modelli interni.

## 2 SCOPO

Il presente Regolamento descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati per l'attività di auditing.

## 3 CAMPO DI APPLICAZIONE

I destinatari del Regolamento sono la Direzione Strategica, i Responsabili della funzione di Internal Auditing (di seguito in breve "Responsabili I.A."), i Team di Auditor (di seguito in breve "Team I.A."), tutte le Strutture e i Servizi a qualunque titolo interessati all'attività di auditing.

L'obiettivo che si intende perseguire attraverso il Regolamento è quello di definire la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli.

Il Regolamento potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing. Le revisioni del Regolamento dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'adozione dello stesso.

## 4 RIFERIMENTI

- Decreti Legislativi 286/1999 e 165/2001, nelle rispettive versioni vigenti, per quanto attiene alle disposizioni sui controlli interni alle Pubbliche Amministrazioni;





- Legge Regionale n. 30 del 27 dicembre 2006 che, in attuazione dello Statuto di Regione Lombardia, ha istituito il Sistema Regionale costituito dalla Regione e dagli Enti individuati negli allegati 1 e 2 della stessa Legge;
- Legge Regionale n. 14 del 6 agosto 2010 che, secondo quanto stabilito dalla Legge di cui al capoverso precedente, ha differenziato la forma di partecipazione degli Enti al Sistema Regionale sulla base della loro tipologia;
- DGR 2524 del 24 novembre 2011 con la quale la Regione ha stabilito le modalità di esercizio dell'attività di vigilanza e controllo sugli Enti appartenenti al Sistema Regionale finalizzati al perseguimento di obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
- Legge regionale n. 17 del 4 giugno 2014 in cui si stabilisce che il controllo regionale non sostituisce e non duplica i controlli interni posti in essere dagli Enti ma si aggiunge e si avvale degli stessi nell'ottica di cooperazione al miglioramento dei sistemi di gestione e controllo;
- DGR n. 1292/2014 del 30 gennaio 2014 con la quale Regione Lombardia ha definito le direttive agli Enti e alle Società del sistema regionale in merito alla tipologia dei controlli con particolare riguardo alla funzione di Internal Auditing;
- Nota prot. 30876 del 20.3.2014 con la quale la Direzione Centrale Legale, Legislativo, Istituzionale e Controlli Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti Audit SIREG ha chiesto ad ogni Azienda Sanitaria l'individuazione del responsabile della funzione di Internal Auditing;
- DGR n.2989 del 23 dicembre 2014 cd. "Regole 2015" in cui si prevede che ogni Azienda approvi un proprio regolamento di Internal Auditing e rediga la Pianificazione annuale dell'attività di audit per il 2016, da trasmettere entro il 15 dicembre 2015 alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'area del portale PIMO (Piano Integrato Informativo per il miglioramento dell'Organizzazione);
- le DGR sulle determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario che ogni anno vengono emanate e che contengono indicazioni per le attività di I.A. e le scadenze per la presentazione agli organi regionali delle attività svolte.

## 5 RESPONSABILITÀ

L'I.A. è un'attività indipendente, pertanto la relativa Funzione aziendale, per svolgere il suo compito in modo obiettivo, dovrà godere della necessaria autonomia, libera da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti di interesse individuali, limitazioni del campo di azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di dipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verifica o difficoltà analoghe.

La responsabilità della Funzione di I.A. è assegnata ad un Dirigente/Funziionario, posizionato nell'organizzazione in staff al Direttore Generale o Direttore Sanitario e solo al Direttore Generale dovrà relazionare e rispondere per tutte le proprie attività.





In attuazione di quanto precede, la Direzione Generale attribuisce alla Funzione I.A. le risorse ritenute necessarie per adempiere al suo mandato e ne supporta l'attività per consentirle di conseguire i relativi obiettivi.

Nell'ambito degli IRCCS pubblici, fino all'anno 2016 l'attività di I.A. è stata effettuata da un Gruppo ad hoc, formato dai Responsabili I.A. dei 4 IRCCS pubblici. Ma dal 2017 l'attività di I.A. è svolta in autonomia da ogni IRCCS.

Il Team di I.A. vede i suoi componenti nominati dal Direttore Generale, e vi devono essere presenti le seguenti competenze:

- Legali (Laurea in Giurisprudenza)
- Economiche (Laurea in Economia e Commercio, ovvero esperienza contabile)
- Qualità (Laurea in Medicina e Chirurgia, nelle Professioni Sanitarie, Lauree non Mediche ovvero esperienza nelle valutazioni di parte terza)
- Informatiche (Laurea in Ingegneria, Ingegneria gestionale, ovvero esperienza in progettazione e sicurezza informatica).

Al Team I.A. afferiscono anche altre competenze a cui il Responsabile I.A. potrà attingere di volta in volta al bisogno, in occasione di valutazioni di processi specifici e complessi e che richiedano competenze differenti da quelle proprie del Team I.A.

Al Responsabile I.A. compete:

- assistere la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- redigere il Piano di Audit;
- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del Piano di Audit adottato;
- approvare i rapporti finali di audit
- individuare e proporre le azioni migliorative;
- attivare consulenze interne, qualora ve ne sia il bisogno per carenza di competenze adeguate necessarie ai Team I.A., per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit;
- partecipare agli specifici corsi di formazione e/o aggiornamento.

Al Team I.A. compete:

- partecipare alle attività di audit;
- raccogliere, ordinare ed archiviare tutta la documentazione e le evidenze necessarie ad effettuare gli audit e a supportare le conclusioni tratte nel corso degli stessi;
- redigere le bozze dei verbali degli audit e dei rapporti preliminari e finali;
- individuare e proporre le azioni migliorative;
- aggiornare le tavole di follow up al termine di ciascun intervento di audit;
- collaborare alla revisione del Regolamento;
- partecipare agli specifici corsi di formazione e/o aggiornamento.







## 6 DEFINIZIONI

Allegato 2 elenca la terminologia in uso nella materia

## 7 CONTENUTO

### FUNZIONE ED ATTIVITA'

L'attività di I.A. è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno della Fondazione e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).

In particolare, la funzione di I.A., adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurre l'impatto, assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementa misure idonee per ridurli. Grazie all'analisi sui processi, la Funzione contribuisce a individuare al loro interno eventuali aree e opportunità di miglioramento.

Secondo tali premesse, la Funzione di I.A. fornisce suggerimenti volti a migliorare il processo di *governance* con lo scopo di:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici nell'organizzazione;
- migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'*accountability*;
- comunicare informazioni su rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra il Direttore, l'organismo di certificazione, gli *internal auditor* e il *management*.

Premesso che l'attività della Pubblica Amministrazione si palesa necessariamente attraverso atti scritti, il compito del Responsabile I.A. e del Team I.A. è quello di:

- identificare e valutare i fattori di rischio, tramite analisi dei processi basata sul rischio (risk based)
- verificare e monitorare la regolarità degli atti adottati dalla Fondazione, nonché la regolarità dei processi che hanno portato all'adozione dei suddetti atti e gli eventuali scostamenti rispetto alle leggi, alle norme, alle regole e alle disposizioni interne;
- verificare l'affidabilità dei sistemi di controllo;
- avanzare proposte di modifica regolamentari o altri suggerimenti volti a superare le difficoltà riscontrate.





In quest'ottica, il controllo di auditing si ispira al principio di autotutela della amministrazione che, nell'ipotesi in cui ravvisi in propri atti elementi di irregolarità o di illegittimità, può procedere a rettificarli, integrarli o annullarli.

Il Responsabile I.A. e il Team I.A. hanno una funzione di verifica indipendente operante all'interno dell'IRCCS con la finalità di analizzarne e valutarne le attività e hanno come obiettivo quello di prestare assistenza a tutti i componenti dell'organizzazione, nonché di fornire supporto al vertice aziendale.

## TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

L'attività di I.A., riferita ai principali obiettivi del controllo interno nelle organizzazioni, 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)**
- l'efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: **audit operativo (operational audit)**
- l'attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): **audit finanziario - contabile (financial audit)**.

Ulteriori tipologie di audit sono:

- **IT audit:** per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle informazioni trattate, etc.), alle normative vigenti (livelli di sicurezza e di affidabilità, etc.), etc.
- **audit direzionale:** per analizzare definizione e 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.

## Art. 1

### Identificazione e valutazione del rischio (Risk Assessment)

La prima fase dell'attività di I.A. è costituita dal Risk Assessment, ossia da un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi per individuare le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dal management.

Il Risk Assessment rappresenta l'analisi preliminare utile per la stesura del Piano di Audit e può essere definito dai Responsabili I.A., o costituito dai Modelli Organizzativi contenenti le mappature dei processi sensibili già presenti a vario titolo in Fondazione.





## **Art. 2** **Pianificazione**

La seconda fase consiste nella individuazione, sulla base del risk assessment, dei processi da sottoporre ad auditing nell'ambito di un Piano (di seguito in breve "Piano I.A.") predisposto con periodicità annuale e approvato con determina del Direttore Generale.

Il Piano I.A. viene approvato con provvedimento del Direttore Generale con la tempistica prevista per ogni anno dalla Delibera delle regole di funzionamento del servizio socio sanitario regionale e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare successivo. Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni; eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

Il Piano I.A. viene redatto secondo le proposte del Responsabile I.A., individua le attività da svolgere e le relative strutture interessate, senza escludere eventuali azioni autonome di altro livello, come tipologie di operazioni specifiche, nel caso queste presentino criticità particolari.

Il Piano prevede anche le risorse da destinarsi alle attività comprese al suo interno, in termini quantitativi e di competenza.

I requisiti minimi del Piano I.A. consistono nelle specifiche di:

- processo e/o procedura oggetto di audit
- tipo e obiettivo dell'audit
- criteri di valutazione
- strumenti di supporto e di rilevazione
- modalità di comunicazione agli interessati del calendario e delle specifiche del singolo audit
- responsabile e/o referente interno alle strutture interessate per la fase di istruttoria e verifica sul campo
- modalità di comunicazione dei risultati agli interessati e alla Direzione Generale.

## **Art. 3** **Rapporto**

A chiusura dei lavori il Responsabile I.A. e il Team I.A. predispongono un Rapporto Preliminare dove saranno esplicitate le Non Conformità/Raccomandazioni rilevate e sarà discusso durante la riunione di chiusura con il personale della struttura coinvolta definendo le Azioni Correttive e/o Preventive da mettere in atto. I Team I.A. quindi stileranno il Rapporto Finale dove saranno esplicitate le eventuali osservazioni della Struttura auditata qualora non condividesse le Non Conformità rilevate. In questo documento saranno definiti i responsabili delle Azioni da intraprendere e la data limite previste per la loro applicazione.

L'attività del Responsabile I.A. e del Team I.A. prosegue con il follow-up, ossia con il monitoraggio/verifica della Azioni Correttive da parte della struttura. Il tutto sarà verbalizzato e comunicato per iscritto al Direttore Generale dell'IRCCS auditato.

**Art. 4****Archiviazione**

Per ciascun intervento di audit viene creato un fascicolo contenente tutte le evidenze atte a documentare l'attività di audit.

La Funzione I.A. dell'IRCCS conserva tutta la documentazione relativa all'attività di audit. Il materiale viene fascicolato e custodito all'interno di apposito armadio che consenta di mantenere la segretezza degli atti.

**Art. 5****Obbligo di denuncia*****Denuncia di danno erariale***

Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale), la denuncia va redatta sulla base delle rilevazioni del Responsabile e del Team I.A. e deve contenere tutti gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione del danno.

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 I.A., informerà per iscritto il Direttore Generale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale.

***Denuncia penale***

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio, il Responsabile I.A. deve farne denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dal Responsabile I.A. è inviata al Pubblico ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria, con contestuale informativa per iscritto al Direttore Generale dell'IRCCS auditato.

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

**Art. 6****Formazione**

Il personale assegnato alla Funzione di I.A., infine, per svolgere il suo compito con la dovuta competenza, altro principio costitutivo nell'attività degli *internal auditor*, deve seguire un percorso formativo adeguato, migliorando continuamente la propria preparazione professionale in materia.

Il Responsabile della Funzione di I.A. individua l'istruzione da fornire al personale mediante formazione interna, esterna, tirocini, etc.; le esigenze formative vengono inserite nel relativo piano annuale a seguito della rilevazione del fabbisogno formativo aziendale.

La formazione del Team I.A. deve svilupparsi su due direttrici: quella professionale (linee guida, normativa specifica, etc.) e quella generale di conoscenza dell'Ente e dei suoi processi, con particolare riguardo all'organizzazione, alle sue regole, alle attività e ai controlli interni. La formazione comprenderà anche l'esigenza di presentare l'I.A. a tutte le funzioni della Fondazione, per acquisire una partecipazione informata, e condivisa, sull'attività, affinché l'intervento di I.A. sia efficace e costituisca un interesse comune dell'organizzazione.





Per tutto ciò che risultasse necessario rispetto all'attività di IA, non compreso nel presente documento, si potrà fare riferimento al Manuale di Internal Auditing di Regione Lombardia (Decreto DDUO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti n. 2822 del 3.4.2013) e da quanto riportato in Allegato 3.

## 8 ALLEGATI

Allegato 1 Codice Etico di Internal Auditing  
Allegato 2 Terminologia in uso nella materia  
Allegato 3 Piano Internal Audit







UOC Qualità, Internal Auditing e Privacy

Direttore: Prof.ssa Silvana Castaldi

Tel. 02 5503.8342 - Fax 02.5503.3144 - mail: [qualita@policlinico.mi.it](mailto:qualita@policlinico.mi.it) - [silvana.castaldi@policlinico.mi.it](mailto:silvana.castaldi@policlinico.mi.it)

## Allegato 1

### CODICE ETICO DI INTERNAL AUDITING

Il Codice Etico enuncia i principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza che caratterizzano l'esercizio della funzione di Internal Auditing (IA), fornendo altresì le Regole di Condotta.

**Premessa.** Lo scopo del Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors è di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di internal auditing.

L'IA 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 valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance.

Il codice etico è uno strumento necessario ed appropriato per l'esercizio dell'attività professionale di IA, che è fondata sulla fiducia indiscussa nell'obiettività dei suoi servizi di assurance riguardanti la governance, la gestione dei rischi e il controllo.

Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors si estende oltre la Definizione di IA per includere due componenti essenziali:

1. i **Principi** fondamentali per la professione e la pratica dell'IA;
2. le **Regole di Condotta** che descrivono le norme comportamentali che gli internal auditor sono tenuti ad osservare. Queste regole sono un aiuto per orientare l'applicazione pratica dei Principi e intendono fornire agli internal auditor una guida di comportamento professionale.

Il termine internal auditor si riferisce ai membri dell'Institute of Internal Auditors, ai detentori delle certificazioni professionali rilasciate dall'Institute, a coloro che si candidano a riceverle e a tutti coloro che svolgono attività di IA secondo la Definizione di IA.

**Applicabilità ed attuazione.** Il Codice Etico si applica sia ai singoli individui sia alle strutture che forniscono servizi di IA.

Il mancato rispetto del Codice Etico da parte dei membri dell'Institute, dei detentori delle certificazioni professionali e di coloro che si candidano a riceverle, sarà valutato e sanzionato secondo le norme previste nello Statuto e nelle "Administrative Directives" dell'Institute.





Il fatto che non siano esplicitamente menzionati nel Codice non toglie che certi comportamenti siano inaccettabili o inducano discredito e quindi che possano essere passibili di azione disciplinare.

**Principi.** L'internal auditor è tenuto ad applicare e sostenere i seguenti principi:

### **1. Integrità**

L'integrità dell'internal auditor permette lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.

### **2. Obiettività**

Nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il processo in esame, l'internal auditor deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale. L'internal auditor deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.

### **3. Riservatezza**

L'internal auditor deve rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, salvo che lo impongano motivi di ordine legale o deontologico.

### **4. Competenza**

Nell'esercizio dei propri servizi professionali, l'internal auditor utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

### **Regole di Condotta**

#### **1. Integrità**

L'internal auditor:

1.1 Deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità.

1.2 Deve rispettare la legge e divulgare all'esterno solo se richiesto dalla legge e dai principi della professione.

1.3 Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.

1.4 Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e legittimi.







## 2. Obiettività

L'internal auditor:

2.1 Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.

2.2 Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione.

2.3 Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa fornire un quadro alterato delle attività analizzate.

## 3. Riservatezza

L'internal auditor:

3.1 Deve acquisire la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico.

3.2 Non deve usare le informazioni ottenute né per vantaggio personale, né secondo modalità che siano contrarie alla legge o di nocimento agli obiettivi etici e legittimi dell'organizzazione.

## 4. Competenza

L'internal auditor:

4.1 Deve effettuare solo prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.

4.2 Deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli Standard internazionali per la Pratica Professionale dell'IA.

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

Le caratteristiche fondamentali dell'attività, ispirate ai principi e agli standard dell'IA, sono:

- **Indipendenza del sistema di controllo.** Il responsabile e gli addetti al controllo devono essere indipendenti dalle attività oggetto della verifica per consentire valutazioni imparziali e obiettive; si ottiene con un'adeguata collocazione organizzativa. L'indipendenza si consolida se il responsabile della funzione di IA è designata dal Vertice aziendale (standard n.1100) ed è più garantita quando il servizio viene affidato a una struttura collegiale composta da membri interni e esterni.



- **Imparzialità.** Le finalità, i poteri e le responsabilità della funzione di IA sono definiti in una formale assegnazione di incarico, cui fa seguito la presentazione, da parte del responsabile incaricato, di un piano annuale di auditing (dove sono esplicitati gli strumenti di rilevazione) che, una volta approvato, viene divulgato all'interno della Fondazione e vincola l'ambito di azione; la standardizzazione degli strumenti di controllo garantisce una valutazione omogenea nella rilevazione delle informazioni.

- **Contestualità/utilità.** Peculiare dei controlli di regolarità contabile e amministrativa è il principio generale che non consente verifiche preventive se non nei casi previsti da espresse disposizioni di legge.

- **Procedure di controllo selezionate e indipendenti.** Non essendo realisticamente possibile sottoporre a controllo tutti i processi o i provvedimenti e le procedure adottati dall'organizzazione, occorre far ricorso alla individuazione di un campione significativo (coerente con le priorità indicate dal vertice aziendale).

- **Standardizzazione degli strumenti di controllo.** Gli standard predefiniti di riferimento, rispetto ai quali si verifica la rispondenza di un atto, di una procedura o di un processo, essendo la Fondazione una Pubblica Amministrazione, sono costituiti da leggi, regolamenti, linee guida, direttive interne, etc. Può essere utile definire delle griglie che richiamino i rispettivi elementi indispensabili e gli adempimenti necessari.

- **Trasparenza e coinvolgimento dei responsabili nell'organizzazione.** L'adozione del piano annuale di auditing deve produrre un confronto preliminare tra i soggetti interessati per evidenziare la funzione di assistenza, propria della funzione di IA, ed evitare che questa sia confusa con i controlli di carattere ispettivo.

- **Separazione** tra la funzione di IA da un lato e il controllo di gestione, il controllo strategico e la valutazione della dirigenza dall'altro, sono il cardine del nuovo sistema del controllo interno, introdotto dal d.lgs. 286/99. Tutte le tipologie di controllo, infatti, sono articolate in un unico sistema integrato, nel quale le varie funzioni interagiscono, costituendo elementi di garanzia per l'organizzazione e per il cittadino.





UOC Qualità, Internal Auditing e Privacy

Direttore: Prof.ssa Silvana Castaldi

Tel. 02 5503.8342 - Fax 02.5503.3144 - mail: [qualita@policlinico.mi.it](mailto:qualita@policlinico.mi.it) - [silvana.castaldi@policlinico.mi.it](mailto:silvana.castaldi@policlinico.mi.it)

## Allegato 2

### TERMINOLOGIA IN USO NELLA MATERIA

#### Adeguate controllo

Un controllo è adeguato se viene pianificato e organizzato (progettato) dal management in modo da dare ragionevole sicurezza che i rischi dell'organizzazione siano stati gestiti efficacemente e che le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione saranno raggiunti in modo efficiente ed economico.

#### Ambiente di controllo

È costituito dagli atteggiamenti e dalle azioni del board e del management rispetto all'importanza del controllo all'interno dell'organizzazione. Esso fornisce la disciplina e l'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi primari del sistema di controllo interno. Gli elementi costitutivi dell'ambiente di controllo sono i seguenti:

- integrità e valori etici;
- filosofia e stile di direzione;
- Struttura organizzativa;
- attribuzione di poteri e responsabilità;
- politiche e prassi di gestione del personale;
- competenze del personale.

#### Attività di internal audit

Reparto, divisione, team di consulenti o di altri professionisti che forniscono servizi indipendenti e obiettivi di assurance e di consulenza, concepiti per aggiungere valore e migliorare l'operatività di un'organizzazione. L'attività di internal audit assiste un'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare l'efficacia dei processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo.

#### Board

Per board si intende il massimo organo di governo, che ha la responsabilità di indirizzare e/o di sorvegliare le attività e la gestione dell'organizzazione. In genere, il board è costituito da un gruppo indipendente di amministratori (per esempio, consiglio di amministrazione, consiglio di sorveglianza, consiglio dei governatori o dei trustee). Nei casi in cui questo gruppo non è presente, per "board" si può intendere la persona a capo dell'organizzazione. Il termine "board" può anche designare un Audit Committee al quale l'organo di governo abbia delegato determinate funzioni.

#### Codice Etico (o Codice Deontologico)

Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors (IIA) è composto da Principi, fondamentali per la professione e la pratica dell'attività di internal audit, e da Regole di Condotta, che descrivono le norme comportamentali che gli auditor sono tenuti a osservare. Esso si applica sia alle singole





Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

persone sia agli enti che forniscono servizi di internal audit. Scopo del Codice Etico è quello di promuovere una cultura etica in tutti gli ambiti della professione di internal auditor.

### **Condizionamenti**

Condizionamenti all'indipendenza organizzativa e all'obiettività individuale possono comprendere conflitti di interesse personali, limitazioni del campo di azione, restrizioni dell'accesso a dati, persone e beni aziendali e vincoli sulle risorse (come quelle finanziarie).

### **Conflitto di interessi**

Qualsiasi relazione tra persone e/o organizzazioni che sia o appaia essere contraria agli interessi dell'organizzazione. Il conflitto di interessi pregiudica la capacità individuale di svolgere i propri compiti e responsabilità con obiettività.

### **Conformità**

L'aderenza a direttive, piani, procedure, leggi, regolamenti, contratti o altri requisiti.

### **Controlli IT (Information Technology)**

Controlli che supportano la gestione del business e la governance prevedendo controlli generali e specifici sulle infrastrutture informatiche quali sistemi applicativi, informazioni, infrastrutture e persone.

### **Controllo**

Qualsiasi azione intrapresa dal management, dal board o da altri soggetti per gestire i rischi e aumentare le possibilità di conseguimento degli obiettivi e dei traguardi stabiliti. Il management pianifica, organizza e dirige l'esecuzione di iniziative in grado di fornire una ragionevole sicurezza sul raggiungimento di obiettivi e traguardi.

### **Deve (devono)**

Gli Standard utilizzano la dizione "deve (devono)" per indicare un requisito la cui conformità è vincolante.

### **Dovrebbe (dovrebbero)**

Gli Standard utilizzano la dizione "dovrebbe (dovrebbero)" per indicare un requisito la cui conformità è vincolante a meno di circostanze ed eventi che, sottoposti a un giudizio professionale, ne giustificano l'inosservanza.

### **Frode**

Qualsiasi atto illegale caratterizzato da falsità, dissimulazione e abuso di fiducia. Tali atti non sono legati a minacce di ricorso alla violenza o alla forza fisica. Le frodi sono perpetrate da persone e organizzazioni per ottenere denaro, beni o servizi, per evitare il pagamento o la perdita di servizi o per procurarsi vantaggi personali o commerciali.





Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

### **Gestione del rischio**

Processo teso a identificare, valutare, gestire e controllare possibili eventi o situazioni negativi, al fine di fornire una ragionevole assicurazione in merito al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

### **Giudizio complessivo**

Valutazione, conclusione e/o altra descrizione dei risultati presentata dal responsabile internal auditing; essa verte, in termini generali, sui processi di governance, di gestione dei rischi e/o di controllo dell'organizzazione. Per giudizio complessivo si intende il giudizio professionale del responsabile internal auditing, basato sui risultati di una serie di incarichi individuali e di altre attività per un determinato periodo di tempo.

### **Giudizio dell'incarico**

Valutazione, conclusione e/o altra descrizione dei risultati di un incarico di internal audit, con riferimento agli obiettivi e all'ambito di copertura dell'incarico.

### **Governance**

Insieme dei procedimenti e delle strutture messi in atto dall'organo di governo dell'organizzazione per informare, indirizzare, gestire e controllare le attività dell'organizzazione nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

### **Governance dei sistemi informativi**

Consiste nella guida, nelle strutture organizzative e nei processi finalizzati ad assicurare che la tecnologia informatica dell'azienda (IT) supporti le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione.

### **Incarico**

È la specifica assegnazione di un audit, compito o attività di verifica, siano essi un incarico di internal audit, una verifica di control self-assessment, una investigazione per frode o una consulenza. Un incarico può includere più compiti o attività, concepiti per raggiungere un insieme specifico di obiettivi interrelati.

### **Indipendenza**

Libertà dai condizionamenti che minacciano la capacità dell'attività di internal audit di assolvere alle responsabilità di internal audit senza pregiudizi.

### **International Professional Practices Framework (IPPF)**

Schema concettuale che definisce come deve essere Strutturata l'insieme delle disposizioni normative (authoritative guidance) emanate dall'IIA (The Institute of Internal Auditors) che si suddividono in due categorie: (1) disposizioni vincolanti e (2) disposizioni fortemente raccomandate.

### **Livello di accettazione del rischio (risk appetite)**

Il livello di rischio che un'organizzazione è disposta a sostenere.





Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

### **Mandato di internal audit**

Il Mandato di internal audit è un documento formale che definisce finalità, poteri e responsabilità dell'attività di internal audit. Il Mandato deve determinare la posizione dell'internal auditing nell'organizzazione, autorizzare l'accesso ai dati, alle persone e ai beni aziendali necessari per lo svolgimento degli incarichi di audit, nonché definire l'ambito di copertura delle attività di audit.

### **Obiettivi dell'incarico**

Enunciazioni di carattere generale che definiscono gli obiettivi attesi dell'incarico.

### **Prestatore esterno di servizi**

Persona o società esterna all'organizzazione, munita di particolari conoscenze, competenze ed esperienze in una disciplina specifica.

### **Processi di controllo**

Le politiche, le procedure (manuali e automatizzate) e le attività che fanno parte di un modello di controllo, progettato e gestito per assicurare che i rischi siano contenuti entro il livello che l'organizzazione è disposta a sostenere.

### **Programma di lavoro dell'incarico**

Documento che precisa le procedure da seguire durante un incarico, elaborato per attuare quanto indicato dal piano dell'incarico stesso.

### **Responsabile internal auditing (CAE – Chief Audit Executive)**

Il responsabile internal auditing è la persona con ruolo direttivo che ha la responsabilità di gestire in modo efficace l'attività di internal audit, in conformità al Mandato di internal audit e alla Definizione di Internal Auditing, al Codice Etico e agli Standard. Il responsabile internal auditing o i collaboratori che riferiscono a lui sono in possesso delle opportune qualifiche e certificazioni professionali. La designazione specifica del responsabile internal auditing può variare nelle diverse organizzazioni.

### **Rischio**

Possibilità che si verifichi un evento che possa avere un effetto negativo sul raggiungimento degli obiettivi o delle finalità istituzionali. Il rischio si misura in termini di impatto e di probabilità.

### **Servizi di assurance**

Consistono in un esame obiettivo delle evidenze, allo scopo di ottenere una valutazione indipendente dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo dell'organizzazione. Tra gli esempi si possono citare incarichi di tipo finanziario, di tipo operativo, di conformità, di sicurezza informatica e di due diligence.

### **Servizi di consulenza**

Servizi di supporto e assistenza al cliente, la cui natura ed estensione vengano concordate con il cliente, tesi a fornire valore aggiunto e a migliorare i processi di governance, gestione del rischio e controllo di un'organizzazione, senza che l'internal auditor assuma responsabilità manageriali a





Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

riguardo. Tra i possibili esempi figurano consulenza, assistenza specialistica, facilitazione e formazione.

### **Significatività**

Importanza relativa di un fatto, nell'ambito del contesto nel quale è considerato. Include fattori quantitativi e qualitativi quali la grandezza, la natura, le conseguenze, la rilevanza e l'impatto. Agli internal auditor è richiesto un giudizio professionale quando valutano la significatività dei fatti collocati nell'ambito degli obiettivi considerati.

### **Standard**

Un enunciato professionale emanato dall'Internal Audit Standards Board che definisce le condizioni richieste per svolgere una vasta gamma di attività di internal audit e per la valutazione delle prestazioni dell'internal audit.

### **Strumenti informatici di supporto all'audit**

Strumenti di audit automatizzati, quali software generici di audit, generatori dati di test, programmi informatici di audit e computer-assisted audit techniques (CAAT).

### **Valore aggiunto**

L'attività di internal audit aggiunge valore all'organizzazione (e ai suoi stakeholder) quando fornisce un'assurance obiettiva e pertinente e quando contribuisce all'efficacia e all'efficienza dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo.



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI MILANO

Polo di ricerca, cura  
e formazione universitaria







UOC Qualità, Internal Auditing e Privacy

Direttore: Prof.ssa Silvana Castaldi

Tel. 02 5503.8342 - Fax 02.5503.3144 - mail: [qualita@policlinico.mi.it](mailto:qualita@policlinico.mi.it) - [silvana.castaldi@policlinico.mi.it](mailto:silvana.castaldi@policlinico.mi.it)

### Allegato 3

#### PIANO INTERNAL AUDIT

- 1 **SCOPO**.....
- 2 **CAMPO DI APPLICAZIONE**.....
- 3 **RIFERIMENTI**.....
- 4 **RESPONSABILITA'**.....
- 5 **MODALITÀ DI GESTIONE**.....

\*Gruppo di lavoro composto da: Cerra Romina; Roli Anna; Bazzoni Sandra; Bernardini Gemma

<i>redazione</i>	<i>verifica</i>	<i>Approvazione (firma e data)</i>		<i>Rev.</i>	<i>Descrizione modifica</i>
SC  Gruppo di Lavoro*	SC	LM	14.12.2015	0	Prima emissione
SC  Gruppo di Lavoro"	SC	SG	27.12.2016	1	aggiunta: - di un documento tra i documenti di riferimento  - della programmazione e della tempistica per l'anno 2017 aggiunte e modifiche in corsivo-grassetto
SC	SC	EB	29.01.2019		revisione di molte parti del testo

IRCCS: Besta, Milano; Tumori Milano; San Matteo, Pavia.

"Gruppo di lavoro composto da: Roli Anna; Bazzoni Sandra; Bernardini Gemma

IRCCS: Tumori Milano; Besta, Milano; San Matteo, Pavia.





## 1 SCOPO

Il presente piano ha lo scopo di definire le modalità, i tempi e le risorse necessarie all'esecuzione dei programmi di internal audit.

## 2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente piano si applica ai programmi di internal audit per tutti i processi gestionali della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano.

## 3 RIFERIMENTI

- o Regione Lombardia Legge 4 giugno 2014 n .17. Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia
- o Regione Lombardia Manuale di internal Audit versione 1
- o Regione Lombardia, DGR annuali che normano la gestione del servizio socio sanitario

## 4 RESPONSABILITÀ

- Il Direttore Generale, in qualità di committente, approva e autorizza il piano di internal audit interno, redatto dal Responsabile della funzione di Internal audit (di seguito Responsabile AI) con determina
- Il Responsabile AI, insieme al Team di Internal audit (di seguito Team AI), cura l'organizzazione del piano , programma i singoli internal audit presso le strutture/funzioni e ne gestisce gli esiti nel rispetto del calendario e dei tempi predefiniti.
- I Direttori garantiscono la conduzione dell'internal audit presso la struttura di afferenza, mettendo a disposizione i loro professionisti e tutta la documentazione necessaria.

## 5 MODALITA' DI GESTIONE

Annualmente vengono stabiliti con determina del Direttore Generale gli internal audit che saranno svolti

### 5.1 RISORSE E TEMPI

Le risorse documentali per il piano di internal audit sono rappresentate da:

- legislazione vigente
- documenti di natura contrattuale;
- norme tecniche e/o manuali d'uso;
- procedure e regolamenti pubblicati.

Le risorse umane per l'attuazione del presente piano di internal audit, ossia il Team AI, sono costituite da 4 professionisti, nominati dal Direttore Generale, con competenze di natura giuridica, finanziaria, informatica e qualità/risk management, qualificati come internal auditor tramite apposito percorso di formazione e affiancamento con il Responsabile IA.

I tempi di attuazione del piano di internal audit sono di 9 mesi: da aprile a dicembre. Considerate le necessità di istruttoria, osservazione documentale, compilazione di checklist, intervista al personale, sopralluogo nei locali laddove pertinente e rapporto di audit finale, il tempo preassegnato ad ogni singolo internal audit è di almeno 60 giorni.





## 5.2 TECNICHE

Le tecniche utilizzate per l'attuazione del presente piano di internal audit sono quelle dell'osservazione documentale, intervista al personale (inquiry) e osservazione diretta delle operazioni (*walkthrough*), laddove necessario.

## 5.3 STRUMENTI DI SUPPORTO

L'attuazione degli internal audit è supportata da 2 documenti di registrazione:

- checklist di internal audit, con risposte mirate a comprendere l'assetto e la reale consistenza di meccanismi di controllo;
- rapporto di internal audit, che permette di riportare le risultanze e le osservazioni conclusive della verifica, da trasmettere al Direttore Generale e ai Direttori delle strutture coinvolte.

## 5.4 FOLLOW-UP

Laddove il rapporto di internal audit evidenzia opportunità di miglioramento nella prevenzione dei rischi, ovvero nel sistema di controllo interno, l'adeguatezza ed efficacia delle azioni intraprese dai responsabili del processo e/o dalle funzioni coinvolte sono monitorate.

## 5.5 RIESAME

Il presente piano di internal audit si conclude con una relazione a disposizione del Direttore Generale ed inviata all'organismo preposto in Regione, dove si sintetizza:

- lo stato di avanzamento del piano;
- le eventuali criticità organizzative;
- l'adeguatezza dei metodi utilizzati;
- l'elaborazione dei dati sugli esiti;
- il piano di miglioramento impostato
- il mantenimento delle competenze degli internal auditor.



