

CON ALLEGATI

Foglio

Servizio AA.GG.LL.

DELIBERAZIONE N° 142 del 10 DIC 2015

Atti n - all. Foglio n. 1  
MF/ap

**Oggetto: Approvazione del Manuale di Internal Audit dell'A.O. Ospedale San Carlo Borromeo e della Programmazione delle Attività di Internal Auditing anno 2016.**

### IL DIRETTORE GENERALE

**VISTO** il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Giunta Regionale Lombardia n. 6493 del 30.12.1994 con il quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano;

**VISTO** il Decreto Legislativo 19.06.1999 n. 229;

**VISTA** la Legge Regionale 30.12.2009 n. 33;

**VISTA** la D.G.R. n. IX/3988 del 6.08.2012, con la quale è stato conferito al dott. Germano Pellegata l'incarico di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano;

**Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:**

- con D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014 la Regione Lombardia ha previsto l'attivazione della funzione di Internal Auditing con le modalità idonee a garantire piena autonomia ed indipendenza nell'ambito dell'esercizio della citata funzione, garantendo altresì l'accesso diretto a tutti i dati, alle informazioni ed ai beni aziendali necessari per lo svolgimento di tale attività;
- che l'Azienda Ospedaliera dovrà adottare, entro il 15.12.2015, un proprio regolamento recependo i principi e i criteri stabiliti dal Decreto della Direzione Centrale Legale, Legislativo, Istituzionale e Controlli Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti di Regione Lombardia n. 2822 del 03.04.2013;
- che l'Azienda ospedaliera dovrà predisporre una pianificazione annuale delle attività di audit per l'anno 2016 con successiva trasmissione alla Direzione Generale Salute;
- che con deliberazione n. 813 del 30.09.2015 è stato costituito un gruppo di lavoro per l'espletamento delle attività sopra riportate;

**VISTO** il Manuale di Internal Auditing aziendale predisposto dal citato gruppo di lavoro;

**VISTA** altresì la programmazione delle attività di Internal Auditing aziendale per l'anno 2016;

**SU** proposta del Direttore degli Affari Generali e Legali ad interim dott.ssa Maurizia Ficarelli che attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento nonché la conformità dello stesso al disposto di cui all'art. 13 comma 17 della L.R. 30.12.2009 n. 33;

**CON** il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per quanto di specifica competenza, così come previsto dal D. Lgs. 30.12.1992, n° 502 e s.m.i.;

u  
WJ

Servizio AA.GG.LL.

DELIBERAZIONE N° 1142 del 10 DIC 2015 Atti n - all. Foglio n. 2  
MF/ap

**DELIBERA**

per quanto espresso in premessa:

1. di approvare il Manuale di Internal Auditing Aziendale e la programmazione delle attività di Internal Auditing aziendale per l'anno 2016, quali parti integrali e sostanziali del presente provvedimento;
2. di predisporre l'invio del presente provvedimento entro il 15 dicembre 2015 alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale;
4. di dare atto che il presente provvedimento, ai sensi dell'art. 17 comma 6 della L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii., è immediatamente esecutivo in quanto non soggetto al controllo della Giunta Regionale;
5. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale dell'Azienda;
6. di pubblicare il presente provvedimento sull'Albo pretorio aziendale on line ai sensi dell'art. 17 comma 6 della L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii. ;

**Parere favorevole:**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F. (Dott. ssa Maurizia Ficarelli) MFicarelli

IL DIRETTORE SANITARIO F.F. (Dott.ssa Caterina Tridico) CT

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. Germano PELLEGATA)

All. 1. *Manuale di Internal Auditing*

All.2. Programmazione delle attività di Internal Auditing anno 2016

Servizio Affari Generali e Legali

Il Direttore *ad Interim* Servizio Affari Generali e Legali: dott.ssa Maurizia Ficarelli MF

Responsabile del Procedimento: dott. Alessandro Petillo AP

# A.O. S. CARLO BORROMEO

	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 1 di pag 27
---	----------------------------------	---

All.1

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

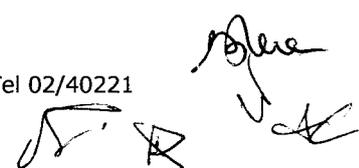
1142      10 DIC 2015

del .....

## MANUALE DI INTERNAL AUDITING

Rev.	Data	DESCRIZIONE MODIFICHE	FIRMA DI EMISSIONE	FIRMA DI VALIDAZIONE	FIRMA DI APPROVAZIONE
0	10.12.15	Emissione	Referente Internal Auditing Dott. A Petillo * 	Direttore Servizio Formazione e Qualità Dott. F. Giglio 	Direttore Generale Dott. G. Pellegata 

\*Gruppo di lavoro : Dott. A. Petillo, Dott. F. Giglio, Dott.ssa B. Pinna, Dott. A. Corbelli



# A.O. S. CARLO BORROMEO



## Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 2 di pag 27

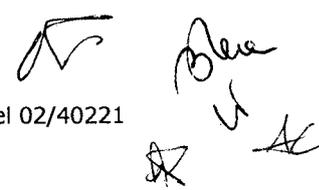
### INDICE

<b>1 INTRODUZIONE .....</b>	<b>Pag. 4</b>
1.1 GLI OBIETTIVI E I DESTINATARI DEL MANUALE	
<b>2 ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ, RUOLI E COMPITI .....</b>	<b>Pag. 4</b>
2.1 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	
2.2 RUOLO, RESPONSABILITÀ E COMPITI DELLA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING	
2.2.1 <i>Dirigente della funzione di Internal Auditing</i>	
2.2.2 <i>Auditor e funzionari della struttura d'Internal Auditing</i>	
2.3 I PRINCIPI ETICI, LE REGOLE DI CONDOTTA E GLI STANDARD INTERNAZIONALI	
2.4 I PROTOCOLLI DI COMUNICAZIONE	
2.4.1 <i>Denuncia di danno erariale</i>	
2.4.2 <i>Denuncia penale</i>	
<b>3 VALUTAZIONE DEL RISCHIO .....</b>	<b>Pag. 6</b>
3.1 IL CICLO DI AUDIT	
3.2 I RISK ASSESSMENT - LA METODOLOGIA	
3.2.1 <i>Definizione e fasi</i>	
3.2.2 <i>L'universo degli audit</i>	
3.2.3 <i>Identificazione dei rischi e loro valutazione</i>	
3.2.4 <i>Valutazione dei controlli di linea</i>	
3.2.5 <i>Il rischio Residuo</i>	
3.3 L'UNIVERSO DEI RISCHI DELLA AO	
<b>4 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT .....</b>	<b>Pag. 15</b>
4.1 PIANIFICAZIONE TRIENNALE	
4.2 PIANO ANNUALE DI AUDIT	
4.3 PROGRAMMAZIONE OPERATIVA	
<b>5 PROCEDURA DI AUDIT .....</b>	<b>Pag. 16</b>
5.1 LE FASI DI UN INTERVENTO DI AUDIT	
5.1.1 <i>Programmazione operativa dell'intervento di audit</i>	
5.1.2 <i>Analisi preliminare</i>	
5.1.2.1. <i>Strumenti di rilevazione</i>	
5.1.2.2. <i>Documentazione del processo auditato</i>	
5.1.2.3. <i>Studio del processo</i>	
5.1.2.4. <i>Definizione delle informazioni da richiedere</i>	
5.1.2.5. <i>Notifica dell'intervento di audit</i>	
5.1.3 <i>Lavoro sul campo</i>	
5.1.3.1 <i>Strumenti</i>	
5.1.3.2. <i>Riunione di apertura dell'Audit</i>	
5.1.3.3. <i>Testing</i>	
5.1.4 <i>Reporting e comunicazione dei risultati</i>	
5.1.4.1. <i>Incontro di chiusura</i>	

<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 3 di pag 27

5.1.4.2. Rapporto definitivo e comunicazione dei risultati

<b>6 FOLLOW-UP .....</b>	<b>Pag. 25</b>
6.1 MONITORAGGIO DEL PIANO D'AZIONE	
6.2 MISSIONE DI FOLLOW UP	
6.3 RISULTATI DI FOLLOW - UP	
6.4 TABELLA DI MONITORAGGIO DEL PIANO D'AZIONE	
<b>7 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT .....</b>	<b>Pag. 26</b>
7.1 ARCHIVIO CARTACEO	
7.1.1 <i>Archivio degli interventi di audit</i>	



<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 4 di pag 27

## 1 INTRODUZIONE

### 1.1 Gli obiettivi e i destinatari del manuale

Il presente Manuale descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di Internal Auditing per l'attività di auditing sui processi operativi, volti alla realizzazione degli obiettivi assegnati all'AO e sulle procedure attivate dalle Strutture aziendali (Audit di Conformità).

Il Manuale è stato redatto recependo i principi e i criteri enunciati nel Manuale di Internal Auditing regionale (approvato con Decreto DDUO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti n. 2822 del 3.4.2013).

Inoltre, sono state considerate le disposizioni del paragrafo 2.3.6.4 della DGR 2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" (Regole di sistema 2015).

I destinatari del manuale sono tutte le strutture aziendali.

Gli scopi principali che s'intendono perseguire attraverso il Manuale sono i seguenti:

- definire la metodologia per assistere i Direttori di Servizio / Responsabili di UO nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative nonché gli output dell'attività di Auditing della Regione Lombardia;
- definire le fasi e le tempistiche del processo di audit;
- definire gli ambiti di collaborazione tra funzione di audit e le strutture organizzative aziendali definite dal Piano di Organizzazione Aziendale.

Il contenuto del manuale e dei suoi allegati 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 manuale dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del manuale stesso.

## 2 ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ, RUOLI E COMPITI

### 2.1 L'assetto organizzativo della funzione di Internal Auditing

In tema di Internal auditing le funzioni esplicitate sono le seguenti:

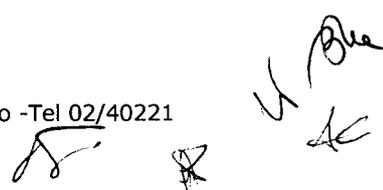
- coordinamento del sistema dei controlli aziendali;
- impostazione attività di Audit interno anche in raccordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- raccordo e collegamento con collegio sindacale, e organismi di vigilanza;
- mappatura dei rischi e pianificazione degli audit delle Direzioni, verifica procedure di gestione e controllo;
- Assistenza redazione programmi di controllo delle Direzioni, valutazione delle proposte e conseguente monitoraggio dei programmi;

### 2.2 Ruolo, responsabilità e compiti della Funzione di Internal Auditing

#### 2.2.1 Dirigente della funzione di Internal Auditing

Al dirigente compete:

- assistere la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;



- garantire il supporto alle operazioni di controllo da parte degli Auditor;
- assistere i Responsabili delle aree auditate nell'identificazione e nella valutazione degli ambiti maggiormente esposti ai rischi nonché nella predisposizione di nuovi sistemi gestionali, per ottenere la garanzia che gli stessi siano conformi alle discipline del sistema dei controlli;
- coordinare e supervisionare la pianificazione dell'attività della funzione;
- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del piano di audit annuale, approvato, garantendone l'esecuzione e coordinandone le iniziative di follow-up;
- approvare i programmi degli interventi e i rapporti di audit;
- attivare consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della Funzione, fatti salvi i vincoli di budget;
- assicurare la gestione efficace delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate alla Struttura, assicurando un'idonea formazione del personale.

### **2.2.2 Auditor e funzionari della struttura di Internal Auditing**

Agli auditor e ai funzionari compete:

- Implementare, aggiornare e valutare il modello di "*Risk Assessment*" sulla base dei risultati degli interventi di audit;
- eseguire gli audit programmati;
- raccogliere, ordinare e archiviare tutta la documentazione e le evidenze necessarie a supportare le conclusioni tratte nel corso degli interventi di audit;
- individuare e proporre azioni migliorative;
- redigere le bozze dei "Rapporti di audit";
- aggiornare le tavole di *follow-up* al termine di ciascun intervento di audit;
- collaborare alla revisione del manuale interno;
- partecipare agli specifici percorsi di formazione.

### **2.3 I principi etici, le regole di condotta e gli standard internazionali**

L'attività svolta dalla Funzione di *Internal Auditing* si conforma ai principi contenuti nel Codice Etico dell'*Institute of Internal Auditors* e agli Standard Internazionali Professionali di Indipendenza, Obiettività, Riservatezza e Competenza.

### **2.4 I protocolli di comunicazione**

Le comunicazioni della Funzione di Internal Auditing sono rivolte ai seguenti soggetti:

- a) **Soggetti auditati:** sono i destinatari delle comunicazioni esplicitate nel capitolo 3 per quanto concerne le diverse fasi degli interventi di audit;
- b) **Direzione Strategica Aziendale:** destinatari dei rapporti di audit e delle eventuali comunicazioni;
- c) **Responsabile Servizio Risorse Umane:** destinatario dei rapporti di audit per la valutazione degli eventuali profili disciplinari o di responsabilità dirigenziale del personale aziendale;
- d) **Responsabili di funzioni cointeressate alla specifica procedura/azione esaminata:** destinatari dei rapporti di audit per gli aspetti di loro competenza.

#### **2.4.1 Denuncia di danno erariale**





## A.O. S. CARLO BORROMEIO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 6 di pag 27

Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale) deve essere presentata denuncia alla **Procura regionale** presso la Sezione giurisdizionale della Corte dei conti. La denuncia deve essere redatta dal dirigente responsabile dell'audit, sulla base delle rilevazioni degli auditor, 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 dirigente responsabile dell'audit informerà le Direzioni dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale, dandone informazione al responsabile dell'Internal Auditing.

#### 2.4.2 Denuncia penale

Qualora nel corso dell'attività di audit sia acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio, deve esserne fatta denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dai componenti del gruppo di lavoro che ha o hanno ricevuto notizia del reato, è inviata dal dirigente responsabile dell'audit al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria.

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, inoltre, 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 dirigente invierà una segnalazione al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria.

### 3 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

#### 3.1 Il ciclo di Audit

Il processo legato alle attività della funzione di *Internal Audit* può essere rappresentato mediante lo schema sotto riportato.

#### 3.2 Il risk assessment - La metodologia

##### 3.2.1 Definizione e fasi

Il *Risk Assessment* è definito come un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi, svolto dalla Funzione di *Internal Auditing* che individua le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dal management.

Il Risk Assessment rappresenta l'attività preliminare alla formazione dei piani pluriennali e annuali di audit. Le principali fasi in cui si articola il Risk Assessment dell'AO San Carlo Borromeo sono le seguenti:

- la definizione dell'universo di audit;
- l'identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione;
- l'identificazione dei controlli di linea e la loro valutazione;
- la definizione delle priorità di Audit sulla base del risk scoring;

<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 7 di pag 27

e) l'elaborazione della relazione di Risk Assessment e condivisione con la direzione strategica e dei servizi.

### 3.2.2 L'universo degli audit

L'universo degli audit è costituito da tutti gli obiettivi e le relative azioni attuative identificate dalla Direzione Generale del Welfare. L'analisi delle operazioni è costituito dall'insieme delle procedure poste in essere dalle diverse strutture dell'AO per quanto attiene agli Audit di Conformità.

La metodologia esposta nel seguito, pur di carattere generale, può essere facilmente adattata alla predisposizione di un Risk Assessment che tenga conto dell'attuale Struttura dell'AO per creare uno strumento idoneo a presidiare le procedure attivate per il raggiungimento degli obiettivi e creare valore aggiunto per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi.

### 3.2.3 Identificazione dei rischi e loro valutazione

La Funzione di Internal Auditing procede dalla definizione dell'elenco dei rischi principali con la relativa valutazione.

## LE TIPOLOGIE DI RISCHI

**Rischi strategici (Str):** Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'AO. Possono avere origine esterna ma anche interna.

**Rischi di processo (Pro):** Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell'AO, che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio pubblico e di conformità normativa.

**Rischi di informativa (Inf):** Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni all'AO, 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.

## LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Generalmente la valutazione dei rischi è effettuata al "lordo" del controllo (rischio inerente) ossia non tenendo conto dell'effetto del controllo di linea realizzato dal responsabile di processo per presidiare quel rischio e ridurre gli impatti negativi sul raggiungimento degli obiettivi.

L'Internal Audit adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto. Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (*Risk Assessment Criterio Matrix*) che permette di valutare il rischio in termini di probabilità e di impatto, con una valutazione quindi di tipo qualitativo.

**A) PROBABILITÀ:** frequenza del manifestarsi del rischio (significativa è l'esperienza e la capacità di giudizio del responsabile di processo e dell'auditor) secondo la graduazione seguente:

**Quasi certo = alto = 3:** è presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (esempio un anno).

**Poco probabile = medio = 2:** l'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo.



<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 8 di pag 27

**Raro = basso=1:** la probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota.

**B) ENTITÀ DEL DANNO - IMPATTO:** livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi.

Anche l'impatto è valutato dal punto di vista qualitativo per ciascun rischio attribuendo le qualifiche di Grave, Moderato e Irrilevante secondo il seguente modello.

**Grave = alto = 3:** impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici del PRS. Casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici.

**Moderato = medio = 2:** impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici del PRS. Inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio.

**Irrilevante = basso = 1:** 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.

**C) RILEVABILITÀ:** (intercettabilità) del danno da parte dei superiori con controlli secondo la graduazione seguente:

**Complessa = difficile = 3:** La rilevabilità del rischio è difficile in quanto il processo è complesso.

**Media = media = 2:** La rilevabilità del rischio è di media entità.

**Evidente = facile = 1:** La rilevabilità del rischio è facile in quanto il processo è chiaro ed evidente.

La **valutazione complessiva** del rischio in termini di probabilità e impatto è effettuata utilizzando la seguente matrice:

Risultato  $A \times B \times C =$  **IMPORTANZA:**

- **Valore fra 1 e 6 rischio accettabile; la struttura deve solamente monitorare lo stato attuale**
- **Valore fra 8 e 9 rischio rilevante; la struttura s'impegna a redigere procedure che riducano il rischio**
- **Valore fra 12 e 27 rischio critico; la struttura deve applicare e mantenere procedure scritte che riducano il rischio**

### 3.2.4 Valutazione dei controlli di linea

Identificati i rischi occorre individuare e analizzare i controlli, se esistenti, posti in essere dal Responsabile di processo e che consentono di attenuare i rischi entro livelli ritenuti accettabili dai Responsabili di azioni/processi.

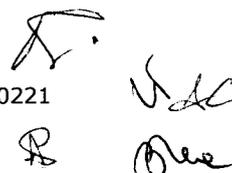
La valutazione del controllo è effettuata in funzione dei seguenti aspetti:

**Legittimità e regolarità dell'attività:** il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta conformemente ad adeguati percorsi autorizzativi e alle procedure e ai dettami giuridici esistenti.

**Efficacia dell'attività:** il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi del processo.

**Efficienza dell'attività;** il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta in modo da raggiungere gli obiettivi del processo, nei tempi e con le risorse desiderate.

**Correttezza delle operazioni;** il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte correttamente.



**Completezza e accuratezza delle operazioni:** il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte completamente e accuratamente.

**Tracciabilità delle operazioni:** il controllo in essere garantisce la completezza e la rintracciabilità della documentazione relativa alle transazioni.

**Realtà delle operazioni:** il controllo in essere garantisce che le attività sono effettivamente realizzate.

**Valutazione delle attività:** il controllo in essere garantisce che le attività sono correttamente valutate.

**Imparzialità delle valutazioni:** il controllo in essere garantisce che le valutazioni sono effettuate con imparzialità (indipendenza).

**Evidenza del controllo:** il controllo svolto è adeguatamente documentato.

### 3.2.5 II Rischio Residuo

Dopo la fase di valutazione dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è determinato dal rischio inerente (ossia quello al lordo dei controlli) al netto delle attività di controllo previste o implementate a seguito dell'assessment. Si applica la stessa metodologia di valutazione del rischio lordo a cui pertanto si rinvia.

### 3.3 L'universo dei rischi dell'AO

Di seguito sono riportati i rischi o macro rischi che costituiscono, indicativamente, l'Universo dei rischi dell'AO, utili ai fini della valutazione dei rischi, preliminare alla predisposizione della pianificazione delle attività di Audit.

## REATI CONFIGURABILI NELL'OPERATIVITA' DEI DESTINATARI

Si richiamano i reati previsti dal Codice Penale e dal Codice Civile che, tipicamente, possono configurarsi nell'operatività dei Destinatari, con la precisazione che, agli effetti della legge penale, s'intende per:

- pubblico ufficiale (art. 357 c.p.) colui il quale "esercita una pubblica funzione legislativa, giurisdizionale o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione e dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi e certificativi"
- incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.) colui il quale "a qualunque titolo, presta un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata, dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale".

#### ➤ Peculato (art. 314 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro e di altra cosa mobile altrui, se ne appropria.

## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 10 di pag 27

➤ **Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art.316 c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio, nell'esercizio delle funzioni o del servizio, giovandosi dell'errore altrui, riceve o ritiene indebitamente, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità.

➤ **Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316 ter c.p.)**

Tale ipotesi di reato, salvo che il fatto costituisca il reato previsto dall'articolo 640-bis, si configura nel caso in cui chiunque mediante l'utilizzo o la presentazione di dichiarazioni o di documenti falsi o attestanti cose non vere, ovvero mediante l'omissione di informazioni dovute, consegue indebitamente, per sé o per altri, contributi, finanziamenti, mutui agevolati o altre erogazioni dello stesso tipo, comunque denominate, concessi o erogati dallo Stato, da altri enti pubblici o dalle Comunità europee.

➤ **Concussione (art. 317 c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, abusando della sua qualità o dei suoi poteri costringe o induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità.

➤ **Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta la promessa.

➤ **Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art.319 c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, per omettere o ritardare o per aver omesso o ritardato un atto del suo ufficio, in altre parole per compiere o per aver compiuto un atto contrario ai doveri d'ufficio, riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità, o ne accetta la promessa.

➤ **Circostanze aggravanti (art.319 bis c.p.)**

Tale aggravante si applica quando il fatto di cui all'art 319 c.p. ha per oggetto il conferimento di pubblici impieghi o stipendi o pensioni o la stipulazione di contratti nei quali sia interessata l'amministrazione alla quale il pubblico ufficiale appartiene.

➤ **Corruzione in atti giudiziari (art.319 ter c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui i fatti indicati negli articoli 318 e 319 sono commessi per favorire o danneggiare una parte in un processo civile, penale o amministrativo.

➤ **Induzione indebita a dare o promettere utilità (art.319 quater c.p.)**

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, tale reato si configura nei casi in cui il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità.

➤ **Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.)**

## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 11 di pag 27

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui la corruzione per l'esercizio delle funzioni o per un atto contrario ai doveri d'ufficio riguardi un incaricato di pubblico servizio.

➤ Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio sollecita una promessa o dazione di denaro o altra utilità da parte di un privato per compiere un atto d'ufficio e nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio sollecita una promessa o dazione di denaro od altra utilità da parte di un privato per compiere un atto contrario ai doveri d'ufficio.

➤ Abuso di ufficio (art. 323 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, in violazione di norme di legge o di regolamento, ovvero omettendo di astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto o negli altri casi prescritti, intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto.

➤ Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio (art. 325 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio impieghi, a proprio o altrui profitto, invenzioni o scoperte scientifiche, o nuove applicazioni industriali, che egli conosca per ragione dell'ufficio o servizio, e che debbano rimanere segrete.

➤ Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza.

➤ Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio, indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo e nel caso in cui, entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse, non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo.

➤ Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chi, esercitando imprese di servizi pubblici o di pubblica necessità, interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimento, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio.

➤ Traffico di influenze illecite (art. 346 bis c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, fuori dei casi di concorso nei reati di cui agli articoli 319 e 319-ter, sfruttando relazioni esistenti con un pubblico ufficiale o con un incaricato di un pubblico servizio, indebitamente fa dare o promettere, a sé o ad altri, denaro o altro vantaggio patrimoniale, come prezzo della propria mediazione illecita verso il

*Handwritten signatures and initials:*  
A. V. H. E.  
D. M.

## A.O. S. CARLO BORROMEIO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 12 di pag 27

pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio ovvero per remunerarlo, in relazione al compimento di un atto contrario ai doveri di ufficio o all'omissione o al ritardo di un atto del suo ufficio. La pena è aumentata qualora il soggetto che indebitamente fa dare o promettere, a sé o ad altri, denaro o altro vantaggio patrimoniale rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio.

➤ Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato.

➤ Turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui persona preposta dalla legge o dall'autorità alla gara nei pubblici incanti o nelle licitazioni private, con violenza o minaccia, o con doni, promesse, collusioni o altri mezzi fraudolenti, impedisce o turba la gara ovvero ne allontana gli offerenti.

➤ Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente (art. 353 bis c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura, salvo che il fatto costituisca più grave reato, nel caso in cui una persona con violenza o minaccia, o con doni, promesse, collusioni o altri mezzi fraudolenti, turba il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto del bando o di altro atto equipollente al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente da parte della pubblica amministrazione

➤ Inadempimento di contratti di pubbliche forniture (art. 355 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, non adempiendo gli obblighi che gli derivano da un contratto di fornitura concluso con lo Stato, o con un altro ente pubblico, ovvero con un'impresa esercente servizi pubblici o di pubblica necessità, fa mancare, in tutto o in parte, cose od opere, che siano necessarie a uno stabilimento pubblico o ad un pubblico servizio,

➤ Frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque commette frode nell'esecuzione dei contratti di fornitura o nell'adempimento degli altri obblighi contrattuali indicati nell'articolo 355 c.p.

➤ Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale (art. 361 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

➤ Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio (art. 362 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un incaricato di pubblico servizio omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio.

➤ Omissione di referto (art. 365 c.p.)

*[Handwritten signatures]*

<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 13 di pag 27

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne.

- Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 476 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero.

- Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative (art. 477 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, nell'esercizio delle sue funzioni, contraffà o altera certificati o autorizzazioni amministrative, ovvero, mediante contraffazione o alterazione, fa apparire adempiute le condizioni richieste per la loro validità.

- Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti (art. 478 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, nell'esercizio delle sue funzioni, supponendo esistente un atto pubblico o privato, ne simula una copia e la rilascia in forma legale, ovvero rilascia una copia di un atto pubblico o privato diversa dall'originale.

- Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 479 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità.

- Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative (art. 480 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui un pubblico ufficiale, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità.

- Falsità ideologica in certificato commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art. 481 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità.

- Rivelazione di segreto professionale (art. 622 c.p.)

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto.

*[Handwritten signatures and initials]*

## A.O. S. CARLO BORROMEIO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 14 di pag 27

➤ **Truffa (art. 640 c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno.

➤ **Frode informatica (art. 640-ter c.p.)**

Tale ipotesi di reato si configura nel caso in cui chiunque, alterando in qualsiasi modo il funzionamento di un sistema informatico o telematico o intervenendo senza diritto con qualsiasi modalità su dati, informazioni o programmi contenuti in un sistema informatico o telematico o ad esso pertinenti, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno.

➤ **Corruzione tra privati (art. 2635 c.c.)**

Tale ipotesi di reato si configura, salvo che il fatto costituisca più grave reato, nel caso in cui gli amministratori, i direttori generali, i dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, i sindaci e i liquidatori, che, a seguito della dazione o della promessa di denaro o altra utilità, per sé o per altri, compiono od omettono atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento alla società.

➤ **Reati ambientali (art.25 – undecies D. Lgs n.231/2001)**

Tali ipotesi di reato si configurano nei seguenti casi:

- ✓ *Illeciti connessi allo scarico di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose*, previsti dall'art. 137, commi 2, 3, 5, 11 e 13 D. Lgs. 152/2006; tali ipotesi si configurano nel caso in cui lo svolgimento delle attività aziendali comporti lo scarico di acque reflue industriali contenenti sostanze pericolose in concentrazioni difformi dalle prescrizioni legislative o le attività stesse siano condotte in difformità rispetto alle previsioni autorizzative.
- ✓ *Illeciti connessi alla gestione dei rifiuti*, previsti dall'art. 256, commi 1, 3, 5 e 6 D. Lgs. 152/2006; tali ipotesi di reato si configurano nel caso in cui sia svolta l'attività di raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, commercio ed intermediazione di rifiuti – sia pericolosi che non pericolosi – in mancanza della prescritta autorizzazione, sia effettuato illegittimamente il deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi, sia realizzata o gestita una discarica non autorizzata, anche eventualmente destinata ai rifiuti pericolosi, siano svolte attività non consentite di miscelazione di rifiuti.
- ✓ *Illeciti connessi alla bonifica dei siti*, previsti dall'art. 257, commi 1 e 2 D.Lgs. 152/2006; tali ipotesi di reato si configurano nel caso in cui si cagioni l'inquinamento del suolo, del sottosuolo, delle acque superficiali o delle acque sotterranee con il superamento delle concentrazioni soglia di rischio e non si provveda alla comunicazione all'autorità competente entro i termini normativamente previsti ovvero alla bonifica del sito secondo quanto prescritto dal progetto approvato dall'autorità competente stessa.
- ✓ *Illeciti connessi agli obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari*, previsti dall'art. 258, comma 4 D.Lgs. 152/2006; tali ipotesi di reato puniscono chi, nella predisposizione di un certificato di analisi di rifiuti, fornisce false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti, nonché chi fa uso di un certificato falso durante il trasporto.

*[Handwritten signatures and initials]*

- ✓ *Traffico illecito di rifiuti*, previsto dall'art. 259, comma 1 D.Lgs. 152/2006 e che punisce chiunque effettui una spedizione di rifiuti costituente traffico illecito ai sensi dell'art. 2 del regolamento (CEE) 1° febbraio 1993, n. 259, ovvero effettui una spedizione di rifiuti elencati nell'Allegato II del citato regolamento in violazione dell'art. 1, comma 3, lettere a), b), c) e d) dello stesso.
- ✓ *Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti*, previsto dall'art. 260, commi 1 e 2 D.Lgs. 152/2006 e che punisce chiunque, al fine di conseguire un ingiusto profitto, con più operazioni e attraverso l'allestimento di mezzi e attività continuative organizzate, cede, riceve, trasporta, esporta, importa o comunque gestisce abusivamente ingenti quantitativi di rifiuti, anche ad alta radioattività.

#### **4 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT**

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

##### **4.1 Pianificazione triennale**

Dall'anno 2016 le attività di audit sono pianificate su base triennale.

La Pianificazione triennale di Audit evidenzia l'ordine, sulla base dei rischi prioritari, delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del triennio di pianificazione.

La Pianificazione triennale delle attività di Audit è approvata con delibera del Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno ed è aggiornata annualmente, sulla base degli esiti dell'attività di audit svolta nell'anno precedente e dell'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi.

La Pianificazione triennale è comunicata a tutti i Direttori delle Unità Operative e dei Servizi, con nota del Dirigente della funzione di Internal Auditing.

##### **4.2 Piano annuale di Audit**

Il Piano Annuale di Audit definisce le azioni e/o procedure che saranno verificate nell'anno e individua i correlati centri di responsabilità. Il Piano prevede anche le risorse da destinarsi all'effettuazione di attività d'indagine non programmabili da effettuarsi in corso d'anno sulla base di formale mandato.

All'interno del Piano sono specificate le seguenti informazioni per ogni Audit programmato:

- Azione/Procedura oggetto dell'audit;
- Direzione/Struttura auditata;
- Ambito dell'audit;
- Obiettivo dell'intervento,
- Crono-programma delle attività.

Il Piano di Audit deve essere predisposto entro il 31 gennaio di ogni anno e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare.

Il Piano è approvato con deliberazione aziendale sulla base delle proposte del responsabile della funzione di Internal Auditing e delle informazioni fornite nel corso dell'anno precedente di aggiornamento delle procedure, monitoraggio dei risultati e dei costi, rilevazione delle irregolarità, monitoraggio del contenzioso, raccolta delle segnalazioni inerenti a difformità e malfunzionamenti di procedure e operazioni, selezioni rese disponibili da rassegne della stampa e degli altri media.

Il Piano deve, inoltre, tenere in considerazione le attività di supporto e di consulenza da programmare sulla base di Progetti e Gruppi di lavoro istituiti dalla Direzione Strategica.

Eventuali modifiche significative e rilevanti apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità previste per l'approvazione del piano annuale.

Il Piano Annuale è comunicato ai Direttori e ai Responsabili dei Dipartimenti e Servizi destinatari degli interventi programmati, con nota del Dirigente delle Funzione di Internal Auditing.

#### **4.3 Programmazione operativa**

Il Dirigente della funzione di Auditing predispone e aggiorna la programmazione operativa delle attività che individua:

- risorse dedicate all'esecuzione dei singoli audit;
- nominativi dei responsabili e/o referenti per le singole aree auditate;
- data d'inizio e conclusione;
- crono - programma delle attività di ciascuna risorsa.

La programmazione Operativa e i suoi aggiornamenti sono comunicati ai collaboratori in riunioni da convocarsi da parte del dirigente.

### **5 PROCEDURA DI AUDIT**

#### **5.1 Le fasi di un intervento di audit**

L'incarico di Audit si svolge attraverso le seguenti fasi:

- programmazione operativa dell'intervento di audit;
- analisi preliminare;
- esecuzione del lavoro sul campo;
- reporting e comunicazione dei risultati.

##### **5.1.1 Programmazione operativa dell'intervento di audit**

Nella fase di programmazione sono dettagliati gli obiettivi e le operazioni da eseguire per il singolo intervento di Audit.

La programmazione è volta alla definizione di dettaglio di:

- obiettivi dell'intervento di Audit;
- ambito di copertura dell'Audit, ovvero: confini temporali che l'analisi deve coprire.
- processi e procedure da esaminare, caratteristiche del campione da sottoporre a test;
- calendario dei lavori, risorse e definizione del Team di Audit.

Se il perseguimento degli obiettivi dell'audit lo richiede, l'intervento potrà essere esteso ad azioni/procedure collegate a quella per la quale l'intervento è stato programmato.

##### **5.1.2 Analisi preliminare**

###### **5.1.2.1 Strumenti di rilevazione**

Il team di Internal Auditing deve conseguire una piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati. Deve, inoltre, comprendere in che modo ciascun processo influisca sul conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica.

Nella fase di analisi dei processi, gli auditor analizzano la correttezza delle procedure e l'efficacia dei controlli posti a presidio dei rischi inerenti.

In tale fase la determinazione dei Rischi e dei Controlli preliminare, predisposta in fase di programmazione dell'intervento di audit, é adattata al processo oggetto di analisi, al fine di evidenziare in modo completo rischi e relativi controlli.

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 d'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.

Nel caso in cui l'attività di analisi del processo avvenga sotto forma d'intervista o meeting, gli auditor provvedono a formalizzare il contenuto della stessa in un documento che costituirà carta di lavoro del processo di audit.

#### **5.1.2.2. Documentazione del processo auditato**

L'analisi di processo può essere formalizzata attraverso due metodologie distinte:

- *Flow chart*: strumento di formalizzazione in forma grafica e sintetica del processo;
- *Narrative*: strumento di formalizzazione in forma analitica e descrittiva del processo.

La documentazione del processo dovrà:

- rappresentare sinteticamente il processo nella sua interezza, delineando la sequenza degli eventi/attività;
- aiutare a chiarire i ruoli e le responsabilità all'interno del processo;
- fornire indicazioni sui flussi informativi;
- permettere una facile identificazione dei rischi e controlli associati (o delle carenze degli stessi);
- aiutare a identificare punti di debolezza oppure opportunità di miglioramento del processo.

Tali metodologie di documentazione possono essere utilizzate separatamente o in combinazione tra loro.

#### **5.1.2.3. Studio del processo**

L'analisi preliminare deve prevedere lo studio della normativa e delle regole di funzionamento dell'azione/procedura, dell'organizzazione e delle risorse applicate/impiegate dai responsabili dell'azione o procedura.

La ricerca di ulteriori informazioni preliminari d'interesse per lo svolgimento dell'audit potrà riguardare:

- documentazione relativa a eventuali precedenti audit: raccomandazioni, referti della Corte dei Conti, Autorità di Vigilanza, Ministeri, altre Autorità di audit, Società di revisione
- correttivi predisposti dal management della Struttura auditata rispetto a criticità evidenziate in audit precedenti;
- rapporti delle società di certificazione e accreditamento;
- letteratura tecnica concernente l'attività da esaminare;

L'analisi dei dati di monitoraggio dell'azione/procedura per individuare gli scostamenti tra risultati conseguiti e obiettivi programmati e le anomalie segnalate dall'emergere di andamenti incongruenti tra le diverse grandezze monitorate (Es: tassi elevati di rinunce o revoche, tassi particolarmente bassi oppure elevati di scostamento tra le spese rendicontate e le spese approvate, scostamenti frequenti dei risultati delle operazioni rispetto agli obiettivi previsti).

Lo studio raccoglie gli elementi di base costituiti da Procedure, organizzazione, budget dotazione di risorse umane e tecnologiche, stato di attuazione dell'azione/procedura.

Sulla base dello studio preliminare é aggiornata la Risk and Control Matrix dell'azione/procedura.

#### **5.1.2.4. Definizione delle informazioni da richiedere**

Il team di audit assegnato al singolo intervento predispose una lista delle informazioni da richiedere, ove non siano accessibili attraverso le basi informative disponibili, riferite all'intervento in esecuzione, quali:

- le procedure in essere, eventualmente la documentazione esaminata non risulta esaustiva;
- i flow chart organizzativi, se disponibili;
- stato di attuazione delle azioni/procedure;
- stato di attuazione dei controlli;
- manuali o comunque documentazione inerente ai sistemi informativi in uso;
- strumenti utilizzati per il controllo (check list, procedure informatizzate, pianificazione, altro)

Tale lista deve essere inviata contestualmente alla lettera di comunicazione dell'inizio dell'attività e presentare il seguente contenuto:

- indicazione della documentazione da ottenere e del supporto sul quale possibilmente ottenerla (supporto cartaceo o elettronico);
- termine entro il quale ottenere la documentazione;
- referente auditor della Funzione Internal Auditing cui inviare la documentazione e/o da contattare per eventuali chiarimenti.

L'auditor incaricato predispose, quindi, una lista per il controllo della ricezione dei documenti richiesti, che aggiornerà in relazione alla documentazione ricevuta.

Entro tre giorni dalla scadenza del termine per l'invio della documentazione l'auditor incaricato contatta, anche in modo informale, il soggetto auditato per verificare lo status dell'invio e analizzare possibili difficoltà nell'invio della documentazione.

#### **5.1.2.5. Notifica dell'intervento di audit**

L'avvio di un'attività di audit deve essere sempre comunicato in forma scritta al soggetto auditato. Preliminarmente alla notifica potrà essere stabilita per le vie brevi una data condivisa per l'incontro di apertura dei lavori e potrà essere anticipata la lista delle informazioni da ottenere.

La notifica deve avere luogo almeno 10 giorni lavorativi prima dell'inizio effettivo delle attività sul campo, salvo casi eccezionali.

Nella comunicazione d'avvio delle attività di audit devono essere necessariamente indicati:

- obiettivi dell'attività di audit;
- durata ipotizzata del lavoro;
- nominativi degli auditor assegnati all'incarico;
- per il soggetto auditato, richiesta della nomina di un referente che fungerà da interfaccia con gli auditor;
- ipotesi di una data per la realizzazione dell'incontro di apertura
- programma dei lavori dell'incontro di apertura;
- richiesta di documentazione integrativa e scadenza per adempiere;
- eventuale questionario riguardante il funzionamento dell'azione/procedura.

La notifica é inviata dal Responsabile della Funzione di Audit ai responsabili apicali dell'azione/procedura oggetto di audit e, per conoscenza, al Direttore competente.

La risposta dovrà pervenire nei termini fissati dalla notifica, anche in caso negativo o di richiesta di termine ulteriore, via posta elettronica interna oppure via mail recante quale mittente il responsabile dell'azione/procedura.

### **5.1.3 Lavoro sul campo**

La fase di svolgimento del lavoro sul campo consiste nell'acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire a conclusioni fondate relativamente all'efficacia dei controlli di processo.

#### **5.1.3.1 Strumenti**

L'esecuzione del lavoro sul campo si avvale dei seguenti strumenti:

##### **1. Interviste**

I responsabili degli Organismi o delle operazioni possono essere intervistati con l'ausilio di una lista di controllo predefinita che tenga conto delle conoscenze acquisite nella fase di lavoro preliminare per chiarire i punti dubbi. Le interviste con i Direttori di Servizio / responsabili di UO sono effettuate nella forma d'interviste "aperte", senza prevedere un percorso rigido e risposte predefinite. Nel corso dell'intervista dovranno essere esaminati tutti i punti previsti dall'estensione dell'incarico e rientranti nelle competenze del Management.

##### **2. Workshop**

Per raccogliere i punti di vista dei responsabili e dei funzionari che partecipano in posizione chiave all'attuazione dell'azione/procedura, può darsi luogo a workshop organizzati in maniera collegiale.

##### **3. Questionari a risposta aperta**

Per richiedere informazioni strutturate sul processo in esame, possono essere sottoposti ai responsabili dei controlli chiave questionari a risposta aperta relativi al funzionamento delle varie fasi del processo.

##### **4. Questionari a risposta chiusa**

La raccolta d'informazioni e valutazioni di un numero maggiore di partecipanti al processo può essere effettuata per mezzo di questionari, della cui distribuzione sarà data informazione al responsabile della Struttura auditata.

##### **5. Verifica degli indicatori di monitoraggio procedurale, finanziario e fisico**

I dati raccolti nella fase preliminare relativamente agli indicatori di monitoraggio procedurale, finanziario e fisico sono verificati sulla base delle registrazioni tenute dalla Struttura auditata.

##### **6. Test di funzionamento**

I test di funzionamento sono predisposti per verificare la conformità e l'efficacia delle procedure adottate rispetto alle procedure e agli obiettivi di controllo formalizzati in tutte le fasi di esecuzione delle operazioni che sono soggette ad audit.

I test di funzionamento sono effettuati sulla base di un campione rappresentativo di attività selezionate con metodologia statistica, oppure sulla base di criteri volti a selezionare le operazioni maggiormente esposte a rischio.

#### **5.1.3.2. Riunione di apertura dell'Audit**

La riunione di apertura sancisce l'inizio delle attività operative di audit.

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

- il responsabile apicale del soggetto auditato;
- i collaboratori della Struttura auditata individuati dal Responsabile come referenti;
- il responsabile della funzione di audit oppure persona delegata e gli Internal auditor assegnati all'intervento.

In tale contesto saranno esaminate di norma:

- le procedure di verifica (analisi di processo e testing) che saranno effettuate nel corso dell'audit;
- i ruoli e la suddivisione dei compiti all'interno del team di Internal Auditing, nel caso in cui siano coinvolti più auditor nell'intervento di audit;
- la richiesta d'informazioni specifiche non contenute nella lista di documentazione inviata con la lettera d'avvio dell'attività;
- gli aspetti logistici della conduzione dell'audit;
- le modalità di accesso a luoghi, documenti e sistemi informatici;
- il processo di comunicazione previsto nel corso dell'audit (tempi e persone incaricate di condividere il lavoro svolto);
- i tempi di lavoro (inclusa una prima proposta di un piano interviste);
- le aree considerate critiche dal management;
- eventuali ulteriori argomenti di particolare interesse dell'auditor;
- l'identificazione nominativa dei referenti del processo o della procedura auditata.

Nella riunione potrà essere svolta l'intervista con il responsabile dall'azione/procedura oppure il *workshop* per verificare, sulla base delle informazioni raccolte, le valutazioni dei rischi e dei controlli formulate nella Risk and Control Matrix.

Una sintesi degli argomenti discussi e delle conclusioni raggiunte nella riunione di apertura è formalizzata dall'auditor incaricato dell'intervento in un Verbale della riunione, che è sottoposto per via mail al responsabile dell'azione/procedura che può osservare e integrare quanto verbalizzato. Il verbale deve essere archiviato nella forma risultante a seguito delle osservazioni e integrazioni del responsabile dell'azione/procedura.

Per approfondire aspetti particolari dell'azione/procedura si potranno tenere ulteriori incontri tra il team di audit e il gruppo di lavoro della Struttura auditata. I lavori potranno svolgersi anche con la sola partecipazione di collaboratori dell'Internal Auditing e referenti della Struttura auditata e saranno verbalizzati con le stesse modalità previste per l'incontro di apertura. I *workshop* si terranno in misura massima di due per ogni audit, salvo richiesta della Struttura auditata.

### **5.1.3.3. Testing**

Completata l'analisi di processo e identificati i relativi controlli, gli auditor danno avvio alla fase di *testing*. La fase di *testing* è finalizzata a esprimere un giudizio circa l'efficacia del controllo da un punto di vista operativo ossia se il controllo opera effettivamente.

La fase di *testing* prevede che sia selezionato e analizzato un campione tra gli elementi che compongono la popolazione oggetto d'indagine. Gli auditor estendono quindi l'esito del test effettuato sul campione e le proprie considerazioni sull'intera popolazione.

L'attività di testing prevede le seguenti fasi:

- identificazione degli elementi oggetto di testing;
- selezione del campione e predisposizione del verbale di campionamento;
- esecuzione dell'attività di testing;
- condivisione dei risultati.

Identificazione dei controlli oggetto di testing



<b>A.O. S. CARLO BORROMEIO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 21 di pag 27

**Oggetto principale** di *testing* sono i cosiddetti "*key controls*", elementi il cui mancato funzionamento potrebbe pregiudicare significativamente il raggiungimento degli obiettivi.

Nell'identificazione dei "*key controls*" è necessario tenere in considerazione i seguenti elementi:

- numero e significatività dei rischi che sono mitigati dal controllo;
- tipologia di controllo;
- esistenza di controlli compensativi che, in caso di fallimento del controllo in esame, Potrebbero ridurre l'impatto del manifestarsi del rischio;
- probabilità che il controllo operi in modo efficace;
- eventuali cambiamenti significativi all'interno dell'ambiente di controllo per il periodo considerato.

#### **Selezione del campione**

Gli auditor, una volta definiti i controlli chiave oggetto di testing, richiedono ai soggetti auditati gli universi di attività che costituiranno la popolazione di riferimento per l'attività di testing.

Successivamente, gli auditor procedono all'individuazione del campione da testare coerentemente con la definizione dell'obiettivo e della strategia di testing.

I singoli elementi del campione da testare sono definiti come componenti individuali facenti parte dell'intera popolazione e possono corrispondere a documenti, registrazioni, transazioni e altro.

Prima dell'inizio della fase di testing, è necessario determinare un numero delle evidenze tali da soddisfare un particolare obiettivo di audit, di supportare una determinata conclusione e definire le modalità di selezione delle stesse. Qualsiasi metodologia di campionamento si basa sull'assunzione che non è necessario esaminare tutte le evidenze per confermare la correttezza di un'asserzione. La tipologia di campionamento utilizzata è prettamente un metro di giudizio: più critiche sono le asserzioni da validare, più forte è il grado di precisione richiesto all'analisi, più estensiva e popolata di item deve essere l'attività di testing.

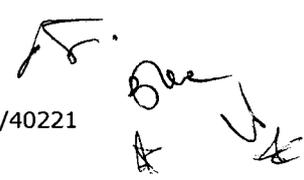
#### **Esecuzione dell'attività di testing**

Definita la strategia di testing e selezionato il campione, si procede all'esecuzione vera e propria del testing.

Nel corso dell'esecuzione dei test le eventuali eccezioni vanno accuratamente approfondite e dettagliatamente formalizzate nel documento di esecuzione dei test (*check list*). Ciò consente al Responsabile *Internal Auditing*, ai destinatari del reporting e agli auditor che effettueranno eventualmente un audit successivo, di comprendere il significato e l'importanza del rilievo effettuato.

I risultati dei test eseguiti vanno valutati al fine di verificare che l'evidenza esaminata sia sufficientemente ampia per giungere a conclusioni ragionevolmente corrette. Al termine del lavoro, il testing può essere esteso ad altri elementi, al fine di verificare se una determinata anomalia possa essere ricondotta a un'isolata eccezione. Le informazioni aggiuntive ricavate dagli ulteriori test potrebbero fornire un più elevato grado di certezza in merito al rilievo da riportare nel rapporto finale di audit.

Quando si decide l'estensione di un test, è richiesto un giudizio professionale circa la dimensione del campione aggiuntivo da testare: l'auditor potrebbe decidere di utilizzare il medesimo metodo di campionamento del test originario, oppure di modificarlo. L'auditor potrebbe anche limitare l'obiettivo dei test aggiuntivi alla verifica dell'attributo specifico, la cui assenza ha dato origine all'anomalia.



## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 22 di pag 27

L'esame della documentazione relativa alle operazioni selezionate può avvenire, secondo le modalità di archiviazione della documentazione, di norma in modalità d'ufficio da parte dell'auditor oppure può essere effettuato presso la Struttura auditata.

Il Responsabile della funzione di Internal Auditing trasmette (via mail) la richiesta alla Struttura auditata di messa a disposizione del fascicolo oppure delle registrazioni relativi all'operazione da verificare e della documentazione da acquisire, con un anticipo di norma di sette giornate lavorative rispetto alla data in cui inizia il controllo.

L'auditor che prenda in consegna la documentazione, se richiesto, firmerà la lista dei documenti consegnati predisposta dalla Struttura auditata.

Nel caso di verifica sulla base di registrazioni informatiche, la Struttura auditata predisporrà le modalità di accesso ai sistemi informativi dedicati, specificando durata e contenuto dell'autorizzazione, normalmente per la sola lettura. Per ogni progetto è predisposto un fascicolo all'interno del quale è conservata la documentazione acquisita e la lista di controllo (*check list*). Le verifiche sono svolte con l'utilizzo di apposite liste di controllo differenziate in relazione alla tipologia di operazione da esaminare.

I funzionari predispongono la lista di controllo di riferimento da utilizzare per la verifica del progetto.

I principali aspetti oggetto di verifica sono: l'effettiva conformità dell'operazione agli obiettivi dell'azione e alla procedura; il rispetto degli adempimenti richiesti per l'approvazione, durante l'esecuzione dell'operazione e successivamente alla sua conclusione.

Le constatazioni e le relative raccomandazioni che emergono nel corso dell'esecuzione del lavoro sul campo devono essere formalizzate mediante la compilazione di documenti che contengono l'indicazione della problematica rilevata dall'auditor, la descrizione del rischio, la raccomandazione per migliorare il Sistema di Controllo Interno.

#### **5.1.4 Reporting e comunicazione dei risultati**

Conclusa la fase di esecuzione dell'audit sul campo, il team di audit predisponde un rapporto preliminare. Il rapporto preliminare riassume le constatazioni formulate in fase di analisi di processo e di testing e documentate all'interno dei singoli documenti che contengono l'indicazione della problematica rilevata dall'auditor sulla base delle evidenze raccolte.

Il rapporto preliminare di Audit è inviato al responsabile della Struttura auditata e è esaminato nel corso di un incontro di chiusura.

##### **5.1.4.1. Incontro di chiusura**

Le constatazioni contenute nel rapporto preliminare sono discusse dal team di audit e dal responsabile e referenti della Struttura auditata in un *Incontro di chiusura* da svolgersi entro i termini previsti dal Programma di Audit condiviso con il soggetto auditato e comunque non oltre 10 giorni lavorativi dall'invio del rapporto preliminare.

L'incontro è volto a valutare l'importanza delle non conformità rilevate nel corso dell'audit in relazione agli obiettivi programmati per l'azione 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 dell'incontro di chiusura potrà essere svolto contraddittorio in forma scritta se la complessità degli aspetti controversi lo richiede oppure ancora nel caso risulti impossibile tenere

<b>A.O. S. CARLO BORROMEO</b>		
	<b>Manuale Internal Auditing</b>	14/12/2015 Rev. 0 Pag 23 di pag 27

tempestivamente l'incontro di chiusura. In caso di contraddittorio scritto il responsabile della Struttura auditata farà pervenire le proprie osservazioni entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento del rapporto preliminare.

#### **5.1.4.2. Rapporto definitivo e comunicazione dei risultati**

Dopo la condivisione con le strutture auditate, è intrapresa la stesura del Rapporto di Audit definitivo.

Il Rapporto di Audit deve essere predisposto e inviato entro i termini concordati con il soggetto auditato in fase di pianificazione dell'intervento di audit e non oltre 20 giorni lavorativi dall'incontro di chiusura.

Il Rapporto di Audit descrive lo scopo, l'ampiezza e i risultati dell'audit, evidenzia i rilievi, le conclusioni e le raccomandazioni formulate a seguito del lavoro e riporta l'opinione del responsabile dell'audit sul sistema di gestione e controllo dell'azione/procedura.

Il Rapporto deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- la data dell'audit e il periodo coperto dall'audit;
- l'identificazione dell'attività e del settore d'intervento sottoposti ad auditing;
- elenco dei partecipanti ai lavori;
- gli obiettivi e i criteri rispetto ai quali è stato condotto l'audit;
- i documenti di riferimento per l'audit;
- l'esito dei test di funzionamento effettuati;
- i rischi rilevati e gli adeguamenti raccomandati;
- il Piano d'azione.

#### **La Struttura del Rapporto di Audit finale è formata dalle seguenti sezioni:**

- executive summary;
- obiettivo e portata/ambito audit;
- contesto e informazioni di fondo;
- metodologia di svolgimento dei lavori;
- constatazioni dettagliate;
- piano d'azione;
- allegati.

All'occorrenza, alcune sezioni possono essere accorpate o diversamente denominate fermi restando i contenuti di seguiti indicati.

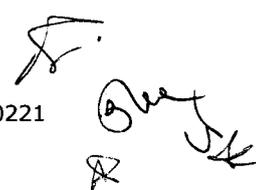
#### **Executive Summary**

*Executive Summary* è una sintesi delle conclusioni raggiunte, predisposta per i Direttori di Servizio/Responsabili di UO delle strutture auditate, allo scopo di fornire le informazioni rilevanti per l'elaborazione e il monitoraggio delle azioni correttive.

L'*Executive Summary* contiene:

- l'opinione sull'efficacia del Sistema di Gestione e Controllo esaminato;
- le principali osservazioni in ordine d'importanza dei rischi rilevati;
- le raccomandazioni correlate;
- gli aspetti principali della posizione del responsabile della Struttura auditata se divergente dalle conclusioni del rapporto.

#### **Obiettivi e portata/ambito audit**



## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 24 di pag 27

In questa sezione devono essere indicati gli obiettivi specifici dell'audit, gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e le procedure e/o operazioni e/o processi che sono stati esaminati.

#### Contesto e informazioni di fondo

Questa sezione ha lo scopo di informare i responsabili ai vari livelli del soggetto auditato relativamente ai seguenti aspetti:

- materialità delle operazioni esaminate;
- esiti dell'analisi dei rischi preliminare;
- esiti delle eventuali missioni di audit effettuate precedentemente dall'Internal Auditing oppure da altri organismi di controllo comunitari e nazionali
- Esiti dei controlli sulle operazioni

#### Metodologia di svolgimento lavori

In questa sezione devono essere illustrate le modalità con cui è stato effettuato l'audit con riferimento a:

- criteri di valutazione adottati;
- documentazione esaminata;
- riunioni e le interviste effettuate;
- test di funzionamento svolti.

#### Constatazioni dettagliate

In questa parte del rapporto sono riportate le carenze del sistema di gestione e controllo evidenziando la deviazione del suo funzionamento rispetto ai criteri adottati, l'impatto in termini di errori conseguenti alla deviazione riscontrata e l'azione da intraprendere per adeguare il sistema allo standard individuato, secondo il seguente schema:

- standard
- scostamento
- impatto
- azione correttiva
- osservazioni del responsabile della Struttura auditata se divergente dalle conclusioni relative a ciascuna constatazione.

#### Piano d'azione

Il piano d'azione riporta in forma sinottica i seguenti elementi:

- sintesi delle osservazioni;
- descrizione delle azioni correttive;
- responsabile dell'esecuzione dell'azione;
- data limite prevista per il completamento oppure posizione del responsabile della Struttura auditata se in dissenso con i correttivi indicati priorità di esecuzione dell'azione.

Le osservazioni e/o obiezioni avanzate in sede d'*incontro finale* relativamente al Piano di Azione sono integrate nel Rapporto finale di Audit.

Il rapporto di audit riporta anche l'evidenza di un'eventuale non condivisione delle azioni correttive da parte del Management che si assume la responsabilità di non presidiare il rischio rilevato.

Occorre, tuttavia, tenere presente che:

- l'accettazione del rischio deve sempre risultare dalla documentazione dell'audit;
- il rischio può essere accettato solo da chi è effettivamente responsabile delle eventuali conseguenze.

## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 25 di pag 27

Il Responsabile della Funzione *Internal Auditing* trasmette il Rapporto di audit al Management auditato e alla Direzione Strategica. In caso di errori e/o omissioni significative nella comunicazione, sarà cura del Responsabile della Funzione *Internal Auditing* segnalare la rettifica agli stessi soggetti destinatari dell'invio del Rapporto di Audit.

#### 6 FOLLOW-UP

Il *follow-up* è il processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'azione.

Spetta al Responsabile *dell'Internal Auditing* definire natura, grado di approfondimento e tempistica del follow up, in funzione:

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

Secondo la 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/materia;
- per le azioni di priorità media e alta, il follow-up deve essere programmato tempestivamente alla scadenza dei termini previsti nel tale circostanza, l'attività di follow-up è inclusa nel Piano Annuale di Audit.

#### 6.1 Monitoraggio del piano d'azione

Il monitoraggio del piano d'azione avviene sulla base delle informazioni fornite periodicamente dai direttori di struttura auditata, secondo le scadenze stabilite nel rapporto di audit.

In caso di azioni correttive da eseguirsi con l'adozione di procedure, la produzione di reportistica e l'aggiornamento dello stato di attuazione dell'azione/procedura, lo stato di attuazione della raccomandazione può essere definito sulla base delle informazioni ricevute.

#### 6.2 Missione di follow up

Se le informazioni fornite dai direttori di struttura auditata non sono sufficienti per determinare lo stato di attuazione della raccomandazione, sarà programmata una missione di *follow-upper* per verificare le azioni effettivamente intraprese dai direttori di struttura auditata.

Per organizzare la missione di *follow up* si procede mediante:

- Comunicazione, con almeno 15 giorni lavorativi di anticipo dalla data dell'incontro;
- Acquisizione della documentazione relativa alle azioni correttive intraprese dai direttori di struttura auditata;
- Esame della documentazione acquisita e richiesta di eventuali integrazioni.

Durante la missione di follow up il responsabile dell'Internal Auditing verifica con i direttori di struttura auditata l'efficacia delle azioni correttive adottate a seguito dell'audit e redige uno specifico verbale.

Il responsabile *dell'Internal Auditing* sulla base della valutazione professionale dell'auditor decide se effettuare un nuovo ciclo di test e la tipologia stessa dei test da effettuare.

Nel caso in cui l'azione correttiva concordata nel Piano di Azione non sia stata eseguita è necessario valutare se il rischio non sussista più o si sia ridotto a causa di altri fattori. Qualora il rischio permanga nella misura iniziale, è necessario farne menzione nel Rapporto di *follow up*.

Al termine della missione si redige il Rapporto di *follow-up* che elenca i rilievi contenuti nel Rapporto di Audit, le azioni correttive poste in essere e i miglioramenti raggiunti, in termini di efficacia, dei controlli effettuati. Nel caso in cui sussistano dei rischi non ancora mitigati il Rapporto di *follow-up* riporta le motivazioni, propone nuove azioni correttive e una nuova data di esecuzione di un nuovo *follow-up*.

Il Rapporto di *follow up* deve essere indirizzato alle stesse persone cui é stato indirizzato il Rapporto finale di Audit

### **6.3 Risultati di follow - up**

Nel Rapporto di *follow up*, il livello di attuazione delle azioni correttive deve essere compendiato in:

#### **1. Azione attuata**

Sono state attuate le azioni previste per mitigare il rischio in modo efficace o sono state intraprese azioni anche differenti da quelle consigliate che hanno tuttavia raggiunto il medesimo obiettivo di gestione del rischio.

#### **2. Azione parzialmente attuata**

Le azioni previste per mitigare il rischio in modo efficace sono in corso, ma non ancora completate.

Si rende pertanto necessaria l'effettuazione di un successivo intervento di follow-up di verifica.

#### **3. Azione non attuata**

#### **4. Azione non più applicabile**

### **6.4 Tabella di monitoraggio del Piano d'azione**

La tabella di monitoraggio riproduce il Piano d'azione e ne aggiorna lo stato di attuazione sulla base delle informazioni ricevute e dei risultati delle missioni di follow-up. La Tabella, gestita su formato elettronico, é mantenuta e archiviata presso il Responsabile *Internal Auditing*.

## **7 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT**

### **7.1 Archivio cartaceo**

Il Responsabile dell'Audit raccoglie e conserva le comunicazioni e la documentazione da e verso l'esterno e la documentazione a uso interno (Manuale operativo, Piano annuale di audit, fascicoli degli audit, ecc.). Il materiale é fascicolato e custodito all'interno di appositi armadi.

La documentazione é custodita per i 5 anni successivi all'anno di riferimento.

La gestione e conservazione dell'archivio cartaceo é in carico al team di audit con la collaborazione del personale di segreteria.

#### **7.1.1 Archivio degli interventi di audit**

Per ciascun intervento di audit, é 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 é pervenuti.

Il fascicolo é individuato da un codice, lo stesso che lo contraddistingue all'interno del Piano annuale di audit. Tale codice é il riferimento che consente di identificare tutta la documentazione prodotta o ricevuta nel corso dell'intervento. Pertanto, il suddetto codice é riportato, oltre che sul fascicolo, anche su tutte le carte in esso archiviate.

## A.O. S. CARLO BORROMEO



### Manuale Internal Auditing

14/12/2015  
Rev. 0  
Pag 27 di pag 27

Al fine di facilitarne la gestione, in testa al fascicolo é inserito un sommario, indicante i documenti in esso contenuti.

Gli elementi essenziali da allegare al fascicolo dell'intervento di audit sono:

- la lettera di pianificazione dell'intervento;
- le carte di lavoro firmate e referenziate dagli auditor;
- la corrispondenza e le comunicazioni intercorse con i soggetti auditati.

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

## A.O. S. CARLO BORROMEIO



### Programmazione delle Attività di Internal Audit anno 2016

#### All.2

- **AZIONE/PROCEDURA OGGETTO DELL'AUDIT:**

L'attività amministrativa finalizzata al:

- conferimento di incarichi libero professionali
- conferimento di incarichi a tempo determinato
- conferimento di borsa di studio
- affidamento diretto ai sensi dell'art. 125 comma 11 del Codice degli appalti;

- **DIREZIONE/STRUTTURA AUDITATA:**

Servizio Risorse Umane

Servizio Tecnico e Programmazione Lavori

Servizio Provveditorato ed Economato

- **AMBITO DELL'AUDIT:**

Le modalità di conferimento degli incarichi in ambito Risorse Umane e dell'acquisizione di beni/servizi e lavori oggetto dell'attività di audit in ottemperanza alla normativa vigente in materia

- **OBIETTIVO DELL'INTERVENTO:**

L'attività di auditing dovrà quindi verificare la conformità degli atti/processi alle norme, valutando l'adeguatezza, l'affidabilità e la funzionalità dei processi in relazione alle finalità perseguite.

L'attività di auditing potrà quindi evidenziare eventuali problemi organizzativi, formativi e procedurali che potranno portare alla formulazione di eventuali raccomandazioni necessarie per orientare le azioni e innovazioni necessarie per risolvere le criticità riscontrate.

- **CRONO-PROGRAMMA DELLE ATTIVITA':**

In virtù della imminente costituzione dell' ASST Santi Paolo e Carlo, si ritiene opportuno formalizzare il crono programma delle attività di audit con Direzione Strategica che verrà nominata a decorrere dal 1 gennaio 2016, anche al fine di coordinare un'azione congiunta con il Presidio Ospedaliero San Paolo.

**PARERE DI REGOLARITA'**

Proposta di delibera del Servizio/Ufficio: SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI

**OGGETTO: Approvazione del Manuale di Internal Audit dell'A.O. Ospedale San Carlo Borromeo e Programmazione delle Attività di Internal Auditing anno 2016.**

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA**

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica della proposta di delibera sopra citata.

DIRETTORE *AD INTERIM* SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI

(Dr.ssa *Maurizia FICARILLI*)

Data, 10/12/2015

La presente proposta di deliberazione

- NON comporta oneri di spesa
- COMPORTA oneri di spesa e pertanto viene inviata al Servizio Economico – Finanziario per l'attestazione di regolarità contabile.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dr. *Alessandro PETILLO*)

Data, 10/12/2015

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE**

Il Responsabile del Servizio Economico Finanziario attesta la regolarità contabile e la copertura economica della proposta di delibera sopra riportata.

IL RESPONSABILE  
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO  
(Dott.ssa Agata MANNINO)

Data, 10 DIC 2015