

**Protocollo stilato in accordo con quello in uso presso l' ASST Grande  
Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

**REGOLAMENTO INTERNAL AUDITING**

L'internai auditing è una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

Svolge un controllo di terzo livello presidiando i controlli di secondo livello svolti dalle altre funzioni aziendali (Controllo di gestione, Risk management, Qualità, Anticorruzione...) e quelli di primo livello attuati dai dirigenti responsabili dei processi aziendali.

Il suo scopo è quello di supportare l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico volto a identificare, monitorare e migliorare il sistema di gestione dei rischi.

Gli scopi e le attività della funzione sono:

- esaminare e valutare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema dei controlli interni dell'organizzazione e delle modalità e qualità di svolgimento delle responsabilità assegnate
- verificare l'affidabilità e integrità delle informazioni - finanziarie, operative e gestionali - nonché i mezzi e gli strumenti utilizzati dall'organizzazione per identificare, raccogliere, classificare e riferire tali informazioni
- esaminare i sistemi in atto per assicurare il rispetto di politiche, procedure, piani e regolamenti che possano incidere significativamente sulle operazioni e sulla reportistica, accertandone inoltre l'effettiva ottemperanza da parte dell'organizzazione
- verificare i sistemi e i mezzi posti in atto per la protezione del patrimonio dell'organizzazione e, ove necessario, accertarne l'effettiva consistenza
- valutare la rispondenza tra impiego delle risorse e criteri di economicità ed efficienza
- verificare che attività e progetti si svolgano secondo piani e programmi predefiniti e che i risultati conseguiti siano coerenti con gli obiettivi e i traguardi stabiliti
- valutare, in un contesto in continua evoluzione, la significatività dei rischi dell'organizzazione, accertandone l'adeguata comprensione e l'appropriata gestione
- facilitare il processo di miglioramento continuo dell'organizzazione

**1. Oggetto e scopo**

Il presente Regolamento:

descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di internai auditing dell'Azienda Ospedaliera BMM Reggio Calabria nell'attività di auditing sui processi operativi aziendali;

viene adottato con deliberazione del Direttore Generale;

potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento normativo e del contesto organizzativo che dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del Regolamento stesso.

## 2. Campo di applicazione

I destinatari del Regolamento sono: il coordinatore della funzione di internal auditing, il gruppo di lavoro aziendale a supporto della funzione di internal auditing, la Direzione strategica, tutte le Direzioni, Strutture, Unità Operative, Uffici dell'AO BMM di Reggio Calabria

## 3. Responsabilità

I compiti e le responsabilità per ogni funzione/ruolo individuata/o nel presente Regolamento sono specificati al successivo paragrafo 6.

## 4. Documenti di riferimento

### Esterni

- o D.Lgs. 286/1999 - Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della Legge 59 del 15/03/1997
- o L.R. 30 del 27/12/2006 - Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della LR 34 del 31/03/1978 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - *che, in attuazione dello Statuto di Regione Lombardia, ha istituito il Sistema Regionale costituito da Regione e dagli Enti individuati dagli allegati 1 e 2 della stessa legge*
- o D.Lgs. 150/2009 - Attuazione della Legge 15 del 04/03/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni
- o LR. nr. 33/2009 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e s.m.i.
- o L.R. 14 del 06/09/2010 - *che, secondo quanto stabilito dalla LR. 30/2006, ha differenziato la forma di partecipazione degli Enti al Sistema Regionale sulla base della loro tipologia*
- o DGR 2524 del 24/11/2011 - *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 e da ultimo, alla tenuta complessiva dello stesso Sistema*
- o D.L. 174/2012 - Disposizioni urgenti in materia di finanzia e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012 (convertito con modificazioni dalla Legge 213 del 07/12/2012)
- o DGR 1292 del 30/01/2014 - Direttive per il 2014 per gli enti dell'allegato AI, sezione I della LR 30/2006 - *con cui sono state definite le direttive della Regione agli Enti e alle Società del sistema regionale in merito alla tipologia dei controlli con particolare riferimento alla funzione di internal auditing*

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

- o DGR X/2989 del 23/12/2014 - Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015

## **Interni**

- o Nota prot. 44280 del 17/11/2009 del Direttore SC Risorse Finanziarie
- o Deliberazione n. 15 del 14/01/2010 - Piano di organizzazione aziendale 2008-2010: attivazione della funzione di internal auditing
- o Deliberazione n. 704 del 17/09/2015 - Approvazione della proposta relativa allo sviluppo delle attività di internal auditing. Nomina del coordinatore e dei componenti del gruppo di lavoro.
- o "Progetto internal auditing" presentato dal Direttore della Direzione Amministrativa di Presidio

## **5. Indicatori**

Non sono previsti indicatori.

## **6. Contenuto**

### **6.1 Assetto organizzativo della funzione di internal auditing**

La funzione di internal auditing dell'AO BMM Reggio Calabria è costituita da un Dirigente coordinatore e da un gruppo di lavoro (costituito da funzionari di diverse strutture aziendali individuati in base alle competenze e professionalità) che affiancherà il coordinatore nelle diverse attività. E' facoltà del coordinatore avvalersi di ulteriori professionalità per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo oggetto di audit.

Il coordinatore della funzione individua, per ciascun audit, i componenti del gruppo le cui competenze professionali sono maggiormente attinenti al processo oggetto di audit, costituendo il "gruppo di audit".

Ciascun componente del gruppo assicura, per gli audit ai quali è designato a partecipare, l'insussistenza di conflitti di interessi. Qualora un componente del gruppo di audit sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell'attività oggetto di analisi, il coordinatore, sentito il Direttore Generale, provvede alla sostituzione dello stesso con una diversa figura aziendale, nei principi di obiettività, trasparenza ed imparzialità che sottendono la funzione di IA.

### **6.2 Compiti della funzione di IA**

Alla funzione di internal auditing **compete:**

- assistere la Direzione nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative
- coordinare e pianificare l'attività di audit
- coadiuvare i responsabili delle strutture auditate nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

- predisporre il piano annuale di audit e stendere insieme al gruppo di lavoro il rapporto di audit
- eseguire gli audit programmati e l'esecuzione dei follow-up
- favorire la comprensione dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili dei processi auditati siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli esistenti,
- curare la redazione del presente Regolamento e dei suoi aggiornamenti qualora se ne verificano i presupposti
- proporre alla Direzione Generale l'attivazione di 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;
- tenere l'archivio della documentazione e delle evidenze necessarie a supporto dell'attività di audit.

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

L'attività svolta dalla funzione di IA è svolta nel rispetto dei principi contenuti nel **Codice Etico dell'Institute Internal Auditors (All.I)** e si conforma agli Standard internazionali del HA (Institute of Internal Auditor) di indipendenza, obiettività, riservatezza e competenza.

L'attività di internal auditing viene svolta nel rispetto e secondo i limiti previsti dalle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.L).

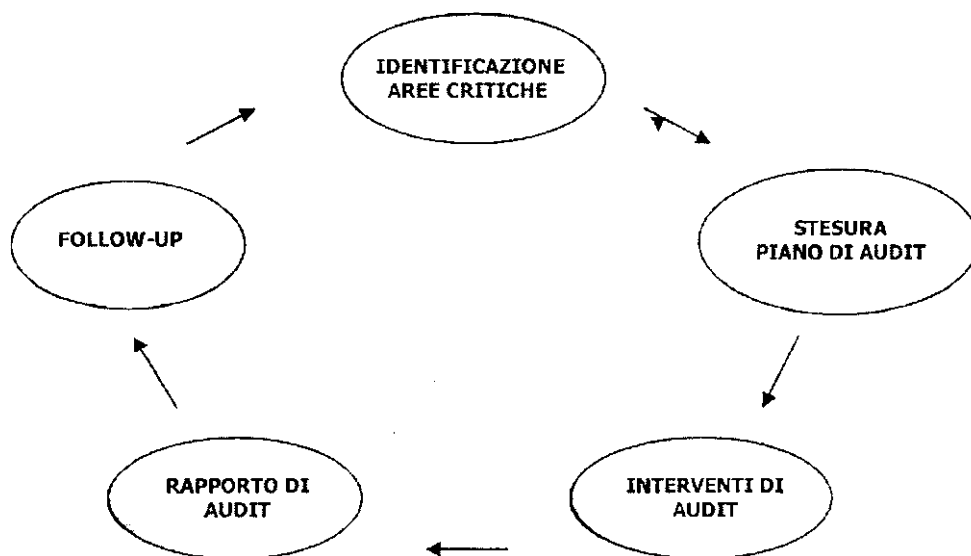
Qualora, nel corso dell'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica, il coordinatore della funzione internal auditing ed i componenti del gruppo di audit, inoltrano al Direttore Generale una relazione dalla quale si evincano tutti gli elementi raccolti per la determinazione del danno e l'accertamento delle responsabilità e dell'obbligo di denuncia alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti. L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale.

Nel caso di potenzialità lesiva, il coordinatore della funzione internal auditing insieme ai componenti del gruppo di audit, informano il Direttore Generale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e nel caso si verifichi, dell'obbligo di denuncia del fatto alla Procura erariale.

### 6.4 Processo di internal auditing

Il processo descrittivo delle attività della funzione di internal auditing è quello dello schema sotto riportato:

Rev. n° 0 del 30/11/2015.



## 6.5 Identificazione delle aree critiche

L'identificazione delle aree critiche è l'attività preliminare alla formulazione del Piano annuale di audit. L'obiettivo di questa fase consiste nell'individuare le aree (funzioni, processi....) maggiormente critiche, e quindi potenzialmente esposte a rischi, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi:

- a) IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI
- b) VALUTAZIONE DEI RISCHI (Risk assessment)

### 6.5.a Identificazione dei rischi

Il gruppo di audit procede all'identificazione dei principali rischi che ineriscono ai processi aziendali attraverso:

- **l'Universo di Audit:** insieme di tutti i processi individuati dalla normativa nazionale e regionale in materia sanitaria, in particolare dalla LR. nr. 33/2009 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e s.m.i. , dalle Regole di gestione del servizio socio sanitario emanate annualmente da Regione Lombardia, dalle deliberazioni regionali di definizione degli obiettivi aziendali operativi e strategici di sistema.
- l'analisi e la valutazione delle **Fonti Interne ed Esterne:** insieme dei rilievi/richieste/indicazioni provenienti da strutture interne/organismi esterni all'Azienda, dall'analisi di documenti/dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergano aree di rischio non adeguatamente presidiate.

Tra le principali fonti interne ed esterne si indicano:

1. *verbali del Collegio Sindacale*

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

2. *piano annuale di Risk Management*
3. *valutazione strumenti di monitoraggio Performance Aziendale (es. Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, Obiettivi di budget)*
4. *verbali del Collegio di Direzione*
5. *controlli dei Nuclei operativi di Controllo delle prestazioni dell'ASI Città di Milano*
6. *controlli dei Nuclei Operativi di Controllo Contabile di Regione Lombardia*
7. *confronto con l'Ufficio Legale*
8. *Nucleo di valutazione delle Prestazioni*
9. *Piano Triennale Anticorruzione*
10. *confronto con il responsabile anticorruzione aziendale*
11. *richiesta di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero, della Regione, dell'ASI*
12. *Ufficio Relazioni con il Pubblico*

II presente elenco non è da ritenersi esaustivo.

Sulla base delle valutazioni sopra indicate è stato redatto l'**Universo dei rischi (Ali.2)** che costituisce un elenco dinamico, soggetto a periodici aggiornamenti non assoggettati alla procedura di modifica/revisione del presente Regolamento.

#### **G.S.b Valutazione dei rischi (Risk assessment)**

Questa fase è propedeutica alla predisposizione del Piano di audit e viene svolta dal coordinatore della funzione di internal auditing e dal gruppo di lavoro congiuntamente con i Dirigenti responsabili dei processi oggetto di valutazione.

Individuati gli **obiettivi aziendali**, la valutazione dei rischi è effettuata:

- individuando i **RISCHI POTENZIALI**
- identificando le attività di controllo (**Sistemi di Controllo Interni - SCI**) poste in essere dal Management per mitigare i rischi potenziali
- determinando i **RISCHI RESIDUI** che dovranno essere nulli o ritenuti accettabili dal Management

Per ogni processo vengono esaminati i controlli messi in atto dal responsabile al fine di attenuare i rischi potenziali e pertanto ridurre i rischi residui.

**RISCHIO** -> evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management

In primo luogo è necessario valutare il **RISCHIO (P)** in cui l'azienda incorre misurando lo stesso in termini di **PROBABILITÀ' (P)** di accadimento e di **IMPATTO (I)**

$$\text{RISCHIO} = \text{PROBABILITÀ} \times \text{IMPATTO}$$

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

**PROBABILITÀ'** -> frequenza del manifestarsi del rischio o di possibile accadimento dell'evento negativo identificato

<b>VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ'</b>	
<b>QUASI CERTO -&gt; 4</b>	E' presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (es. anno).
<b>MOLTO PROBABILE -&gt; 3</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità.
<b>POCO PROBABILE -&gt; 2</b>	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo.
<b>RARO -&gt; 1</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota.

**IMPATTO** -> livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi; danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno) provocato dal manifestarsi dell'evento negativo

<b>VALUTAZIONE DELL'IMPATTO</b>	
<b>GRAVE -&gt; 4</b>	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es. casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informatici).
<b>SIGNIFICATIVO -&gt; 3</b>	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione.
<b>MODERATO -&gt; 2</b>	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda (es. inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio).
<b>IRRILEVANTE -&gt; 1</b>	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi ma situazioni anomale che, a giudizio dei management, possono richiedere interventi correttivi sui controlli a presidio di tali rischi.

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio in termini di probabilità e impatto è la **MA TRI CE DI RA CM** (*Risk Assessment Criteria Matrix*):

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

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

## LEGENDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

**B**    **Rischio basso**

**M**    **Rischio medio**

**E** **Rischio alto**

La valutazione dei rischi si conclude con un rapporto riepilogativo conclusivo in cui vengono evidenziati i processi che, sulla base del rischio residuo, si ritiene prioritario analizzare.

Il rapporto viene inviato alla Direzione Generale.

### 6.6    **Stesura del piano di audit**

Il Piano di audit viene predisposto sulla base del risultato della Valutazione dei rischi e del contenuto del rapporto riepilogativo conclusivo.

Nel Piano vengono definiti gli ambiti di azione e le attività di controllo da svolgere sulla base:

- dei risultato della Valutazione dei Rischi (Risk Assessment)
- e/o degli ambiti che la Direzione Generale ritenga di sottoporre ad audit (sulla base delle proprie valutazioni strategiche).

Periodicamente potrà essere sottoposto ad audit anche un processo per il quale la valutazione del controllo operato sullo stesso sia definita adeguata ed il conseguente rischio residuo basso/medio al fine di sottoporre a verifica la correttezza/congruità del procedimento di applicazione della RACM sulla valutazione del rischio.

Il Piano Annuale di audit deve contenere le seguenti informazioni:

- definizione dei processi che saranno sottoposti ad audit ed obiettivi da perseguire
- programmazione delle attività e tempi di realizzazione

Il Piano di audit viene predisposto **entro la fine di ogni anno** ed è sottoposto alla Direzione Generale per l'approvazione.

### 6.7    **Interventi di audit**

#### 6.7.a **Pianificazione e comunicazione dell'intervento di audit**

L'avvio dell'attività di audit viene comunicato al soggetto auditato con nota scritta del Direttore Generale.

Nella nota viene:

Rev. n° 0 del 30/11/2015.



identificato il gruppo di audit;

- specificato l'obiettivo dell'attività di audit;
- richiesto di mettere a disposizione del gruppo di audit tutti gli elementi utili alla conoscenza del processo in esame (normativa, procedure di supporto, regolamenti, certificazioni, flowchart organizzativi, manuali...).

#### **6.7.b Programmazione operativa dell'intervento di audit**

In questa fase:

- viene preso contatto con la struttura interessata dall'audit la quale è stata preventivamente avvisata con la comunicazione di cui al punto precedente - 6.7.a) per concordare una data per la riunione di apertura;
- vengono studiati gli obiettivi specifici da perseguire, gli ambiti da coprire, i processi e le procedure da esaminare, la metodologia da seguire, le caratteristiche del campione da verificare;
- viene steso il calendario dei lavori.

#### **6.7.c Riunione di apertura**

Nella riunione viene comunicato alla struttura auditata quanto è stato dettagliato nella precedente fase di programmazione (6.7.b) in particolare lo scopo, l'ambito dell'audit e la metodologia che verrà adottata per la sua esecuzione.

All'incontro partecipa il responsabile della struttura auditata con i propri collaboratori ed il gruppo di audit.

Della riunione viene steso verbale.

#### **6.7.d Conduzione dell'audit**

La conduzione dell'audit è la fase di svolgimento del lavoro sul campo e può essere condotta con tecniche e strumenti differenti che possono essere usati insieme o alternativamente a seconda dell'obiettivo e del grado di affidabilità dei risultati.

In una fase preliminare il gruppo di audit effettua un'**analisi della documentazione acquisita** prendendo in esame la normativa, le procedure, l'organizzazione, la distribuzione delle risorse impegnate e tutte le ulteriori informazioni di interesse per lo svolgimento dell'audit.

Gli ulteriori strumenti di valutazione utilizzati dal gruppo di audit, anche in combinazione tra di loro, possono essere:

**interviste:** il responsabile della struttura auditata può essere intervistato dal team di audit -anche con il supporto di una check list predefinita - quale ulteriore approfondimento delle conoscenze acquisite nel corso dello studio del processo e/o allo scopo di chiarire i punti dubbi;

**work-shop:** possono essere organizzati work-shop in forma collegiale per raccogliere i punti di vista e confrontare le differenti posizioni dei responsabili e dei funzionari che partecipano al processo, nelle sue diverse fasi;

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

**questionari a risposta aperta/chiusa:** utilizzati per richiedere informazioni sulle procedure e sul funzionamento delle diverse fasi del processo (della somministrazione dei questionari occorre sempre avvisare il responsabile della struttura auditata);

**azioni di re-performance:** con questa tecnica viene testata l'efficacia della procedura di controllo; nel corso dell'audit viene "provata" e rifatta la procedura di controllo alla presenza degli operatori addetti per determinare se si perviene allo stesso risultato;

**osservazione diretta:** la tecnica è basata sull'osservazione delle fasi della procedura o dei processi oggetto di audit e consente di avere maggiore affidabilità delle evidenze di audit; è spesso utilizzata sui controlli automatici;

**campionamento:** si intende l'applicazione delle procedure di verifica a meno del 100% della popolazione in modo da trarre una valida conclusione valutando le caratteristiche del campione esaminato; il campionamento può essere casuale, mirato, sistematico.

### 6.7.e Rapporto di audit

Conclusa la fase di esecuzione dell'audit il gruppo di audit predispone un **rapporto preliminare** sullo stato attuale del sistema di controllo interno dell'attività auditata.

Il rapporto preliminare viene esaminato e discusso, dal gruppo di audit e dal Responsabile della struttura auditata, nel corso di un incontro di chiusura (exit-meeting) nel quale vengono valutate le non conformità rilevate e vengono discusse le misure necessarie da intraprendere per conseguire un livello accettabile di rischio.

A seguito dell'incontro di chiusura viene redatto un **rapporto finale** che tiene conto: dei risultati dell'audit

dei rilievi, delle osservazioni del responsabile della struttura auditata in sede di exit-meeting delle conclusioni e raccomandazioni formulate dal gruppo di audit delle azioni di miglioramento e correzione individuate e suggerite rispetto alle azioni già esistenti.

Il rapporto finale e la comunicazione che ne consegue devono contenere elementi precisi:

- destinatari del rapporto
- oggetto dell'audit
- data delle sedute e delle verifiche
- standard di controllo adottati nella verifica
- rilievi emersi
- suggerimenti, commenti e possibili azioni di miglioramento
- sintesi sul livello di adeguatezza dei sistemi di controllo interni
- previsioni di follow-up
- data e firme di chi ha partecipato alla verifica

Il rapporto finale è inoltrato alla Direzione Generale ed al responsabile della struttura auditata.

### 6.8 Follow-up

Rev. n° 0 del 30/11/2015.

E' la fase in cui viene verificata l'esecuzione delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel Rapporto finale di audit.

Il follow-up è indicato nel Rapporto finale di audit e programmato nei successivi Piani di audit.

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

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

## **6.9 Archiviazione della documentazione di audit**

Per ogni intervento di audit viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata, i verbali delle sedute, gli atti, la normativa, i documenti acquisiti, le informazioni raccolte e le risultanze finali. I fascicoli restano agli atti dell'ufficio del coordinatore della funzione IA.

## **7. Definizioni e abbreviazioni**

AO BMM Reggio Calabria = Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli Reggio Calabria

IA = Internal Auditing

SCI = Sistema di Controllo Interno

## **8. Periodo di validità del documento**

Il presente regolamento ha validità triennale in assenza di mutamenti normativi/legislativi, di variazioni organizzative o di necessità di modifica dei contenuti che determinino un aggiornamento anticipato dello stesso.

Rev. n° 0 del 30/11/2015.