SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
VIA del TERMINILLO, 42 – 02100-RIETI
TEL.0746-2781-PEC: asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Modello regionale di Controllo Interno e Processi di Audit Azienda Sanitaria Locale di Rieti

Strumento volto a garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo contabili

Firmato digitalmente da:
TEODORI ROBERTA
Firmato il 31/03/2025 13:36
Seriale Certificato: 1399814
Valido dal 03/05/2022 al 03/05/2025
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

INDICE

1. PREMESSA

Nell'ambito delle attività di coordinamento previste dall'art.2 del D.I. del 17 settembre 2012, la Regione Lazio ha sottolineato l'importanza della funzione del controllo interno, nonché, ai sensi del DCA n. 297/19 e precedenti, ha ribadito come rivesta un ruolo fondamentale l'adozione da parte delle Aziende di un sistema di controllo interno efficace, in coerenza con l'obiettivo A.1 *"Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio"* dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC), ovvero orientato in maniera costante alla verifica della corretta applicazione delle procedure, al fine di favorire la diffusione della "cultura del controllo" e, soprattutto, di rendere proficuo l'investimento effettuato in termini di rilevazione delle procedure amministrativo contabili.

A tal fine l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti ha istituito la funzione di controllo interno volta a monitorare la corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili adottate secondo le linee guida predisposte dalla Regione. L'attività di controllo interno, quale funzione indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali, nonché strumento volto a garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo contabili in ambito PAC; ha la finalità di divenire uno strumento a disposizione del management per valutare e migliorare la performance, valorizzando i concetti di trasparenza dell'azione amministrativa e di responsabilizzazione dei gestori, nonché la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, attraverso la verifica della conformità dei comportamenti alle procedure aziendali approvate.

Al fine di raggiungere l'obiettivo ultimo del PAC, l'Azienda dovrà far sì che i dati contabili siano verificabili ad opera di un revisore legale terzo chiamato ad esprimere un giudizio (ai sensi del D.lgs. 39/2010) sul bilancio nel suo complesso. Pertanto, è fondamentale per l'ASL Rieti, l'istituzione della funzione di controllo interno.

La pianificazione aziendale può essere considerata come il punto di partenza per raggiungere elevati livelli di qualità e di efficienza. Svolgere la pianificazione significa per l'Azienda programmare e definire il proprio percorso di sviluppo ed individuare gli obiettivi che intende raggiungere. Accanto all'attività di pianificazione, è importante che l'Azienda concentri parte dell'attenzione su un altro aspetto, il controllo. L'Azienda deve, infatti, controllare e monitorare che l'attività attuata sia in linea con gli obiettivi pianificati e che non venga deviata da eventi esterni.

La dinamicità del sistema ambientale e del contesto di riferimento fanno sì che ogni organizzazione si trovi a dover affrontare e gestire eventi o accadimenti che incombono direttamente sui processi gestionali. Gli eventi possono essere rappresentati da tutte quelle situazioni il cui verificarsi comporta dirette conseguenze sul sistema azienda. Ad ogni evento viene associato un impatto che può assumere connotazioni negative o positive. In caso di impatto negativo si parla di rischio, in caso contrario, invece, di opportunità. È compito del management individuare tali eventi, analizzarli ed impostare un'attività di monitoraggio in grado sia di cogliere e sfruttare le opportunità che di gestire, ridurre o eliminare i rischi. Per poter gestire i rischi l'Azienda del SSR deve progettare e implementare al suo interno un sistema adatto al suo governo.

L'implementazione di un sistema di controllo interno, quale *insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire, attraverso un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi, una conduzione dell'impresa sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati, consente una migliore allocazione e utilizzo delle risorse e delle attività, riducendo le inefficienze e gli sprechi nel rispetto del principio del "buon andamento" dell'azienda,* nonché si configura come strumento della gestione per il governo del rischio amministrativo contabile.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L'istituzione della funzione di controllo interno svolge un insieme di attività a supporto delle decisioni politiche e direzionali in fase di: definizione dei piani e dei programmi (ex ante), verifica intermedia dei risultati gestionali (in itinere) e dei risultati conseguiti (ex post). Mediante tali attività di supporto la funzione di controllo interno fornisce alla Direzione uno strumento di verifica di congruità, attestando che le azioni svolte e i risultati ottenuti siano in linea con gli obiettivi stabiliti ai vari livelli decisionali. Tale funzione ha il compito di assistere la Direzione Aziendale nelle attività di verifica per la corretta implementazione delle procedure amministrativo contabili (previste dal PAC) approvate nonché di valutare periodicamente i sistemi di controllo interno.

La prima elaborazione completa in tema di nozione e struttura dei controlli interni risale al 1992, con la pubblicazione del rapporto "*Internal Control: Integrated Framework*" da parte del *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (CoSO). Tale documento definisce il sistema di controllo interno come il processo formato da un insieme di meccanismi, procedure e strumenti, adottati dalla direzione, per assicurare una ragionevole garanzia nel conseguimento degli obiettivi, i quali possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- efficacia ed efficienza delle attività operative (*Operations*);
- attendibilità del reporting finanziario (*Reporting*);
- rispetto del quadro normativo e regolamentare di riferimento (*Compliance*).

Dalla definizione emergono le caratteristiche proprie del sistema di controllo interno, che si qualifica come **"processo"** - ossia un insieme dinamico di attività organizzate e preordinate alla salvaguardia degli interessi di tutti i soggetti coinvolti - **"di competenza del vertice aziendale"** - non predeterminato da norme e regolamenti esterni - ed **operante nella prospettiva della "ragionevole garanzia"** - funzionale non all'eliminazione integrale di errori, sostanziali o procedurali, e frodi gestionali, ma diretto alla loro riconduzione all'interno di un livello di rischio accettabile per l'Azienda.

Partendo, quindi, da tale definizione, si evince come la funzione di controllo interno non abbia un ruolo ispettivo, bensì consultivo e propositivo la cui finalità consiste nel promuovere il continuo miglioramento del sistema complessivo di valutazione del rischio e di controllo attraverso la valutazione della funzionalità del sistema di controllo, la verifica della regolarità delle attività operative e l'andamento dei rischi; il tutto, al fine di portare all'attenzione della Direzione Aziendale i possibili miglioramenti alle politiche, alle procedure di gestione dei rischi e ai mezzi di monitoraggio e di controllo.

Nel presente "Modello di controllo interno e Processi di Audit" sono descritti i ruoli, le responsabilità e le modalità operative per lo svolgimento dell'attività di controllo interno e di processi di audit sui processi operativi in riferimento alla realizzazione degli obiettivi dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il contenuto del modello e dei suoi allegati è soggetto a periodiche valutazioni ed eventuali revisioni in funzione a variazioni intervenute:

- nella normativa nazionale e regionale di riferimento;
- nella strategia dell'attività di auditing.

L'obiettivo che si intende perseguire attraverso tale modello è quello di definire:

- la metodologia per assistere il management nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- la verifica della corretta applicazione del manuale delle procedure amministrativo contabili per ogni ciclo di bilancio;
- le fasi e le tempistiche del processo di audit.

Il modello di controllo interno proposto viene aggiornato dalla funzione del controllo interno Aziendale, approvato dal responsabile della funzione e dalla Direzione Generale Aziendale.

ISTITUZIONE DELLA FUNZIONE DEL CONTROLLO INTERNO

L'attività di controllo interno è una funzione di verifica, indipendente, operante all'interno dell'Azienda e sotto la Direzione Generale, con la finalità di esaminare e valutare i processi interni alla stessa. L'obiettivo che si intende perseguire attraverso l'istituzione di tale funzione è quello di fornire un supporto volto a migliorare l'efficacia e l'efficienza nella gestione di componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento delle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, volto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).

La funzione di controllo interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, svolge le seguenti attività:

- assiste la Direzione Aziendale nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative;
- verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite dall'Azienda, sulla base dei requisiti minimi previsti dai PAC;
- identifica e valuta i fattori di rischio, tramite analisi dei processi basata sul rischio (*risk based*);
- avanza proposte o altri suggerimenti volti a superare le difficoltà riscontrate o in risposta agli aggiornamenti normativi previsti;
- valida l'affidabilità dei sistemi di controllo presenti nell'Azienda attraverso l'effettuazione di specifiche verifiche sulla corretta applicazione delle procedure aziendali.

L'efficacia dei controlli interni è direttamente proporzionale all'integrità e ai valori etici degli individui che creano, amministrano ed effettuano il monitoraggio dei controlli stessi. In questo senso, le politiche e i comportamenti stessi del management all'interno dell'Azienda possono fornire una chiara idea del contesto ambientale e di quanto valore venga attribuito ai comportamenti etici. Secondo tali premesse, la funzione di controllo interno fornisce appropriati suggerimenti volti a migliorare il processo di governance allo scopo di:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici nell'organizzazione;
- comunicare informazioni sui rischi e sui controlli alle relative funzioni dell'organizzazione;
- coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e suicontrolli tra le varie Unità Operative/Strutture dell'azienda;
- implementare specifiche attività di audit sulla corretta applicazione delle procedure aziendali;
- avanzare proposte/altri suggerimenti volti a superare le difficoltà riscontrate (azioni correttive).

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

3. PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELLA FUNZIONE DI AUDIT INTERNO

Uno degli strumenti di cui si avvale il controllo interno per l'esercizio della sua funzione è il processo di audit, basato sulle evidenze oggettive. Per l'esplicazione delle proprie attività, il Responsabile di Audit e gli auditors fanno riferimento alle linee guida, ai principi generali espressi nel presente documento, al mandato e alle altre normative interne specifiche. Gli auditors fanno riferimento per l'esplicazione della propria attività:

- alla normativa nazionale e regionale in materia di audit, nonché ai principi di revisione aziendale ed alle norme che disciplinano il sistema dei controlli interni nella pubblica amministrazione;
- alla normativa UNI EN ISO 19011 in merito ai principi dell'attività di audit;

- agli "Standard per la pratica professionale dell'Audit Interno", alle relative "Guide interpretative" ed al "Codice etico" emanati dall'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.) (Allegato 1) laddove non in contrasto con le normative che disciplinano l'attività amministrativa delle aziende sanitarie 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.i.)
- alla legge 262/05 "Legge sulla tutela del Risparmio e Corporate Governance" artt.14-15-30, la quale prevede che il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili societari, nell'adempimento dei nuovi compiti e responsabilità, necessiti del contributo degli attori aziendali preposti al presidio del sistema di controllo interno.

La definizione dell'attività di Audit Interno validata dall'organizzazione mondiale che fa capo all'A.I.I.A. americana è la seguente:

"L'Audit Interno è un'attività indipendente ed obiettiva di Assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di corporate governance"

Il nuovo codice etico dell'associazione professionale enuncia i principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza che caratterizzano l'esercizio della funzione di Audit Interno fornendo altresì le regole di condotta.

Ai fini di una migliore interpretazione nell'ambito della pubblica amministrazione dei principi che caratterizzano l'attività di Audit Interno si fa riferimento anche a quanto indicato dai seguenti principi nazionali ed internazionali in materia di audit interno:

- standard I.I.A. (*Institute of Internal Auditors*);
- il ruolo dell'auditing nella governance del settore pubblico – Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.);
- principi internazionali di revisione: ISA/ISAE/ISRE (*International Standards on Auditing/Internationally Standards on Attestation Engagements/International Standard On Review Engagements*);
- indirizzi, direttive e linee guida della Corte dei conti con riferimento alla tematica dell'audit interno

4. COMPITI E RESPONSABILITÀ

Il controllo interno è un'attività indipendente, il cui compito deve essere svolto in modo obiettivo, autonomo e libero da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti di interesse individuali, limitazioni del campo di azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di dipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verificano o difficoltà analoghe.

La responsabilità della funzione di controllo interno è assegnata ad un Responsabile, che dovrà relazionare e rispondere per tutte le proprie attività solo alla Direzione Generale Aziendale.

In attuazione di quanto precede, la Direzione Aziendale attribuisce alla funzione di controllo interno le risorse ritenute necessarie per adempiere al suo mandato e ne supporta l'attività per consentirle di conseguire i relativi obiettivi. È facoltà della Direzione sentito il Responsabile della funzione, avvalersi di ulteriori professionalità per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo oggetto di controllo.

L'attività di Audit Interno si sviluppa per singoli audit realizzati da specifici gruppi di audit costituiti da personale con caratteristiche professionali e di esperienza idonee al conseguimento degli obiettivi dei singoli audit stessi. Il gruppo di audit, salvo eccezioni, costituisce pertanto un presupposto di base per l'espletamento dell'attività di Audit Interno.

Il Gruppo di audit è composto da:

- Responsabile del Gruppo di Audit;
- Auditor (presenza opzionale): a supporto del Responsabile del Gruppo di Audit;
- esperto di settore (presenza opzionale): addetto a supportare le attività di audit in ambiti specialistici, ove il Responsabile del Gruppo di Audit o Auditor non garantiscano sufficiente competenza sui processi da valutare;
- auditor in formazione (presenza opzionale);
- osservatore (presenza opzionale).

Il Responsabile della funzione controllo interno aziendale individua, per ciascun audit, i componenti del gruppo le cui competenze professionali sono maggiormente attinenti al processo oggetto di audit.

Ciascun componente del gruppo assicura, per gli audit a cui è designato a partecipare, l'insussistenza di conflitti d'interesse. Qualora un componente del gruppo sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell'attività oggetto di analisi, il Responsabile della funzione di Controllo Interno Aziendale, provvede alla sostituzione dello stesso con una figura diversa, nei principi di obiettività, trasparenza e imparzialità che sottintendono la funzione del controllo interno.

La funzione di Controllo Interno Aziendale per poter svolgere correttamente le proprie funzioni deve:

- poter accedere alla documentazione relativa all' Azienda Sanitaria Locale di Rieti;
- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del Piano di Audit validato dalla Direzione Generale Aziendale;
- definire la composizione del Gruppo di Audit, individuando il Responsabile del Gruppo di Audit;
- assicurare la disponibilità di auditor per condurre gli audit garantendo obiettività, imparzialità, assenza di conflitti e di interessi;
- monitorare periodicamente l'esecuzione delle attività definite secondo il cronoprogramma condiviso con il Responsabile del Gruppo di Audit;
- discutere e valutare le risultanze delle attività di audit e della rilevanza delle eventuali non conformità riscontrate;
- validare i rapporti finali di Audit predisposti;
- supportare l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti nell'individuazione delle azioni migliorative oppure promuovere eventuali azioni correttive o di miglioramento qualora ne ravvisi la necessità.

Il Responsabile del Gruppo di Audit dovrà svolgere le seguenti attività:

- prendere conoscenza delle attività di audit incluse nel Piano e della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire; predisporre quanto necessario per la conduzione dell'audit (es.: check-list specifiche);
- partecipare alle attività di audit pianificate a fronte dei rischi più rilevanti;
- coordinare e supervisionare le attività assegnate al Gruppo di Audit;
- valutare l'adeguatezza delle evidenze raccolte a supporto delle conclusioni tratte nel corso degli audit stessi;
- redigere e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate;
- redigere e sottoscrivere il Rapporto di Audit sul processo oggetto di audit in conformità a quanto previsto nella documentazione di riferimento;
- consegnare il Rapporto di Audit al Responsabile della funzione di Controllo Interno Aziendale.

Il Gruppo di Audit dovrà:

- prendere conoscenza della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire;
- eseguire le attività di audit assegnate formalizzando quanto necessario per la conduzione dell'audit (es.: check-list specifiche);
- supportare il Responsabile del Gruppo di Audit nella conduzione dell'audit;
- redigere, sottoporre alla review del Responsabile e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate (nel caso in cui non sia presente il Responsabile del Gruppo di Audit, ciascun auditor svolge l'audit riportando le evidenze nel rapporto. Successivamente il Responsabile del Gruppo, dopo aver collazionato tutti i rapporti predispone un unico Rapporto di non conformità per il processo analizzato);
- consegnare i Rapporti di non conformità compilati al Responsabile del Gruppo di Audit.

I responsabili delle Unità Operative dell' Azienda direttamente coinvolti negli audit hanno la responsabilità delle azioni successive all'audit in riferimento a:

- trattamento e risoluzione delle non conformità;
- apertura delle azioni correttive e di miglioramento;
- revisione delle procedure;
- monitoraggio della effettiva esecuzione delle azioni di rimedio.

5. AUDITORS

L'auditor deve possedere le caratteristiche personali necessarie per un efficace espletamento degli audit, come ad esempio:

- comprensione delle diverse situazioni organizzative dell'Azienda Sanitarie;
- capacità di analisi e di sintesi;
- elevato senso dell'etica ed integrità morale;
- atteggiamento mentale di obiettività;
- attitudine ai rapporti interpersonali e capacità di comunicazione;
- conoscenza delle tecniche di "problem solving" per i problemi rilevati nell'esecuzione dell'audit, determinazione nel conseguimento degli obiettivi;
- formazione generale di conoscenza delle norme regionali e nazionali in ambito sanitario (es: d.lgs. 118 del 2011);
- formazione mirata relativa all'attività, all'organizzazione e alle regole interne dell'Azienda.

6. TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

L'attività di controllo interno deve avvenire:

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

Il presente "Modello di Controllo Interno e Processi di Audit" focalizza le proprie attività sull'analisi di conformità delle procedure aziendali.
La funzione di controllo interno può essere indirizzata ad ulteriori tipologie di audit:

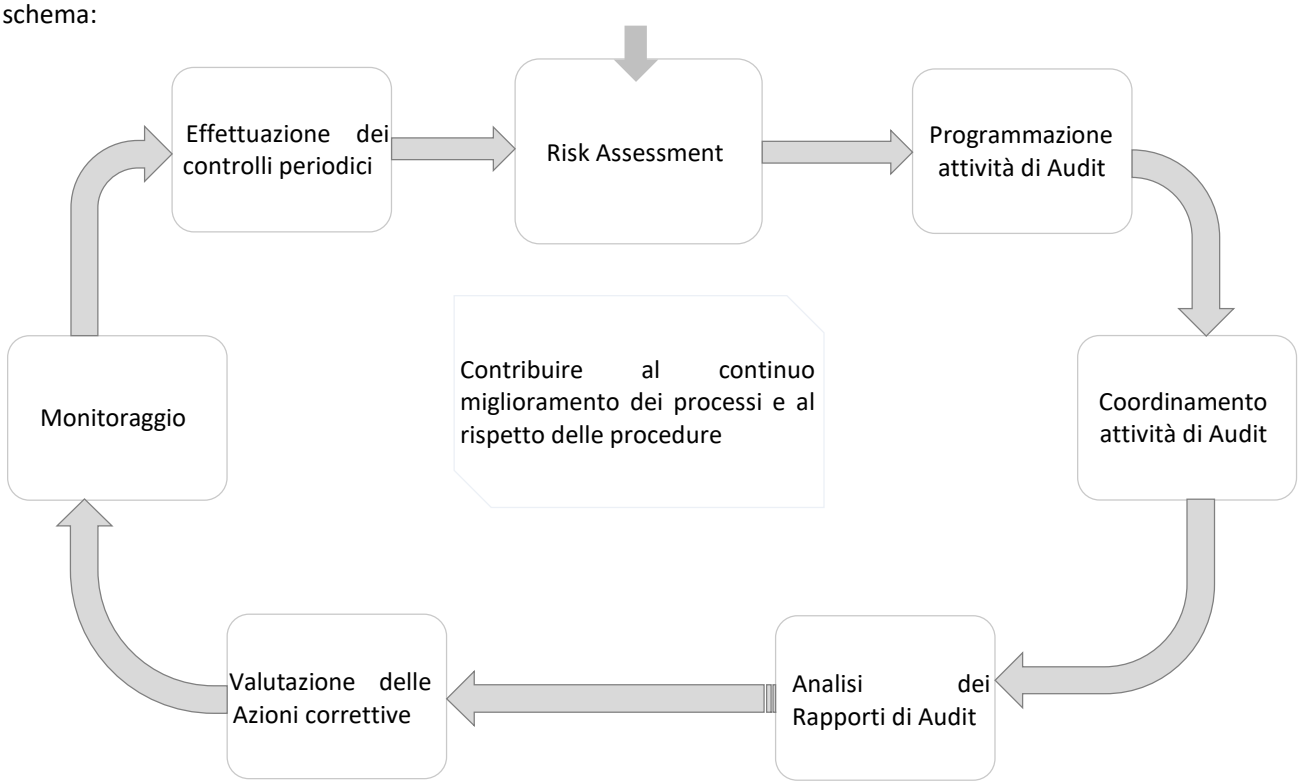
- **IT audit:** per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle

informazioni trattate, ecc.…), alle normative vigenti (livelli di sicurezza e di affidabilità, nonché per valutare l'accuratezza e la completezza dei dati gestionali e contabili utilizzati nell'ambito delle attività di audit ecc.;
- **audit direzionale:** per analizzare la definizione e condivisione aziendale degli obiettivi strategici e rischi correlati e verificare nel tempo la coerenza dei comportamenti gestionali rispetto a tali obiettivi;
- **controlli periodici**: per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni concordate a seguito di osservazioni formulate durante interventi precedenti.

7. METODOLOGIA

8.1. LE ATTIVITA' DEL CONTROLLO INTERNO

Il processo legato alle attività della funzione di controllo interno può essere rappresentato mediante il seguente schema:



8.2. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO (RISK ASSESSMENT)

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

L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi:
- Aspetti generali;
- Risk assessment (individuazione delle situazioni di rischio).

Aspetti generali

In fase di avvio delle attività di controllo interno, la funzione aziendale, individua le aree critiche della stessa attraverso l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi, delle richieste e delle indicazioni provenienti dalle strutture interne o da organismi esterni, dall'analisi di documenti, dei dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate. In questo ambito il punto di avvio è rappresentato dalle Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il PAC ha individuato le seguenti Aree organizzativo/gestionali critiche:

- Area generale;
- Immobilizzazioni;
- Rimanenze;
- Crediti e ricavi;
- Disponibilità liquide;
- Patrimonio netto;
- Debiti e costi;
- Fondi per Rischi ed Oneri.

Altre fonti interne/esterne sono (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- checklist sulla verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo contabili per i diversi cicli aziendali predisposte dalle stesse;
- verbali dei Collegi Sindacali;
- piano annuale risk management;
- valutazione degli strumenti di monitoraggio della performance aziendale (es. obiettivi di budget);
- richieste di informative da parte della Corte dei Conti o del Ministero.

Risk Assessment (individuazione delle situazioni di rischio)

Il Risk Assessment rappresenta l'analisi preliminare utile per la stesura del programma triennale di audit e dei Piani di Audit.

Le principali fasi in cui si articola il Risk Assesment sono le seguenti:

- definizione del contesto di riferimento;
- identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione (rischio lordo);
- valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo).

Il percorso da seguire nelle attività di Risk Assessment è rappresentato nel diagramma di flusso di seguito riportato.

8.2.1. DEFINIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto di riferimento comprende tutti i processi individuati dalla normativa nazionale e regionale in materia sanitaria e dalle deliberazioni regionali di definizione degli obiettivi aziendali operativi e strategici di sistema, ovvero da tutti i componenti ripresi dal piano strategico dell'organizzazione. In tal modo, esso, rifletterà gli obiettivi complessivi del piano aziendale.

In questa fase di attuazione dei PAC, la Regione Lazio, nell'ambito dell'attività di coordinamento, ha dato input di effettuare delle attività specifiche di sostanza e procedurali su aree contabili individuate come critiche, definendo per ciascuna di esse delle azioni minime da adattare alle specifiche aziende, nel caso specifico all'Azienda Sanitaria Locale di Rieti.

Inoltre, nel corso delle attività PAC, è stata redatta una lista di controllo Regionale e Aziendale attraverso la quale sono stati evidenziati i punti di controllo minimo che l'Azienda dovrà prevedere all'interno delle proprie procedure.

La lista di controllo nasce dall' esigenze espresse dal PAC di definire degli standard organizzativi, amministrativi e contabili uniformi per tutti gli Enti del SSR che contengano dei punti di controllo minimi per verificare la corretta applicazione delle procedure amministrativo contabili redatte da ciascuna Azienda. Attraverso l'utilizzo di tale

strumento di controllo, la funzione di controllo interno regionale verifica la corretta applicazione della procedura aziendale evidenziando, laddove presente, le eventuali non conformità rispetto alla stessa.

Tale lista di controllo dovrà essere aggiornata dall'Azienda Sanitaria Locale di Rieti e adattata al fine di riflettere gli eventuali cambiamenti intervenuti o in risposta alle esigenze normative regionali/nazionali. Inoltre, gli eventuali aggiornamenti dovranno essere comunicati alla funzione del controllo interno aziendale per la sua definizione del Piano di Audit.

L'analisi dei rischi applicata a ciascun punto di controllo definisce l'ampiezza dei test di conformità, nel senso che maggiore sarà il rischio associato alla procedura e più ampio sarà il campione da selezionare tenendo sempre conto della dimensione della popolazione oggetto di campionatura.

8.2.2 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLE AZIONI SULLE ATTIVITÀ DI SOSTANZA E PROCEDURALI

Aree di Bilancio	ID Azioni
A - Sistemi Di Controllo Interno - Requisiti Di Carattere Generale	*A1*
D - Area Immobilizzazioni	*D1.1*
E - Area Rimanenze	*E1.1*
F - Area Crediti E Ricavi	*F1.1*
G - Area Disponibilità Liquide	*G1.1*
H - Patrimonio Netto	*H1.1.*
I - Area Debiti E Costi	*I1.1*
J - Area Fondi Per Rischi Ed Oneri	*J1.1*

Per ciascuna area di bilancio, in conformità alle indicazioni regionali riportate nella DGR PAC n° 938 del 15/11/2024, sono stati definiti gli obiettivi e le relative azioni procedurali e sostanziali per ogni singola azienda del S.S.R., di seguito riportate.

***A* - Sistemi Di Controllo Interno - Requisiti Di Carattere Generale**

Al fine di rafforzare il sistema di controllo interno, con riferimento all'area di bilancio *A*, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti deve preporsi di raggiungere i seguenti obiettivi:

A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio;

A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;

A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio;

A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;

A5) Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno.

Le azioni procedurali correlate agli obiettivi consistono in attività di assessement circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottate dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit (ID azioni *A1*).

Il sistema di controllo così configurato viene messo in atto e mantenuto dai responsabili delle attività di governance, dalla direzione e da altro personale dell'Ente al fine di fornire una ragionevole sicurezza sul raggiungimento degli obiettivi aziendali con riferimento all'attendibilità dell'informativa finanziaria, all'efficacia e all'efficienza delle sue attività operative ed alla conformità alle leggi e ai regolamenti applicabili.

Detto sistema di controllo interno è costituito da cinque componenti fondamentali correlate:

- L'ambiente di controllo;
- Il processo adottato dall'impresa per la valutazione del rischio;
- Il processo adottato dall'impresa per monitorare il sistema di controllo interno;
- Il sistema informativo e la comunicazione;
- Le attività di controllo.

L'effettiva implementazione e l'efficacia dei controlli saranno oggetto di specifiche azioni di monitoraggio periodiche poste in essere dalla Direzione Aziendale e dal Responsabile del Controllo Interno.

Conseguentemente all'attività procedurale, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti dovrà, come attività di sostanza, sia definire una matrice dei rischi e dei controlli costruita sulla base delle specificità dell'Ente, che provvedere alla redazione ed attuazione di un piano di audit annuale. Tale piano, oggetto di aggiornamento periodico annuale, avrà la funzione di identificare i rischi significativi e le relative azioni di verifica da attuare nel corso dell'esercizio.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti deve individuare un responsabile per l'attuazione del PAC aziendale e un Responsabile della funzione di Controllo Interno.

***D* - Area Immobilizzazioni**

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce delle Immobilizzazioni, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà:

D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle Transazioni;

D2) Realizzare inventari fisic

i periodici;

D3) Proteggere e salvaguardare i beni;

D4) Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti;

D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi

in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni;

D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni Straordinarie;

D7) Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale.

In particolare, con riferimento alla realizzazione degli inventari fisici, l'azienda Sanitaria Locale di Rieti ha proceduto a formalizzare il suo interesse aderendo alla "*Gara comunitaria centralizzata per l'affidamento del servizio integrato di rilevazione fisica, valorizzazione economica, riconciliazione con le risultanze contabili esistenti dei beni mobili e immobili delle aziende sanitarie della regione lazio*" (*n. bando PI069554-24*) con determina di approvazione n. G04622 del 22/04/2024.

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Conseguentemente all'attività procedurale, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà, come attività di sostanza, verificare l'esistenza fisica e lo stato fisico ed operativo dei cespiti risultanti dal libro cespiti. Tale inventariazione deve svolgersi preliminarmente durante il percorso di attuazione degli obbiettivi PAC e, successivamente, dovrà essere prevista con cadenza almeno triennale.

Una volta appurata l'esistenza dei beni per il tramite della rilevazione fisica, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti dovrà prevedere un'attività di verifica della corretta valorizzazione economica del costo storico dei beni, nonché di riconciliazione dell'inventario con le risultanze contabili e gestionali esistenti dei beni mobili e immobili.

Infine, dovrà essere effettuata un'attività di riconciliazione puntuale dei costi storici con la loro rispettiva fonte di finanziamento e quindi con il contributo in conto capitale ricevuto e sospeso tra le riserve patrimoniali, ai fini di una corretta determinazione della sterilizzazione annuale delle quote di ammortamento.

E - Area Rimanenze

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce delle Rimanenze, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà:

E1) Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini – reparti/servizi – terzi) delle scorte;

E2) Individuare i movimenti in entrata ed in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte;

E3) Rilevare gli aspetti gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione tra i due sistemi;

E4) Definire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte (magazzini – reparti/servizi - terzi) al 31 dicembre di ogni anno;

E5) Calcolare il turnover delle scorte in magazzino e delle scorte obsolete (scadute e/o non più utilizzabili nel processo produttivo);

E6) Disporre di un sistema contabile/gestionale per la rilevazione e classificazione delle scorte che consenta, tra l'altro, di correlare: documenti d'entrata e fatture da ricevere, scarichi e prestazioni attive;

E7) Gestire i magazzini in modo da garantire: la separazione tra funzioni di contabilità di magazzino e di contabilità generale; la verifica tra merci ricevute e quantità ordinate; la rilevazione e la tracciabilità degli scarichi di

magazzino e dei trasferimenti al reparto; la riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale.

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Come attività di sostanza, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti dovrà procedere alla verifica sia della riconciliazione delle giacenze di magazzino rappresentate in bilancio, che dell'esistenza fisica delle scorte determinate da quanto rilevato a seguito dell'inventario periodico che, infine, alla verifica della riconciliazione tra le risultanze della contabilità analitica e quelle della contabilità generale.

F - Area Crediti E Ricavi

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce delle Area Crediti e Ricavi, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà:

F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi);

F2) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai Debitori;

F3) Realizzare analisi comparate periodiche del valore iscritto di crediti e ricavi del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione;

F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile;

F5) Valutare i crediti e i ricavi, tenendo conto di tutti i fatti che possono influire sul valore degli stessi, quali ad esempio: il rischio di inesigibilità e l'eventualità di rettifiche;

F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi;

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Come attività di sostanza è necessario che l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti proceda con le seguenti azioni:

F1.1.1 - Verifica della quadratura tra contabilità generale ed il partitario clienti;

F1.1.2 - Verifica dell'esistenza dei crediti iscritti in bilancio, tramite un'attività di circolarizzazione dei debitori, analisi e riconciliazione delle risposte pervenute e svolgimento di procedure di verifica alternative in caso di mancato riscontro;

F1.1.3 - Verifica della corretta valorizzazione dei crediti in bilancio rispetto al loro presumibile valore di realizzo, e pertanto della congruenza degli accantonamenti a Fondo svalutazione crediti, tramite l'analisi della stratificazione per scadenza degli stessi ed l'analisi puntuale delle posizioni significative e maggiormente datate;

F1.1.4 - Attività di Analisi e ricostruzione dei crediti verso comuni, al fine di verificarne la recuperabilità.

Infine, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti sta effettuando un'attività specifica afferente alla riconciliazione dei crediti verso lo stato, verso la regione e verso la GSA, impegnandosi a recepirne le risultanze.

***G* - Area Disponibilità Liquide**

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce delle Area Disponibilità Liquide, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti dovrà:

G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere;

G2) Separare adeguatamente compiti e responsabilità tra le attività di rilevazione contabile di ricavi, costi, crediti e debiti e le attività di rilevazione contabile d'incassi e pagamenti;

G3) Realizzare controlli periodici da parte di personale interno, terzo dalle funzioni di Tesoreria;

G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile;

G5) Tracciare, in modo chiaro, evidente e ripercorribile, tutti i controlli svolti sulle operazioni di Tesoreria (inclusa l'attività di riconciliazione contabile con le risultanze dell'Istituto Tesoriere, dei conti correnti postali, delle casse economali, ecc.);

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

H - Patrimonio Netto

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce del Patrimonio Netto, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà:

H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto;

H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio ed i cespiti finanziati tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono;

H3) Riconciliare i contributi in conto capitale da Regione e da altri soggetti pubblici in modo tale da consentire un'immediata individuazione, l'accoppiamento con la delibera formale di assegnazione e la tracciabilità del titolo alla riscossione da parte dell'Azienda;

H4) Identificare puntualmente i conferimenti, le donazioni ed i lasciti vincolati a investimenti e la riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Come attività di sostanza sarà necessario che l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti proceda ad effettuare una ricognizione tra i contributi in c/investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda ed i cespiti iscritti tra le imm.ni materiali, con il fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei finanziamenti utili alla sterilizzazione. (per le azioni correlate si rimanda all'Azione D1.1).

***I* - Area Debiti E Costi**

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce Debiti e Costi, l'Azienda Sanitaria Locale Rieti dovrà:

I1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari;

I2) Impiegare documenti idonei ed approvati, lasciando traccia dei controlli svolti: ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i debiti deve essere comprovata da appositi documenti che siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile;

I3) Dare evidenza dei controlli effettuati con particolare riguardo: alla comparazione di ordini - offerte richieste ai fornitori - bolle di entrata della merce in magazzino; alla verifica delle fatture dei fornitori (intestazione, bolla-fattura, bolla-ordine, calcoli aritmetici, adempimenti fiscali, autorizzazione al pagamento);

I4) Fornire idonei elementi di stima e di previsione dei debiti di cui si conosce l'esistenza ma non l'ammontare: merci acquisite o servizi ricevuti senza che sia stata ricevuta e contabilizzata la relativa fattura; debiti a lungo termine, comprensivi degli interessi, per i quali sussistono particolari problemi di valutazione; debiti sui quali siano maturati interessi o penalità da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debiti certi;

I5) Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale;

I6) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei debiti (e dei correlati costi);

I7) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai creditori;

I8) Realizzare analisi comparate periodiche del valore iscritto di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione;

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Come attività di sostanza sarà necessario che l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti proceda con le seguenti azioni:

I1.1.1 - Verifica della quadratura tra contabilità generale ed il partitario fornitori;

I1.1.2 - Verifica della completezza e sussistenza dei debiti iscritti in bilancio, tramite un'attività di circolarizzazione dei creditori, analisi e riconciliazione delle risposte pervenute e svolgimento di procedure di verifica alternative in caso di mancato riscontro;

I1.1.2 - Verifica approfondita degli accantonamenti e della movimentazione dei conti relativi alle fatture da ricevere iscritti in bilancio ed in particolare relativi ad anni pregressi al fine di confermarne la sussistenza;

I1.1.3 - Verifica di dettaglio della corretta registrazione contabile e gestione delle Note Credito da Ricevere iscritte in bilancio ed associate alle seguenti categorie:

- Note di credito da ricevere per controlli esterni concordati;
- Note di credito da ricevere per controlli esterni non concordati;
- Note di credito da ricevere da altri fornitori o da strutture accreditate (non riconducibili alle prime due categorie elencate).

Quanto sopra ha lo scopo di pervenire alla corretta e tempestiva attivazione delle richieste di note credito da parte dall'Azienda Sanitaria Locale di Rieti alle strutture accreditate e/o altri fornitori ed alla verifica della capienza del fondo rischi associato alle stesse, oltre che all'analisi della veritiera e corretta contabilizzazione in bilancio.

I1.1.4 - Analisi degli altri debiti tramite l'analisi della composizione di dettaglio della voce contabile al fine di verificarne la sussistenza e completezza alla data di riferimento de bilancio.

Infine, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti sta effettuando un'attività specifica afferente alla riconciliazione dei debiti verso lo stato, verso la regione e verso la GSA, impegnandosi a recepirne le risultanze.

***J* - Area Fondi Per Rischi Ed Oneri**

Al fine di raggiungere gli obbiettivi PAC posti con riferimento alla voce Fondi Per Rischi e Oneri, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti dovrà rappresentare in maniera completa, veritiera e corretta le passività per i rischi potenziali in bilancio.

Per le azioni procedurali correlate agli obiettivi si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione *A1*.

Da un punto di vista sostanziale sarà necessaria un'attività di ricognizione dei contenziosi in essere alla data di chiusura di ogni esercizio, attraverso la circolarizzazione degli avvocati esterni e/o interni e successivamente mediante l'analisi delle risposte ricevute, con particolare focus sui seguenti aspetti:

- Petitum;
- Grado di soccombenza;
- Capienza degli accantonamenti;
- Necessità di utilizzare/rilasciare il fondo.

Le risposte dei legali verranno riepilogate in un file denominato "Allegato 2 Ricognizione Contenziosi'' caricato sulla piattaforma gestionale Alfresco. Tale documento riepiloga, in maniera dettagliata, lo stato dei contenziosi in essere ed i relativi accantonamenti a fondo rischi ed oneri, riportando tutte le informazioni necessarie, tra cui il ruolo, lo stato della causa, la categoria del contenzioso, l'attore ricorrente, l'anno di competenza, il petitum, il grado di rischio e la % di copertura della passività potenziale.

8.2.3. IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEI PROCESSI AZIENDALI E LA LORO VALUTAZIONE

Al fine di garantire la copertura di tutti i rischi dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, ogni fase dei cicli di bilancio, viene mappata preliminarmente. Tale mappatura viene effettuata dalla Unità Operativa competente poiché la stessa presuppone una conoscenza complessiva sia dell'impatto che della probabilità di accadimento del manifestarsi del rischio.

La Unità Operativa Competente, per definire la mappatura dei rischi, adotta un modello di valutazione basato sulla probabilità di accadimento e sull'impatto, avvalendosi inoltre dei risultati dei test di verifica della corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili. In particolare, l'Azienda Sanitaria di Rieti è tenuta a svolgere tali verifiche e a trasmetterne gli esiti alla Regione.

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di **probabilità,** intesa come la frequenza del manifestarsi del rischio, e di **impatto**, inteso come livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi, con una valutazione di tipo qualitativo.

GRADO DI RISCHIO= PROBABILITA' * IMPATTO

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'	
PROBABILE	É presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
POSSIBILE	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con le caratteristiche di sistematicità
REMOTO	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
ALTO	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda.
MEDIO	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione
BASSO	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda. Inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio

La valutazione complessiva del rischio in termini di probabilità e impatto viene effettuata attraverso la seguente matrice:

PROBABILITA'		IMPATTO		
		BASSO	MEDIO	ALTO
	POSSIBILE	M	M/A	A
	PROBABILE	M/B	M	M/A
	REMOTO	B	M/B	M

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

La valutazione preliminare dei rischi ad opera della funzione della Unità Operativa competente si conclude con la mappatura dei rischi che viene condivisa con la Unità Economico Finanziaria.

8.2.4 VALUTAZIONE DELLE MISURE E DEI CONTROLLI (RISCHIO RESIDUO)

Successivamente all'individuazione dei rischi determinata dalla Unità Operativa Competente e rivista dalla unità Economico Finanziaria, il Responsabile del Controllo Interno procederà ad individuare e analizzare i controlli e le misure da adottare, se esistenti, posti in essere dall'Azienda Sanitaria e che consentono di attenuare i rischi entro livelli ritenuti accettabili.
La valutazione del controllo è effettuata in funzione di due aspetti:

a) Efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili;
b) Effettività nello svolgimento del controllo.

La valutazione delle misure è effettuata in funzione dell'adozione delle stesse per ridurre il rischio.

La valutazione dei controlli e delle misure per ciascuno dei rischi gestiti è quindi espressa come nella tabella seguente:

Valutazione del controllo	Descrizione della valutazione

e delle misure	
Sottodimensionato (vulnerabilità ALTA)	I controlli e le misure previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli non sono effettivamente eseguiti
Adeguato (vulnerabilità MEDIA)	I controlli e le misure previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti
Sovradimensionato (vulnerabilità BASSA)	I controlli e le misure previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo

Dopo la fase di valutazione delle misure e dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è il rischio che rimane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase precedente e di per sè è ritenuto accettabile. In questa fase, nella stima del rischio residuo si tiene generalmente conto dell'esistenza di controlli o azioni, ma non necessariamente della loro efficacia o continuità di applicazione.

L'azienda Sanitaria Locale di Rieti, sulla base di quanto precedentemente esplicitato, provvederà ad un aggiornamento, per competenza, della mappatura dei rischi, attraverso la seguente matrice, che tiene conto:

- della vulnerabilità ovvero: la presenza/assenza dei presidi di controllo e delle misure e la loro effettiva ed efficace adozione da parte dell'organizzazione,
- oltre che della probabilità di accadimento.

PROBABILITA'		VULNERABILITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA
	POSSIBILE	M	M/A	A
	PROBABILE	M/B	M	M/A
	REMOTO	B	M/B	M

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

In seguito all'aggiornamento, l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti trasmetterà la mappatura dei rischi alla funzione del controllo interno aziendale, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare. La mappatura dei rischi così completata verrà trasmessa alla Direzione Generale Aziendale.

9. IL CICLO DI AUDIT

L'attività della funzione controllo interno è pianificata mediante il piano triennale e annuale di audit.

9.1 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT

La seconda fase delle attività del controllo interno consiste nella individuazione delle priorità, sulla base del *risk assessment*, dei processi da sottoporre ad audit nell'ambito di una programmazione.

Successivamente all'implementazione della funzione di Controllo Interno da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, la funzione aziendale adibita al controllo interno, si occuperà di valutare le attività da essa svolte, nonché di effettuare delle analisi in modo indipendente qualora lo ritenga adeguato.

9.1.1. PROGRAMMAZIONE TRIENNALE

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

La programmazione delle attività di audit è approvata entro la fine dell'anno precedente, ed è aggiornata annualmente, sulla base degli esiti dell'attività di audit svolta nell'anno precedente e dell'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi.

9.1.2 PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Il programma annuale degli audit definisce le attività ed i processi che saranno verificati nell'anno e individua le Aziende Sanitarie e le relative Unità Operative/ Strutture interessate (o oggetto di audit).

All'interno del programma vengono specificate le seguenti informazioni per ogni audit programmato:

- l'estensione dell'audit:
  - aree/settori
  - attività/processi
  - requisiti
- personale coinvolto:
  - responsabile e/o referente interno alle Unità Operative/Strutture interessate per la fase di istruttoria e verifica sul campo;
- Responsabile del Gruppo di Audit;
- Data prevista (mm/aa);
- Data di esecuzione (gg/mm/aa);
- Ricezione del rapporto (gg/mm/aa).

Il Programma di audit viene predisposto dal Responsabile della funzione del Controllo Interno Aziendale con il supporto di professionisti. Qualsiasi variazione, ad eccezione della programmazione temporale degli interventi e delle risorse, deve essere sottoposta a nuova approvazione.
Il programma viene comunicato alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti e le relative U.O.C. interessate. Una volta approvato è lo strumento che guida, in termini di indirizzo, l'attività del controllo interno e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare successivo.
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 o medio/basso. Ciò al fine di sottoporre a verifica la correttezza e la congruità del procedimento di applicazione della RACM sulla valutazione del rischio.

9.1.3. PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, unitariamente alle Unità Operative/Strutture interessate, al Responsabile del Gruppo di Audit e al Responsabile della funzione di Controllo Interno riceverà dieci giorni prima della data prevista per l'esecuzione dell'audit, una nota per ogni audit programmato.

Nella comunicazione di avvio delle attività di audit dovranno essere necessariamente indicati:

- obiettivi dell'attività di audit;
- durata ipotizzata del lavoro;
- nominativi del gruppo di audit assegnati all'incarico;
- per l'Unità Operativa/struttura oggetto di audit, la richiesta della nomina di un responsabile e/o referente della Unità Operativa/Struttura che fungerà da interfaccia con il gruppo di audit incaricato.

9.2 LE FASI DI UN INTERVENTO DI AUDIT

Sulla base di quanto indicato nel programma degli audit, il Responsabile di Controllo Interno, nella pianificazione del singolo intervento, attiva le procedure preliminari con adeguato anticipo rispetto alla data di inizio dell'intervento.
Al fine di predisporre tutte le attività propedeutiche allo svolgimento dell'intervento stesso, il Responsabile del Gruppo di Audit provvede a ripartire, tra il personale facente parte del Gruppo di Audit, i compiti e le responsabilità nello svolgere le attività sotto dettagliate.

L'attività si svolge attraverso le seguenti fasi:

- analisi preliminare (9.2.1);
- pianificazione dell'intervento di audit (9.2.2);
- preparazione della lista di riscontro (9.2.3);
- svolgimento dell'attività di audit (9.2.4):
  - riunione di apertura (9.2.4.1);
  - esecuzione del lavoro sul campo (9.2.4.2);
  - preparazione del rapporto di audit (9.2.4.3);
  - riunione di chiusura (9.2.4.4);
  - comunicazione dei risultati (9.2.4.5).

9.2.1 ANALISI PRELIMINARE

Il personale del Gruppo di Audit 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, il Gruppo di Audit analizza la correttezza delle procedure e l'adeguatezza del disegno dei controlli posti a presidio dei rischi inerenti.

Il personale del Gruppo di Audit incaricato può contattare, anche in modo informale, il Responsabile dell'Unità Operativa/ Struttura oggetto di audit dell' Azienda Sanitaria Locale di Rieti per acquisire la documentazione di riferimento al fine di valutarla per la successiva esecuzione dell'audit.

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

In tale fase, Il personale del Gruppo di Audit aziendale, prende visione della valutazione del rischio predisposta dalla funzione aziendale con il supporto di professionisti in fase di programmazione dell'intervento di audit, al fine di determinare se la rivalutazione dei rischi effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale di Rieti sia in linea con le evidenze dell'audit.

9.2.2 PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO DI AUDIT

Il Responsabile del Gruppo di Audit pianifica le attività del singolo audit in modo dettagliato in accordo con l'Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti utilizzando, se necessario, il piano di audit.

Nella fase di pianificazione vengono dettagliati gli obiettivi e le operazioni da eseguire per singolo processo di audit.

La pianificazione è volta alla definizione di dettaglio di:

- obiettivi dell'intervento;
- 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 del lavoro, risorse e definizione del personale coinvolto nell'intervento.

Il *Piano di Audit* comprende:

Informazioni sul gruppo di audit	Responsabile del Gruppo di Audit, Auditor, Auditor in formazione, Osservatori Esperti di settore
Aree/processi oggetto di audit	Indicare le aree, le funzioni, i processi che devono essere oggetto di audit ed eventualmente le ragioni per cui sono stati selezionati. Se necessario, specificare le attività principali dei processi da controllare
Cronoprogramma delle attività	Indicare in modo analitico gli interlocutori e i processi da sottoporre all'audit
Dettagli della pianificazione	Indicare la pianificazione dell'intervento, dettagliando, se ritenuto appropriato, le attività principali che si intendono svolgere (es. interviste, visione di documenti, verifiche a campione, ecc…)

9.2.3 PREPARAZIONE DELLA LISTA DI RISCONTRO

Il personale assegnato al singolo intervento predispone una lista di informazioni da richiedere (lista di riscontro), riferite all'intervento da eseguire, quali:

- procedure in essere, eventualmente la documentazione non risulti esaustiva;
- flowchart organizzativi;
- stato di attuazione delle azioni/procedure;
- liste di controllo sulle procedure aziendali;
- stato di attuazione dei controlli interni (ove previsti);
- valutazione e rivalutazione dei rischi;
- manuali o comunque documentazione inerenti ai sistemi informativi in uso;
- strumenti utilizzati per il controllo (check-list, procedure informatizzate, pianificazione, ecc);

9.2.4 SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI AUDIT

La fase di svolgimento del lavoro sul campo consiste nella conduzione dell'audit, dalla riunione di apertura fino alla comunicazione dei risultati.

9.2.4.1 RIUNIONE DI APERTURA

La riunione di apertura, condotta dal Responsabile del Gruppo di Audit, è la riunione con cui si avvia l'attività di audit.

L'obiettivo della stessa è confermare con il Responsabile dell'Unità Operativa oggetto di audit dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie, con particolare riferimento alla tecnica di campionamento, che saranno seguite nella sua conduzione e le fasi operative del lavoro sul campo.

A tale riunione parteciperanno:

- il Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit dell'Azienda Sanitaria;
- i collaboratori dell'Unità Operativa oggetto di audit individuati dal Responsabile dell'Unità/Struttura come referenti;
- il Gruppo di Audit incaricato definito dalla funzione di controllo interno aziendale;

- un funzionario regionale facente parte della funzione di controllo interno regionale (opzionale);
- il Responsabile della funzione del Controllo Interno Aziendale (se presente).

In tale incontro verranno esaminate di norma:

- i ruoli del Gruppo di Audit;
- gli aspetti logistici di conduzione dell'audit;
- le modalità di accesso a luoghi, documenti e sistemi informatici, garantendone la riservatezza;
- l'identificazione nominativa dei referenti di processo o della procedura oggetto di audit.

9.2.4.2 ESECUZIONE DEL LAVORO SUL CAMPO

L'esecuzione del lavoro sul campo è l'esecuzione vera e propria dell'audit, volta alla ricerca delle evidenze oggettive che permettano di valutare la conformità ai requisiti.

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

- *osservazione:* l'osservazione dell'operatività da parte dell'Auditor delle attività oggetto di audit;
- *analisi documentale*: analisi della documentazione relativa alle attività oggetto di audit;
- *interviste*: dichiarazione di fatti inerenti alle attività oggetto di audit;
- *analisi:* analisi sulla base delle evidenze oggettive raccolte;
- *riesecuzione*: la riesecuzione puntuale del controllo effettuato dall'auditor;
- *test di adeguatezza:* si tratta di test atti a valutare la conformità e l'efficacia delle procedure adottate rispetto ai controlli formalizzati in tutte le fasi di esecuzione delle operazioni che sono soggette a audit. I test di adeguatezza sono effettuati sulla base di un campione rappresentativo selezionato con metodologia statistica oppure sulla base di criteri volti a selezionare le operazioni maggiormente esposte al rischio.

L'audit prevede che venga selezionato e analizzato un campione tra gli elementi che compongono la popolazione oggetto di indagine. Il Gruppo di Audit estende quindi l'esito del test effettuato sul campione e le proprie considerazioni sull'intera popolazione, tramite logica inferenziale.

Il Gruppo di Audit procede all'attività sul campo che trova il suo fondamento sulle evidenze oggettive riscontrate che permettano di verificare la conformità ai requisiti; per evidenze oggettive si intendono le registrazioni, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili; solo le informazioni verificabili possono costituire evidenze dell'audit e vanno registrate.

Il Gruppo di Audit registra le evidenze sulle check-list di riferimento, che contengono le seguenti informazioni principali:

- i riferimenti ai campioni individuati;
- le evidenze raccolte;
- la conformità riscontrata e, qualora non venga riscontrata, il riferimento alla non conformità rilevata;
- il riferimento a eventuali raccomandazioni per il miglioramento;
- la coerenza della rivalutazione del rischio associato all'attività.

Tra le informazioni presenti nella check-list è sicuramente la più significativa quella rappresentata dalla raccolta delle evidenze oggettive.
L'esecuzione dell'audit prevede inoltre:

1. l'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo; la selezione del campione;
2. l'esecuzione dell'attività di audit.

1. L'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo

L'oggetto principale dell'attività di audit sul campo sono i cosiddetti *"controlli chiave",* ovvero controlli il cui mancato funzionamento potrebbe pregiudicare significativamente il raggiungimento degli obiettivi ed esporre il processo a rischi. Per identificare tali "controlli chiave" è necessario tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- numero e significatività dei rischi che vengono 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.

Occorre tuttavia tener 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.

2. La selezione del campione

Il Gruppo di Audit, una volta definiti i controlli chiave oggetto di audit, richiede all'Unità Operativa l'universo di transazioni che costituiranno la popolazione.

La definizione del campione è lasciata alla discrezionalità del Gruppo di Audit che selezionerà l'ampiezza dello stesso anche in base alla sua esperienza. A titolo esemplificativo, per la definizione dello stesso, si rimanda alle norme UNI EN ISO, in particolare alla 2859 Parte I "*Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi. Piani di campionamento indicizzati secondo il livello di qualità accettabile (LQA)*[1] *per un collaudo lotto per lotto*" che permette di definire il campionamento a seconda del livello di qualità accettabile stabilito, oppure alla guida interpretativa 2320-2 Campionamento di Audit definita dall'A.I.I.A.

Al fine di completare la selezione e l'identificazione del campione di analisi per l'esecuzione dei test, un altro aspetto da considerare è quello relativo alle tecniche di campionamento. Queste sono necessarie per identificare le modalità per selezionare i casi relativi al campione identificato.

La metodologia di campionamento da utilizzare può essere più o meno efficace a seconda della situazione e del contesto relativo al controllo oggetto del test. Essa può essere:

- Mirata;
- Casuale;
- A blocchi;
- Per Intervalli;
- Stratificata

La tipologia di campionamento utilizzata è prettamente un metro di giudizio; pertanto più rischiose sono le procedure da validare e più forte sarà il grado di precisione richiesto all'analisi. Essa include, necessariamente, una componente di errore definita errore di campionamento, essendo stata esaminata soltanto una porzione limitata della popolazione.

[1] Per LQA si intende il valore stabilito della percentuale non conforme che sarà accettato il più delle volte dal campionamento in uso

3. L'esecuzione dell'attività di audit

Selezionato il campione, si procede all'esecuzione vera e propria dell'audit.

L'attività di audit è volta alla ricerca delle evidenze oggettive, al fine di valutare la conformità ai requisiti. Le evidenze dell'audit sono i documenti, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili.

Qualora l'Auditor ravvisi il mancato soddisfacimento di un requisito sarà tenuto a formalizzare una *Non Conformità* specificando il requisito disatteso e riportando l'evidenza oggettiva. Nel caso opposto, l'auditor, potrà formalizzare una *Raccomandazione.*

Nel corso dell'esecuzione dell'audit le eventuali eccezioni sollevate dal responsabile o dal referente della Unità Operativa oggetto di audit andranno accuratamente approfondite e dettagliatamente formalizzate nella check-list e nel Rapporto di Audit. Questo consentirà al Responsabile del Gruppo di Audit, ai destinatari del reporting e al personale che effettuerà 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. L'audit sul campo può essere esteso ad altri elementi, al fine di verificare se una determinata non conformità possa essere ricondotta ad un'isolata eccezione. Le informazioni aggiuntive rilevate dagli ulteriori test potrebbero fornire un più elevato grado di certezza in merito al rilievo da riportare nel Rapporto di Audit.

Le verifiche sono svolte con l'utilizzo di apposite check-list differenziate in relazione alla tipologia di processo da esaminare.

9.2.4.3 PREPARAZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

Il Rapporto di Audit, predisposto dal Responsabile del Gruppo di Audit sul modulo aziendale "Rapporto Audit Interno" (R.A.I.), deve:

- contenere le conclusioni sul grado di conformità di quanto si è valutato;
- descrivere lo scopo, l'ampiezza e i risultati dell'audit;
- evidenziare i rilievi, le raccomandazioni e le conclusioni formulate a seguito del lavoro;
- riportare l'opinione del Responsabile di Audit sull'andamento dell'audit.

Il *Rapporto di Audit Interno* comprende:

- la data, l'area oggetto dell'audit, l'oggetto e l'estensione dell'audit e i documenti di riferimento;
- la valutazione delle non conformità in termini di rilevanza; i componenti del gruppo di audit e il personale della Unità Operativa coinvolta;
- il giudizio globale sull'esito dell'audit;
- le Non Conformità e le Raccomandazioni eventualmente riscontrate;
- il testo del rapporto nel quale vengono evidenziati anche gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti.

9.2.4.4 RIUNIONE DI CHIUSURA

La riunione con cui termina l'attività di audit è condotta dal Responsabile del gruppo di audit e vi partecipano gli altri eventuali auditor, il Responsabile dell'Unità Operativa aziendale oggetto di audit e il Responsabile della funzione Controllo Interno Aziendale.
Il Responsabile del Gruppo di Audit illustra le eventuali *Non Conformità* e *Raccomandazioni* riscontrate, fornisce ulteriori chiarimenti in merito al campionamento, esprimendo un giudizio globale sull'esito dell'Audit.

Il Responsabile dell'Unità Operativa oggetto di audit ha il diritto di chiedere tutti i chiarimenti ritenuti necessari e opportuni ed esprimere eventuali riserve in merito alle non conformità riscontrate.

In caso di mancata condivisione delle *Non Conformità* rilevate, il punto di vista del Responsabile dell'Unità Operativa oggetto di audit dovrà esser riportato nel rapporto di Audit.

9.2.4.5 COMUNICAZIONE DEI RISULTATI

Il Responsabile del Gruppo di Audit, dopo aver condiviso periodicamente lo stato di avanzamento delle attività in cantiere, trasmette il Rapporto di Audit alla Direzione Strategica dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, al Responsabile dell'Unità Operativa, al Responsabile della funzione di Controllo Interno Aziendale e alla funzione del controllo interno regionale entro 10 giorni dalla data di audit.
L'Area Controllo di Gestione e Internal Audit Regionale analizza i risultati e registra l'esecuzione dell'audit sul programma annuale.

9.3 LE AZIONI CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO

Sulla base dei Rapporti di Audit, in relazione alle *Non Conformità* rilevate dal Gruppo di Audit, il Responsabile della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit della Azienda Sanitaria Locale di Rieti, con la collaborazione del controllo interno regionale e con il Responsabile del Controllo Interno Aziendale, corregge la *Non Conformità* e individua le azioni correttive volte al non ripetersi della stessa sul modulo "*Azioni correttive e di Miglioramento*", e lo trasmette alla funzione del controllo interno regionale per la valutazione.

Il modulo *Azioni correttive e di Miglioramento* comprende:

- *la descrizione di Non conformità;*
- *la rilevazione e analisi delle cause;*
- *la proposta di intervento;*
- *le attività e gli obiettivi da raggiungere;*
- *la proposta di intervento in termini di azione di rimedio;*
- *il responsabile dell'esecuzione dell'azione;*
- *la tempistica e la responsabilità;*
- *la verifica dell'efficacia e il riesame.*

10. I CONTROLLI PERIODICI

Il controllo interno aziendale, con l'ausilio di professionisti, tiene sotto controllo tutto il ciclo degli audit effettuati attraverso il programma degli audit e l'elenco e il monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento.

L'attività della funzione del controllo interno aziendale prosegue con i controlli periodici, ossia con il monitoraggio e la verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'Azione, da parte dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti oggetto di audit.
Spetta al controllo interno aziendale definire la natura, il grado di approfondimento e la tempistica dei controlli periodici, in funzione:

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

10.1. MONITORAGGIO DELL'AZIONE CORRETTIVA E DI MIGLIORAMENTO

Il monitoraggio dell'azione correttiva e di miglioramento avviene sulla base delle informazioni fornite

periodicamente dal Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, secondo le scadenze previste nell'azione stessa.

In caso di azioni correttive da eseguirsi con l'adozione di nuove procedure, produzione di reportistica o aggiornamento di procedure esistenti, lo stato di attuazione dell'azione deve essere definito sulla base delle evidenze ricevute.

10.2. PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI

Qualora le informazioni fornite dall'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti non fossero sufficienti per determinare lo stato di attuazione della azione correttiva, potrà essere necessario programmare dei controlli periodici per verificare le azioni intraprese dal Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda.
Per organizzare l'intervento di controllo occorre:

- comunicare, con almeno 15 giorni lavorativi di anticipo, la data dell'incontro;
- acquisire la documentazione relativa alle azioni correttive intraprese;
- esaminare la documentazione acquisita e richiedere eventuali integrazioni.

Durante la pianificazione, il Responsabile del Controllo Interno Aziendale, verifica con il Responsabile dell'Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria l'efficacia delle azioni correttive e di miglioramento. Sulla base di tale esito si valuterà se effettuare nuovamente un'attività di audit.

L'esito dei controlli periodici effettuati viene registrato sul modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento".

10.3. EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI

Il livello di attuazione delle azioni correttive e di miglioramento, descritto sul modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento", deve essere sintetizzato in:

a) *azione attuata*: sono state attuate le azioni, previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace o sono state intraprese azioni, anche differenti da quelle programmate, che hanno tuttavia raggiunto il medesimo obiettivo;
b) *azione parzialmente attuata*: le azioni previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace sono in corso, ma non ancora completate. Si rende pertanto necessaria l'effettuazione di un successivo intervento di controllo;
c) *azione non attuata*: le azioni previste non sono state implementate.

10.4. ELENCO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI CORRETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Sulla base delle informazioni ricevute e dei risultati dei controlli periodici viene aggiornato il modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento" aggiornando lo stato di attuazione delle stesse. Il modulo è aggiornato e archiviato da parte del personale della funzione del controllo interno aziendale.

10.5 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

Nel corso dell' audit che verrà svolto presso l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, il Controllo Interno raccoglie solo la documentazione strettamente indispensabile e conserva, in formato cartaceo e/o elettronico, tutta la documentazione utilizzata e prodotta nel corso della propria attività, assicurando la massima cura e riservatezza della stessa (es. documentazione relativa agli interventi di audit e consulenza, normativa e manualistica di riferimento, piano annuale e triennale di audit, ecc.). La documentazione dovrà essere indicizzata rispetto alle attività di audit eseguite e, se in formato elettronico, archiviata in cartelle condivise prontamente accessibili dagli utenti abilitati.

11. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In conformità con quanto previsto dall'art. 35 del D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii., qualora atti e documenti in formato cartaceo contengano dati personali, sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere custoditi sottochiave dagli incaricati del controllo interno, in appositi armadi, in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione.
In conformità con quanto previsto dall'art. 22 del D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii., nel caso di conservazione nell'archivio informatico di dati personali, in particolare se sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere trattati con tecniche di cifratura o mediante l'utilizzazione di codici identificativi o di altre soluzioni che, considerato il numero e la natura dei dati trattati, li rendano temporaneamente inintelligibili anche a chi è autorizzato ad accedervi e permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità.

In ogni caso dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservati separatamente da altri dati personali.

11.1 RELAZIONE ANNUALE DEL CONTROLLO INTERNO

Al termine di ogni annualità, il Responsabile del Controllo Interno Aziendale redige una relazione sull'attività svolta, destinata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti. Questa relazione è tra l'altro propedeutica alla definizione del piano di audit dell'annualità successiva.
La relazione annuale viene presentata dal Responsabile del Controllo Interno Aziendale alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti entro il 15 gennaio di ogni anno e fa riferimento all'anno solare precedente.

La relazione presenta i risultati dell'attività, articolandoli come segue:

- copertura del piano di audit, cioè quanto effettivamente svolto nel corso del periodo, in comparazione con quanto era stato previsto; vengono giustificate tutte le variazioni rispetto alla programmazione iniziale e definiti i tempi e le modalità di effettuazione degli interventi non svolti nell'anno;
- sintesi delle principali osservazioni, rilevate nel corso degli interventi effettuati;
- sintesi dell'attività di follow up, inerente al grado di implementazione dei piani di azione concordati nel corso dei periodi precedenti e oggetto di specifiche verifiche nel corso dell'annualità appena conclusa;
- sintesi delle altre attività extra piano, cioè quelle di eventuali audit/interventi non programmati; vengono inoltre riassunte le attività non relative al controllo svolto, quali progetti a supporto della Direzione richiesti in seguito ad osservazioni formulate da organi terzi (interventi richiesti dal Ministero della Salute, a titolo esemplificativo), ecc.;
- analisi e valutazione dell'attività di audit, che consiste in una disamina dell'operato e delle eventuali difficoltà emerse, delle possibilità di intervento per incrementare qualità ed efficacia dell'azione di audit.

12. OBBLIGO DI DENUNCIA

12.1. DENUNCIA DI DANNO ERARIALE

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

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi, il Responsabile del Controllo Interno aziendale informerà per iscritto la Direzione Generale Aziendale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso in cui si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale, dandone informazione alla Direzione Regionale.

12.2. DENUNCIA PENALE

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio, il Responsabile del Controllo Interno deve farne denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dal Responsabile del Controllo Interno che ha preso notizia del reato, è inviata al Pubblico ministero o ad un Ufficiale di polizia giudiziaria, con contestuale informativa per iscritto al Direttore Generale Aziendale.

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

13. MODULISTICA

Di seguito si riporta l'elenco della modulistica da utilizzarsi per lo svolgimento dell'attività di controllo interno aziendale e per le attività di audit.

- Mappatura dei rischi (MOD-MDR)
- Programma degli Audit Interni (MOD-PAI)
- Piano di Audit (MOD-PA)
- Rapporto di *Non Conformità* in audit (MOD-RNC)
- Rapporto Audit Interno (MOD-RAI)
- Azione correttiva e di miglioramento (MOD-ACM)
- Elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento (MOD-EACM)

GLOSSARIO

Adeguato controllo: Un controllo è adeguato se viene pianificato e organizzato (progettato) dal management in modo da dare ragionevole sicurezza che i rischi dell'organizzazione sono stati gestiti efficacemente e che le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione saranno raggiunti in modo efficiente ed economico.
Ambiente di controllo: Atteggiamento e azioni del board e del management rispetto all'importanza del controllo all'interno dell'organizzazione. L'ambiente di controllo fornisce la disciplina e l'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi primari del sistema di controllo interno. Gli elementi costitutivi dell'ambiente di controllo sono i seguenti:

- integrità e valori etici;
- filosofia e stile operativo del management;
- struttura organizzativa;
- attribuzione di poteri e responsabilità;
- politiche e prassi di gestione del personale;
- competenza del personale.

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

Board: Il massimo organo di governo (per esempio consiglio di amministrazione, consiglio di sorveglianza, consiglio dei governatori o dei trustee) che ha la responsabilità di indirizzare e/o di supervisionare le attività dell'organizzazione. Sebbene le regole di governance possano variare tra le diverse giurisdizioni e i vari settori, generalmente il board comprende membri che non fanno parte del management. Laddove non esista un board, il termine "board" negli Standard fa riferimento ad un gruppo di soggetti o alla persona incaricata della governance dell'organizzazione. Inoltre, il termine "board" negli Standard può riferirsi a un comitato o altro organo al quale l'organo di governo ha delegato determinate funzioni (ad esempio, un comitato di audit, un comitato controllo e rischi…)

Codice Etico (o Codice Deontologico): Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors (IIA) è composto dai Principi fondamentali per la professione e la pratica dell'internal auditing e dalle Regole di condotta che descrivono le norme comportamentali che gli auditor sono tenuti a osservare. Il Codice Etico si applica sia ai singoli individui sia agli enti che forniscono servizi di internal audit. Scopo del Codice Etico è quello di promuovere una cultura etica in tutti gli ambiti della professione di internal auditor.

Conflitto di interessi: Qualsiasi relazione che sia o appaia essere contraria agli interessi dell'organizzazione. Il conflitto di interessi pregiudica la capacità di un individuo di adempiere ai propri obblighi e alle proprie responsabilità in maniera obiettiva.

Conformità: Aderenza a direttive, piani, procedure, leggi, regolamenti, contratti o altri requisiti.

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

Condizionamenti: Condizionamenti all'indipendenza organizzativa e all'obiettività individuale possono

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

Controlli IT (Information Technology): Controlli che supportano la gestione del business e la governance prevedendo controlli generali e specifici sulle infrastrutture informatiche quali sistemi applicativi, informazioni, infrastrutture e persone.

Deve (devono): Gli Standard utilizzano la dizione "deve (devono)" per indicare un requisito vincolante.

Dovrebbe (dovrebbero): Gli Standard utilizzano la dizione "dovrebbe (dovrebbero)" per indicare un requisito al quale si presuppone la conformità a meno di circostanze che, sottoposte a un giudizio professionale, ne giustifichino l'inosservanza.

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

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

Governance: Insieme dei procedimenti e delle strutture messi in atto dal board per informare, indirizzare, gestire e controllare le attività dell'organizzazione nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

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

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

Giudizio dell'incarico: Valutazione, conclusione e/o altra descrizione dei risultati di un singolo incarico di internal audit, riferita agli aspetti che rientrano negli obiettivi e nell'ambito di copertura dell'incarico.

Indipendenza: Libertà dai condizionamenti che minacciano la capacità dell'attività di Internal Audit di assolvere alle responsabilità di Internal Audit senza pregiudizi.

Incarico: La specifica assegnazione di un audit, compito o attività di verifica, siano essi un incarico di internal audit, un'autovalutazione dei controlli, un'investigazione per frode o una consulenza. Un incarico può includere più compiti o attività, concepiti per raggiungere un insieme specifico di obiettivi interrelati.

International Professional Practices Framework (IPPF): Schema concettuale che organizza l'insieme delle disposizioni normative (authoritative guidance) emanate dall'IIA (The Institute of Internal Auditors) che si suddividono in due categorie: (1) guidance vincolanti e (2) guidance raccomandate.

Livello di accettazione del rischio: Il livello di rischio che un'organizzazione è disposta a sostenere.

Mandato: Il Mandato di Internal Audit è un documento formale che definisce finalità, poteri e responsabilità dell'attività di internal audit. Il Mandato di Internal Audit stabilisce la posizione dell'attività di Internal Audit nell'organizzazione, autorizza l'accesso ai dati, al personale e ai beni aziendali necessari per lo svolgimento degli incarichi e definisce l'ambito di copertura delle attività di internal audit.

Obiettivi dell'incarico: Enunciazioni di carattere generale sviluppate dagli internal auditor che definiscono gli obiettivi attesi dell'incarico.

Obiettività: L'attitudine mentale di imparzialità che consente agli internal auditor di svolgere gli incarichi in un modo che consenta loro di credere nella validità del lavoro svolto e nell'assenza di compromessi sulla qualità. In materia di audit, l'obiettività richiede che gli internal auditor non subordinino il loro giudizio a quello di altri.

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

Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing: I Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing sono il fondamento dell'International Professional Practices Framework e supportano l'efficacia dell'internal audit.

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

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

Responsabile internal auditing (CAE - Chief Audit Executive): Il responsabile internal auditing è la persona con ruolo direttivo che ha la responsabilità di gestire in modo efficace l'attività di internal audit, in conformità al Mandato di Internal Audit e agli elementi vincolanti dell'International Professional Practices Framework. Il responsabile internal auditing o i collaboratori che riportano al responsabile internal auditing sono in possesso delle opportune qualifiche e certificazioni professionali. La designazione specifica della posizione (Job Title) e/o le responsabilità specifiche del responsabile internal auditing possono variare nelle diverse organizzazioni.

Rischio: Possibilità che si verifichi un evento che può influire sul raggiungimento degli obiettivi. Il rischio si misura in termini di impatto e di probabilità.
Servizi di assurance: Consistono in un esame obiettivo delle evidenze allo scopo di ottenere una valutazione indipendente dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo dell'organizzazione. Tra gli esempi si possono citare incarichi di tipo finanziario, di tipo operativo, di conformità, di sicurezza informatica e di due diligence.

Servizi di consulenza: Servizi di supporto e assistenza al cliente, la cui natura ed estensione vengono concordate con il cliente, tesi a fornire valore aggiunto e a migliorare i processi di governance, gestione del rischio e controllo di un'organizzazione, senza che l'internal auditor assuma responsabilità manageriali a riguardo. Tra i possibili esempi figurano consulenza, assistenza specialistica, facilitazione e formazione.

Significatività: Importanza relativa di un fatto, nel contesto nel quale è considerato. Include elementi quantitativi e qualitativi quali la grandezza, la natura, le conseguenze, la rilevanza e l'impatto. Agli internal auditor è richiesto un giudizio professionale quando valutano la significatività dei fatti nel contesto degli obiettivi specifici.

Standard: Enunciato professionale emanato dall'International Internal Audit Standards Board che definisce i requisiti per lo svolgimento di una vasta gamma di attività di Internal Audit e per la valutazione delle prestazioni

dell'internal audit.

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

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