



OGGETTO

APPROVAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI CONTROLLO INTERNO DELL'ASST DI LODI PER L'ANNO 2020 ED AGGIORNAMENTO DEL MANUALE DI CONTROLLO INTERNO DELL'ASST DI LODI

SU PROPOSTA: U.O.S. Controllo di Gestione

IL DIRIGENTE RESPONSABILE: Dott. Marco Esposti

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Dott. Marco Esposti

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE: Giulia Zucconi

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Sede Legale: Piazza Ospitale n. 10 – Lodi (26900) – Tel. 0371/37.1 – C.F. e P.IVA 09322180960

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che la DGR VIII/8501 del 26/11/2008 prevede che le aziende sono tenute a mantenere ed aggiornare il modello di organizzazione, gestione e controllo mediante un sistema strutturato ed organico di procedure ed attività che assicurino il costante rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento;

VISTA la L.R. n. 17 del 4.6.2014 recante "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia" con la quale sono state definite le modalità e gli strumenti dei controlli interni ed è stata fornita ai responsabili della funzione di Internal Auditing, come individuati dai rispettivi Enti, la formazione di base per l'ingresso nella Rete del sistema dei controlli interni;

VISTA la DGR X/2989 del 23.12.2014 con la quale la Regione Lombardia ha inteso completare, con la partecipazione di tutti gli Enti Sanitari, la Rete di Internal Audit ed ha definito le linee direttrici in ordine al sistema dei controlli, con particolare riguardo alla funzione di Internal Auditing ed alle modalità di trasmissione alla Direzione Generale Welfare utilizzando l'area dedicata del portale PIMO;

RILEVATO che con deliberazione n. 705 del 30/12/2014, in adempimento alla sopra indicata DGR n. X/2989 del 23.12.2014 è stata istituita la funzione di Internal Auditing, tra i cui adempimenti rientra l'elaborazione del Piano Annuale di attività di controllo interno per l'anno 2016;

RICHIAMATA la DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 con la quale la Regione Lombardia ha dato indicazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2019 e, con riguardo al punto 15 "Indicazioni di Internal Auditing" ha definito le scadenze per la predisposizione dei Piani di Internal Audit per l'anno 2019 e per le relazioni conclusive di attività per l'anno 2018;

VISTE le recenti indicazioni degli uffici regionali pervenute via e-mail in data 07.01.2020 in ordine agli adempimenti relativi alla funzione di Internal Auditing ex DGR 1046/2018 e la relativa procedura di trasmissione dei Piani Audit 2020 tramite la casella e-mail dedicata **audit@regione.lombardia.it** e l'apposita area della piattaforma informatica PrIMO;

CONSIDERATI i principi generali dettati dal D.Lgs n. 286 del 30.07.1999 in tema di controlli interni;

VISTO il Piano annuale di Audit per l'anno 2020 proposto dal Responsabile di Internal Auditing, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, e ritenuto di approvarlo;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal competente Responsabile in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento;

PRESO ATTO dei pareri resi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario, ciascuno per le rispettive competenze;

DELIBERA

per le motivazioni formulate in premessa che qui si intendono integralmente trascritte:

- di approvare il Piano Annuale di Controllo Interno dell'ASST di Lodi relativo all'anno 2020, che si allega al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 2. di dare atto che il Responsabile del procedimento per l'adozione della presente deliberazione è il dott. Marco Esposti;
- 3. di conferire al sunnominato Responsabile ogni più ampia facoltà di attuazione della presente deliberazione, compresa la diffusione eventuale agli uffici interessati e coinvolti nel presente procedimento;
- 4. di incaricare il Responsabile Internal Auditing della trasmissione del predetto Piano Annuale alla Struttura Audit mediante invio alla casella e-mail dedicata audit@regione.lombardia.it ed alla Direzione Generale Welfare utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PrIMO;
- di demandare al Responsabile della Trasparenza la pubblicazione del Piano in argomento sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- 6. di approvare il Manuale di Controllo Interno dell'ASST di Lodi, che si allega al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 7. di dare atto che, ai sensi dell'art. 17 comma 6 della L.R. 30 dicembre 2009 n° 33 e ss. modifiche, il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e verrà pubblicato all'Albo on-line sul sito informatico aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE (Massimo Lombardo)

Piano annuale di Controllo Interno Anno 2020

Introduzione

L'esigenza di avviare specifici controlli interni è in questi anni particolarmente sentita dal Legislatore, sia di livello Nazionale che Regionale, con il fine di perseguire l'ottenimento di migliori risultati in termini di efficienza e di efficacia nella gestione della cosa pubblica.

A tale scopo si è provveduto a disciplinare la funzione di Internal Auditing (IA), definita strumento di controllo di terzo livello, caratterizzato da autonomia ed indipendenza rispetto ai processi aziendali, necessario per presidiare e verificare le procedure dell'organizzazione, identificare e mitigare i rischi, approvare modelli interni al fine di garantire la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, che per essere tale deve essere misurabile e verificabile nella sua efficacia ed efficienza.

Il Piano annuale di Internal Audit per l'anno 2020 si colloca coerentemente con i programmi e con gli obiettivi definiti a livello aziendale per l'anno in corso, tenendo in considerazione eventuali ampliamenti dell'attività dell'azienda, modifiche normative, cambiamenti organizzativi e la verifica ed il monitoraggio del grado di rischio insito nei processi mappati. Nel fare ciò si considera la nuova impostazione organizzativa scaturente dall'entrata in vigore della Legge Regionale 11.8.2015 n. 23 (Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33), nuovo testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, con la quale sono state costituite in luogo delle Aziende Ospedaliere le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) ed in luogo delle Aziende Sanitarie Locali le ATS (Agenzie di Tutela della Salute). In tale mutato contesto regionale è

stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi (ASST di Lodi), che si muove nel nuovo panorama organizzativo regionale in completa sinergia con le altre realtà dello stesso.

Per l'anno 2020 rimangono in vigore gli adempimenti relativi alla funzione di Internal Auditing stabiliti dalla ex. D.G.R. 1046/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019 - (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini)". In particolare, i Responsabili di Internal Auditing aziendali hanno l'incarico di trasmettere a Regione Lombardia:

- la pianificazione annuale dell'attività di audit, entro il 28 febbraio 2020;
- la relazione annuale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nell'anno 2019, entro il 31 marzo 2020;
- la relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate fino al 30/06/2020, entro il 31 luglio 2020;
- aggiornamenti e/o modifiche relative alla funzione.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata sia alla Struttura Audit di Regione Lombardia, mediante invio alla casella e mail <u>audit@regione.lombardia.it</u>, sia alla Direzione Generale Welfare, utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PrIMO. L'area riservata della stessa fungerà da piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della rete, favorendo di conseguenza un proficuo confronto tra gli stessi.

Alla luce di tutto ciò non si potrà fare a meno di tenere conto dall'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza effettuata dal RPCT. L'attività della prevenzione del rischio corruttivo e l'attuazione dei controlli dell'Internal Audit, quali attività funzionalmente collegate e strumentali, contribuiranno alla realizzazione di un sistema di controlli integrato ed efficace.

1. Piano annuale di audit e cronoprogramma

Il presente piano, adeguato e commisurato ai rischi già noti ed a quelli che dovranno essere affrontati nel contesto della nuova organizzazione, scaturente dall'attuazione della L.R. 23/2015, sopra citata, e s.s.m.m. e i.i., individua alcuni interventi ritenuti primari e coerenti con le nuove funzioni acquisite.

1.1. Cronoprogramma audit

La programmazione delle attività e l'individuazione del cronoprogramma dell'audit sono l'esito di un percorso condiviso con la Direzione Aziendale, con l'obiettivo di dar vita ad un processo di consolidamento delle competenze aziendali e delle esperienze.

Opportune modifiche ed integrazioni saranno apportate qualora si dovessero manifestare esigenze aziendali in tal senso, attualmente non pianificabili o di carattere straordinario. Nell'ambito delle aree il cui rischio era già stato ponderato e graduato nel contesto del piano precedente ("Piano Annuale di Controllo Interno, Anno 2019"), sono state individuate una serie di attività riportate nel seguito con il relativo crono-programma, che definisce la tempistica delle attività degli Audit.

Lo stesso, come già precisato, potrà essere suscettibile di variazioni nel corso dell'anno in relazione all'implementazione delle attività derivanti dall'applicazione della L.R. 23 del 11.8.2015, richiamata nella parte introduttiva, ed agli eventi che potrebbero condizionare o modificare l'efficacia dei processi ed il conseguente raggiungimento degli obiettivi.

Audit 709 – 001 – 2020 Libera Professione

Soggetti Auditati: U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Dr.ssa Clara Riatti

Obiettivo: Verifica del rispetto della vigente normativa e della correttezza di procedure e responsabilità

Auditor incaricati:

- Marco Esposti Responsabile IA
- Giulia Zucconi Collaboratore individuato
- Andrea Colombo Dirigente Amministrativo

<u>Tipologia d'intervento</u>: Assurance - Compliance Audit (verifica della conformità dei comportamenti alle procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore, verifica dell'adeguatezza e chiarezza delle procedure rispetto alle esigenze operative)

Periodo di riferimento: marzo 2020 – settembre 2020

Fasi intervento audit:

Mar-20	Apr-20		Mag-20		Giu-Sett 20
Comunicazione					
avvio Audit					
	Incontro				
	iniziale				
Analisi del processo,					
controlli sugli					
adempimenti					
		Conduz	one Audit		
Rapporto					
Audit					
	Eventuale				
	Follow-Up				

Audit 709 – 002 – 2020 Acquisti in economia

Soggetti Auditati: U.O.C. Approvvigionamenti e Logistica, Arch. Maurizio Bracchi

Obiettivo: Verifica del rispetto del regolamento per l'acquisizione in economia di beni, servizi e lavori ed accertamento della correttezza di procedure e responsabilità

Auditor incaricati:

- Marco Esposti Responsabile IA
- Giulia Zucconi Collaboratore individuato
- Dr.ssa Giuseppina Agazzi Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali

<u>Tipologia d'intervento</u>: Assurance - Compliance Audit (verifica della conformità dei comportamenti alle procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore, verifica dell'adeguatezza e chiarezza delle procedure rispetto alle esigenze operative)

Periodo di riferimento: maggio 2020 – novembre 2020

Fasi intervento audit:

Mag-20	Giu-20	Lu-20	Ago-20	Sett-Nov 20
Comunicazione				
avvio Audit				
	Incontro			
	iniziale			
Analisi del processo, controlli				
sugli adempimenti				
		Conduzione		
		Audit		
		Rapporto Audit		
	Eventuale			
	Follow-Up			

Per la verifica del livello di efficacia/efficienza/economicità delle attività e della coerenza con la normativa di riferimento che ne regola il funzionamento, sono state predisposte, per alcuni processi da auditare, delle check list, gli indicatori delle quali sono stati elaborati in relazione al livello di esposizione al rischio delle singole attività.

2. Follow-up

Particolare attenzione sarà assicurata, nel corso di attuazione del presente piano, alla verifica e monitoraggio dei procedimenti oggetto di Audit nel corso dell'anno 2019, al fine di accertare il venir meno delle criticità riscontrate.

Monitorare l'applicazione e l'implementazione dei meccanismi correttivi (Follow-up) e/o garantire un'ulteriore sorveglianza per quei processi più complessi che richiedono una più approfondita verifica e organizzazione degli elementi e dei documenti probatori, costituisce l'aspetto più significativo e rilevante del presente piano.

E' stato predisposto un modello di Follow-up, che si è valutato universale e quindi applicabile a tutti gli Audit da effettuare. All'interno del modello sono stati individuati indicatori di attività, atti a consentire la rilevazione di particolari tipologie di criticità (isolata, sistematica o potenzialmente sistematica o di irregolarità).

Tale strumento permetterà al gruppo IA di formalizzare per iscritto gli esiti dei controlli e di evidenziare eventuali ulteriori criticità/irregolarità.

Sarà garantito a ciascun soggetto auditato un termine, che verrà stabilito dal gruppo di IA, entro il quale formulare le proprie eventuali controdeduzioni, che verranno rivalutate in un clima di condivisione e di programmazione, finalizzato alla risoluzione delle anomalie.

La verifica *in loco* ha di norma ad oggetto la revisione ed il controllo della documentazione amministrativa e contabile conservata presso l'Unità Operativa detentrice.

Tale controllo, effettuato dall'incaricato del gruppo di IA sulla base della documentazione e dei dati conservati dalle UU.OO. interessate, si svolge nella maggior parte dei casi con l'ausilio e sulla base di un'apposita check list di controllo.

L'obiettivo principale del follow-up, come sopra meglio esplicitato, è la valutazione delle azioni correttive intraprese dai soggetti auditati, che devono essere poste in essere in risposta alle non conformità, e la conseguente conferma che il sistema gestionale del processo verrà correttamente implementato.

2.1. Attività svolte nell'anno 2019 e follow-up

Nel corso dell'anno 2019, come da programma, si è dato corso alle attività di follow-up sugli Audit ancora in corso. Le attività sono state condotte attraverso il confronto tra la normativa regionale di riferimento, gli esiti delle analisi delle evidenze documentali a supporto, il controllo dei processi organizzativi e la verifica della conformità delle attività poste in essere ai percorsi autorizzativi o procedurali. Nella fase conclusiva è stato richiesto anche il coinvolgimento del management aziendale.

Si sono svolti incontri programmati e concordati con i responsabili e con il personale operativo delle funzioni. I principali passaggi sono stati, in sintesi, la presentazione dell'intervento, la raccolta e l'esame della documentazione acquisita, l'ascolto, la redazione dei verbali, la condivisione delle evidenze. In particolare è stata verificata l'applicazione delle vigenti procedure di riferimento, nonché l'eventuale adozione di nuove prassi operative.

Le attività di Audit programmate nel "Piano annuale di Controllo Interno 2019" sono state tutte concluse e non sono quindi previste attività di follow-up sui medesimi processi per l'anno 2020. Tuttavia, qualora si rendesse necessario, saranno avviate attività di follow-up straordinarie sui processi auditati in precedenza.

3. Obiettivi

Nel corso del 2020 si ha intenzione di effettuare una verifica di carattere preliminare volta a stabilire se le procedure aziendali disciplinanti gli interventi di Internal Auditing siano adeguate e coerenti rispetto alla nuova organizzazione aziendale e, laddove ritenuto necessario, saranno apportate le opportune modifiche ed adeguamenti.

Nel 2020 sarà opportuno dare continuità alle attività avviate nel corso degli anni precedenti, così come dettagliate nei paragrafi che precedono.

Si continuerà ad implementare il percorso di mappatura dei processi aziendali e sarà effettuata una più accurata valutazione dei rischi (Risk Assessment) che possono caratterizzare tali processi. A tal fine sarà fondamentale acquisire informazioni il più possibile complete. In questa occasione verrà data precedenza a quelle attività ritenute prioritarie, tenuto conto delle indicazioni nazionali o regionali in materia, oppure considerando le mappature aziendali di rischio sinora effettuate.

Qualora si rendesse necessario, al termine del processo di mappatura delle attività e di misurazione del rischio ad esse correlato, si provvederà a riformulare la programmazione delle attività di Internal Auditing ed eventualmente rimodularne la procedura.

Oltre alle azioni propriamente rientranti all'area dell'Internal Auditing nel corso dell'anno 2020 si programmeranno ulteriori attività di monitoraggio, anche su richiesta della Direzione Strategica o determinate da segnalazioni che comunque dovessero pervenire da cittadini, dagli stakeholders e comunque dalla società civile.

Un obiettivo che prefissato sarà anche quello di attivare una linea di collaborazione con l'Agenzia Regionale di Controllo del Sistema Sociosanitario, con la Struttura Regionale di Internal Auditing e con le altre Strutture della Rete regionale di Internal Auditing. Il lavorare in sinergia con le strutture regionali e con le altre realtà del sistema socio sanitario lombardo aiuterà ad arricchire le nostre competenze e ad ampliare i nostri orizzonti strategici, per non parlare delle inevitabili ricadute positive sulla strutturazione e sull'effettuazione dei controlli.

4. Normativa e documentazione di riferimento

Si richiamano i seguenti atti e documenti, la cui elencazione non potrà in nessun caso considerarsi esaustiva:

- Legge 06.11.2012 n. 190 e s.m.i. "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, ex Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e successivi aggiornamenti;
- DGR 02.08.2016 n. X/5513 "Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali
 per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle Agenzie di Tutela della
 Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico
 della Regione Lombardia e di AREU";
- D.G.R. nr. XI/1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini)";
- D.G.R. nr. XI/2672 del 16/12/2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020 (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini)";
- D.G.R. nr. X/6402 del 27/03/2017 recante "Determinazioni in ordine al piano di organizzazione aziendale strategico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi ai sensi e per gli effetti del dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.";

- Codice Etico Comportamentale Aziendale;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 e successivi aggiornamenti;
- Piano delle Performance 2020 e Relazione sulla Performance;
- Documenti di programmazione e obiettivi aziendali.

Manuale di Controllo Interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi





1. PREMESSA

1.1. Scopo e destinatari del Manuale

Il presente Manuale descrive le procedure ed illustra i contenuti minimi delle carte di lavoro necessarie

per lo svolgimento dell'attività della Funzione Controllo Interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

di Lodi e definisce le modalità operative che devono essere seguite dagli auditor.

I destinatari del manuale sono le Unità Operative dell'ASST di Lodi. Il contenuto del manuale e dei

suoi allegati è soggetto a periodiche valutazioni e, se del caso, revisioni in funzione delle variazioni:

• della normativa e delle procedure di riferimento;

• delle funzioni per cui l'Azienda è riconosciuta a svolgere l'attività;

• della strategia e dei risultati dell'attività di auditing.

Il manuale viene aggiornato dalla Funzione Controllo Interno, approvato dal Responsabile CI e

pubblicato sul sito internet aziendale.

1.2. Acronimi

CI: Funzione Controllo Interno dell'ASST di Lodi

Responsabile CI: responsabile dell'Audit Interno

SI: Sistema Informativo

IIA: Institute of Internal Auditors

UE: Unione Europea

1.3. Riferimenti normativi

II D. Lgs. 286/99 ha riformato il sistema dei controlli della Pubblica Amministrazione, prevedendo che

ogni PA adotti dei sistemi di controllo interno. Successivamente il D. Lgs. 150/2009 ha delineato un

potenziamento dei controlli interni della Pubblica Amministrazione, delineando il sistema di

valutazione delle strutture e dei dipendenti pubblici.

II D.L. 174/2012 convertito con modificazioni dalla legge 213/2012, contempla un collegamento tra i

controlli interni e i controlli esterni della Corte dei Conti.

2

Le normative regionali di riferimento per il sistema di controlli interni sono:

- L.R. 34/1978 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione"
- L.R: 30/2006 "Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34"
- L.R. 17/2014 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'art. 58 dello Statuto d'autonomia"

L'attività di Internal Auditing è regolata a livello internazionale dagli standard di riferimento dell'internal auditing, emanati dall'Institute of Internal Auditors (IIA).

1.4. Obiettivi e ambito di intervento del CI

Il CI si ispira agli Standard Internazionali di *Internal Auditing* (IIA) e adotta la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei rischi e dei controlli, assiste la Direzione Strategica nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni dell'Azienda, la rispondenza ai requisiti minimi definiti dai Regolamenti, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte al rischio (attraverso l'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli predisposti per ridurre l'impatto dei rischi) e implementa misure idonee per mitigare tale rischio.

1.5. Struttura organizzativa del CI

Il CI dipende direttamente dal Direttore Generale dell'ASST di Lodi, ed è pertanto indipendente dalle altre Strutture dell'Azienda stessa.

Il CI, in caso di condizionamenti nell'indipendenza organizzativa o nell'obiettività individuale, deve tempestivamente comunicare al Direttore Generale le circostanze di tali avvenimenti. Tra i fattori che possono condizionare l'indipendenza o l'obiettività si possono annoverare conflitti di interesse individuali, limitazione del campo di azione, restrizioni dell'accesso a dati, persone e vincoli di risorse tra cui quelle finanziarie.

Il CI per poter svolgere correttamente le proprie funzioni deve poter avere accesso:

- alla documentazione relativa alle singole pratiche presenti presso le Strutture dell'Azienda;
- a tutti i dati contenuti nelle banche dati aziendali;
- alle registrazioni contabili (cartacee e informatiche) gestite dall'Azienda e dal suo Tesoriere;
- a ogni altra informazione che ritenga utile.

Il CI per poter mantenere l'indipendenza e l'oggettività di giudizio:

- non deve avere responsabilità diretta nei processi oggetto del controllo;
- non deve occuparsi direttamente del disegno, dell'installazione e dell'esecuzione dei processi operativi, né della definizione delle procedure.

1.6. Protocolli di comunicazione

I protocolli di comunicazione con i soggetti responsabili del processo oggetto di *audit* prevedono l'invio di una nota del Responsabile CI con cui vengono comunicati obiettivi, soggetti coinvolti, tempistiche e modalità operative dell'effettuazione dell'audit (Programma di Lavoro) e successivamente, la trasmissione del "Rapporto di *audit*" per la condivisione delle osservazioni emerse nell'attività di *controllo* e la proposta di un piano di azione finalizzato all'eliminazione o alla mitigazione dei rischi evidenziati. Tale rapporto è inviato con una nota del Responsabile CI contenente l'indicazione dei termini assegnati al responsabile del processo per presentare eventuali osservazioni (trenta giorni dal ricevimento); trascorso tale termine, il rapporto e la proposta di piano di azione si considerano condivisi. Qualora pervengano considerazioni dal responsabile del processo, queste vengono valutate dal CI e viene trasmessa la versione condivisa del "Rapporto di *audit*" contenente il piano di azione.

I protocolli di comunicazione con il Direttore Generale prevedono:

- l'invio dei programmi di lavoro e dei Rapporti di audit;
- periodicamente, un incontro in merito alle finalità, ai poteri, alle responsabilità dell'attività di
 controllo interno, nonché alla comunicazione dello stato di avanzamento del piano di audit, con
 particolare riferimento ai rischi significativi, inclusi quelli di frode, i problemi di controllo, i
 problemi di governance e ogni altra informazione necessaria o richiesta dal Direttore Generale;
- annualmente, la trasmissione di una relazione di sintesi sull'attività svolta (per maggiori dettagli si rimanda al paragrafo 7 "Il rapporto annuale sull'attività svolta").

1.7. Responsabilità e compiti dei componenti del CI

Il Responsabile CI propone il piano annuale di *audit* e le relative intenzioni di variazione, all'approvazione del Direttore Generale.

Il Responsabile CI ha, inoltre, la funzione di:

- assistere il Direttore Generale nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative e supportare il Direttore Generale nella predisposizione della dichiarazione di affidabilità;
- garantire il supporto alle operazioni di controllo da parte di organismi di certificazione ove richiesto:
- assistere i Responsabili delle Unità Operative nell'identificazione e nella valutazione delle aree maggiormente esposte ai rischi, curando la salvaguardia degli obiettivi e delle finalità dell'Azienda, nonché nella predisposizione di nuovi sistemi gestionali, per ottenere la garanzia che gli stessi siano conformi alle discipline del sistema dei controlli;
- coordinare e supervisionare l'attività del CI;
- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del piano di *audit* annuale e coordinare le iniziative di *follow up*;
- approvare i programmi degli interventi e i rapporti di audit;
- supervisionare i programmi di *audit* e affiancare gli *auditor* nell'esecuzione delle verifiche più complesse;
- predisporre il piano annuale di audit e curare la redazione della relazione annuale e semestrale di audit;
- curare il periodico aggiornamento del Manuale rispetto agli standard dell'attività di auditing;
- proporre e coordinare le collaborazioni con soggetti esterni per l'affidamento di attività di internal audit.

Gli *Internal Auditor* hanno il compito di:

- pianificare ed eseguire gli audit e gli interventi di consulenza programmati;
- raccogliere, ordinare ed archiviare tutta la documentazione e le evidenze necessarie a supportare le conclusioni tratte nel corso degli interventi di audit;
- individuare e proporre azioni migliorative;
- redigere i "Programmi di audit" e i "Rapporti di audit";
- aggiornare le tavole di follow up al termine di ciascun intervento di audit;

- collaborare alla revisione del manuale interno;
- partecipare agli specifici percorsi di formazione;
- raccogliere e aggiornare la normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento.

2. PIANO ANNUALE DI AUDIT

Il **piano annuale di audit,** approvato dal Direttore Generale, previa proposta da parte del Responsabile CI, definisce le strategie, i programmi e gli obiettivi del CI ed assicura che "tutti i settori importanti in carico all'Azienda, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione" siano verificati "in un periodo non superiore a cinque anni", come definito dal Reg. CE 885/06.

Nel piano viene individuata la rilevanza e rischiosità dei processi strategici aziendali e in base a queste valutazioni vengono distribuiti gli interventi di *auditing*.

Il piano è rivisto annualmente, al fine di prendere in considerazione eventuali ampliamenti dell'attività dell'Azienda, modifiche normative, cambiamenti organizzativi.

Nel corso della predisposizione del Piano Annuale di *Audit* il responsabile CI verifica il personale disponibile e il tempo che deve essere dedicato a ciascun intervento e, tenendo in considerazione le competenze specifiche e l'esperienza maturata dai diversi *auditor*, assegna le attività. Per ogni intervento inserito nel Piano di *audit* devono infatti essere dettagliate almeno le seguenti informazioni:

- titolo;
- soggetti auditati;
- obiettivo;
- auditor incaricati;
- tipologia dell'intervento (es. assurance / consulenza);
- periodo indicativo di svolgimento dell'intervento e dettaglio delle fasi dell'intervento.

Il Piano Annuale di Audit viene presentato dal Responsabile CI alla Direzione Strategica, fa riferimento all'anno solare ed è approvato dal Direttore Generale. La scadenza di presentazione è definita da specifiche regole regionali.

2.1. Attività di risk assessment e valutazione dei rischi e dei controlli

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

Al fine di creare un adeguato sistema di gestione dei rischi occorre: (i) identificare famiglie di rischio standard che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, (ii) istituzionalizzare strumenti e metodi per l'identificazione e la valutazione periodica di rischi inerenti e rischi residui, (iii) definire un opportuno sistema di gestione dei rischi, che identifichi le priorità d'intervento per ridurre i rischi stessi ad un livello ritenuto accettabile.

Per supportare la pianificazione dell'attività di *audit* garantendo la copertura dei rischi, il CI si dota delle mappe dei processi aziendali, dei rischi inerenti e dei relativi controlli; la mappatura è funzionale alla valutazione dei rischi.

La valutazione dei rischi viene fatta sulla base dei parametri di probabilità e di impatto. La graduazione di questi parametri consente di costruire la griglia, usata per classificare i rischi individuati in ciascun processo e ai quali è stato attribuito un livello di probabilità e uno d'impatto.

A fronte dei rischi identificati, sono individuati quei controlli che consentono la loro mitigazione entro livelli accettabili. Il CI valuta ciascun controllo in termini di efficacia nel mitigare il rischio e di implementazione del controllo stesso. La definizione del livello di rischio di un processo è la sintesi della valutazione di tutti i rischi e dei relativi controlli. La valutazione della rischiosità complessiva a livello di processo deve essere condivisa con il responsabile del processo stesso. Le mappe vengono aggiornate dagli *auditor* nel corso degli interventi di *audit*.

2.2. Tipologie di intervento

Le tipologie di intervento del CI, nell'ambito delle attività di assurance, sono le seguenti:

 Compliance Audit: si tratta della verifica della conformità dei comportamenti alle normative, procedure e prassi interne ed esterne e con quanto richiesto dal legislatore. Rientra in questa tipologia di intervento l'analisi della completezza e conformità delle procedure definite dall'Azienda. Viene verificata altresì l'adeguatezza e la chiarezza delle procedure rispetto alle esigenze operative;

- Operational Audit: è il monitoraggio del rispetto degli obiettivi aziendali, per ogni livello di processo. Si tratta quindi di interventi volti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli in essi previsti;
- Follow up: è un intervento volto alla verifica dell'effettiva implementazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi, a fronte delle osservazioni rilevate nel corso di precedenti interventi del CI e condivise dai responsabili dei processi stessi.

Le tipologie di intervento del CI, nell'ambito delle attività di consulenza, sono le seguenti:

- Attività a supporto diretto della dichiarazione di affidabilità: consiste nella valutazione
 annuale di conformità delle diverse Unità Operative aziendali ai criteri per il riconoscimento e
 nell'individuazione e valutazione dei controlli previsti, nonché nell'effettuazione di specifici test
 su un campione di domande/transazioni, per verificare la correttezza degli importi erogati;
- Altre attività di consulenza pianificate.

3. INTERVENTO DI AUDIT

3.1. Pianificazione dell'intervento

Gli interventi previsti dal piano di *audit* sono pianificati in termini di obiettivi, soggetti coinvolti, tempistiche, modalità operative, nel "Programma di Lavoro", preparato dal team responsabile dell'esecuzione dell'intervento, approvato dal Responsabile CI e inviato ai Responsabili dei processi e al Direttore Generale.

Durante la fase di pianificazione operativa, sono eseguite le seguenti attività:

- ricerca/richiesta di informazioni sulle attività oggetto di analisi, volta alla predisposizione del Programma di Lavoro;
- esame e valutazione delle informazioni ottenute/raccolte e predisposizione del Programma di Lavoro delle attività che saranno svolte sul campo;
- comunicazione d'avvio dell'attività di *audit* a tutti i soggetti coinvolti nel processo oggetto di verifica, con allegato il "Programma di Lavoro".

3.1.1. Ricerca/richiesta di informazioni sul processo oggetto di audit

In base alle attività da realizzare, gli *auditor* assegnati al progetto predispongono, ove necessario, una lista della documentazione da ottenere dal responsabile del processo, prima della realizzazione del lavoro sul campo. Tra la documentazione esaminata in questa fase rientrano:

- carte di lavoro relative a precedenti audit sulla medesima area oggetto di verifica;
- eventuali Tavole di follow up;
- manualistica interna;
- normativa di riferimento;
- esiti delle verifiche eseguite sullo stesso processo da parte di altri organismi di controllo (es. società di revisione, Corte dei Conti).

3.1.2. Predisposizione del Programma di Lavoro

Il Programma di Lavoro è finalizzato alla pianificazione dell'intervento di *audit*. Il CI, una volta completata la raccolta della documentazione, predispone una mappatura preliminare del processo. Si tratta di un documento che sintetizza e mette in relazione gli obiettivi di processo e di controllo identificati con i rischi che possono comprometterne il conseguimento.

Il Programma di Lavoro deve contenere le seguenti informazioni:

- descrizione del processo e ambito di intervento della verifica;
- esplicitazione degli obiettivi dell'intervento;
- identificazione del responsabile e dei referenti del processo oggetto di audit;
- tipologia di intervento;
- descrizione della metodologia che sarà seguita per lo svolgimento dell'intervento (fasi, attività e risultati);
- periodo di riferimento su cui viene svolta la verifica (es. un determinato esercizio finanziario);
- criteri di selezione dei soggetti da auditare, criteri di campionamento (es. casuale, rischio, misto) e numerosità del campione di transazioni da verificare, ove applicabili;
- pianificazione temporale dell'intervento per fasi / macro-attività e auditor coinvolti.

3.1.3. Campionamento

Nella fase preliminare dell'audit vengono definiti:

- i soggetti da auditare, sulla base di parametri quantitativi (es: numero e importo delle domande gestite) e qualitativi (es: esiti di precedenti controlli, tempo trascorso dall'ultimo controllo effettuato);
- l'universo delle transazioni all'interno del quale effettuare il campionamento.

Il numero delle transazioni da selezionare è deciso dagli *auditor* incaricati dell'intervento, in accordo con il Responsabile CI, sulla base del giudizio professionale. E' comunque facoltà dell'*auditor* controllare un ulteriore campione di transazioni, nel caso in cui vengano riscontrati errori sostanziali nel campione oggetto di verifica. La modalità di scelta delle transazioni da controllare deve garantire che il campione sia il più possibile rappresentativo all'interno della popolazione di riferimento.

3.1.4. Comunicazione d'avvio dell'attività di audit

L'avvio di un'attività di *audit* deve essere sempre comunicato in forma scritta alle Funzioni / soggetti che saranno coinvolti nell'*audit* da parte del Responsabile CI. Alla comunicazione d'avvio delle attività di *audit* viene allegato il Programma di Lavoro. La comunicazione è inviata per conoscenza anche al Direttore Generale.

3.2. Esecuzione dell'intervento

3.2.1. Incontro iniziale

Durante l'incontro devono essere presentati e discussi i seguenti argomenti con il responsabile del processo oggetto di *audit*:

- scopo, obiettivo e tempo indicativamente necessario per l'intervento;
- modalità operative di esecuzione dell'intervento (ad esempio interviste con il personale, analisi
 delle transazioni rilevanti, test sulle attività, test di percorso di una procedura, rilevazione dei
 rischi, ecc.);
- documentazione che verrà prodotta;
- pianificazione dei successivi incontri e termine dell'intervento.

3.2.2. Analisi del processo

La mappatura preliminare viene consolidata tramite interviste con i responsabili del processo oggetto di *audit* al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati.

Nella fase di analisi del processo, gli *auditor* analizzano l'efficacia dei controlli dal punto di vista strutturale ("design effectiveness"): valutano, cioè, se ciascun controllo sia strutturato in modo adequato a coprire un'area di rischio all'interno del processo.

3.2.3. Test sui controlli

Sulla base di quanto previsto nel Programma di Lavoro, l'auditor esegue i test sui controlli rilevati in fase di mappatura del processo, al fine di raccogliere evidenze, verificare e valutare l'efficacia dei controlli posti in essere da parte del responsabile del processo oggetto di audit.

Il test deve verificare che il controllo:

- operi come dovrebbe;
- sia applicato per tutto il periodo di tempo previsto per la copertura efficace del rischio associato;
- sia eseguito tempestivamente tutte le volte che si rende necessario;
- copra tutte le transazioni a cui è applicabile;
- si fondi su informazioni affidabili.

Conclusi i test si deve esprimere un giudizio sull'efficacia dei controlli. Nel caso in cui dal test emerga che il controllo in essere garantisce la copertura del rischio, il controllo si deve ritenere efficace. Viceversa se dal test emerge l'inefficacia del controllo, l'auditor deve assicurarsi di avere tutte le evidenze necessarie per dimostrare in modo oggettivo che il controllo analizzato non garantisce la copertura del rischio associato. L'attività svolta deve essere riportata nelle carte di lavoro che prevedono uno spazio riservato alle considerazioni/osservazioni emerse.

3.2.4. Predisposizione delle carte di lavoro

Le principali carte di lavoro da utilizzare nel corso dell'intervento di *auditing* sono i questionari, le check-list e i verbali. A seguito dell'analisi degli obiettivi dell'intervento, l'*auditor* predispone le carte di

lavoro per ottenere la comprensione del processo/struttura oggetto di analisi e per verificare l'efficacia e la completezza dei controlli effettuati.

L'organizzazione, la struttura e i contenuti delle carte di lavoro dipendono dalla natura dell'*audit*; tuttavia sono previsti alcuni elementi minimi che devono essere inclusi in tutte le carte di lavoro:

- codice identificativo dell'intervento;
- · processo oggetto di verifica;
- dettaglio degli item analizzati;
- nominativo dei soggetti coinvolti
- descrizione dei test / verifiche eseguite e relativo esito.

Nelle carte di lavoro devono risultare evidenti e documentate le criticità riscontrate e indicate in uno spazio riservato alle note/osservazioni dell'auditor. Le carte di lavoro al momento del loro utilizzo devono essere datate e firmate dagli auditor.

3.3. Comunicazione dei risultati e Rapporto di Audit

Alla conclusione di ogni *audit* viene predisposto il Rapporto di *audit* che contiene le seguenti informazioni:

- elementi essenziali dell'audit;
- valutazione conclusiva, ove pertinente, sull'adeguatezza del sistema di controllo alla mitigazione dei rischi;
- descrizione delle eventuali osservazioni emerse nel corso dell'audit con le relative raccomandazioni formulate dal CI;
- eventuali considerazioni del responsabile del processo oggetto di audit;
- piano d'azione, con l'indicazione di tempistiche e responsabile.

Il Rapporto finale prevede inoltre una sezione relativa alle aree di miglioramento che può essere compilata dal CI al fine di portare all'attenzione del responsabile di processo e della Direzione Strategica delle tematiche di rilievo emerse nel corso della verifica, anche se non direttamente legate all'inefficacia al sistema di controllo interno.

Qualora il CI ritenga che il responsabile del processo abbia approvato un livello di rischio residuo inaccettabile per l'organizzazione, è necessario inviare una segnalazione al Direttore Generale. Il

Rapporto di *audit* viene inviato dal CI al responsabile del processo ai fini della condivisione; eventuali osservazioni sul piano di azione proposto devono pervenire al CI entro trenta giorni dal ricevimento del Rapporto di *audit*. Nel caso in cui non pervengano osservazioni entro tale termine, il Rapporto di *audit* si considererà come definitivo.

La condivisione del Rapporto avviene attraverso l'organizzazione da parte del CI di un incontro finale a cui vengono invitati:

- il Responsabile del CI;
- i referenti e il responsabile del processo oggetto di audit.

Il Rapporto di audit viene inviato anche al Direttore Generale. Al termine dell'intervento gli *auditor* garantiscono che tutta la documentazione sia raccolta e archiviata presso gli uffici del CI.

3.4. Supervisione degli interventi

Gli interventi devono essere opportunamente supervisionati al fine di garantire che gli obiettivi siano raggiunti, che la qualità sia assicurata e che il personale possa crescere professionalmente. Il grado di supervisione richiesta dipende dalla professionalità e dall'esperienza dei soggetti coinvolti nell'attività di *audit* e dalla complessità dell'incarico. La responsabilità della supervisione è in capo al Responsabile CI.

La supervisione è eseguita attraverso:

- approvazione del Programma di Lavoro;
- revisione delle carte di lavoro, documentata all'interno del fascicolo dell'intervento;
- monitoraggio del rispetto delle tempistiche previste per l'esecuzione dell'intervento;
- verifica e approvazione del Rapporto di audit.

4. INTERVENTI DI FOLLOW-UP

Il *follow up* è l'intervento per la verifica dell'effettiva implementazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi, a fronte delle osservazioni rilevate nel corso dell'intervento di *audit*. Una volta completato l'intervento, ciascun *auditor* raccoglie le osservazioni e il piano di azione riportato nel Rapporto di *audit* e implementa la "tavola di *follow-up*".

Qualora le raccomandazioni da implementare siano di bassa rilevanza e/o riguardino problematiche che possono essere sanate in tempi brevi e con facilità per il responsabile del processo oggetto di audit (es. irregolarità documentali, errori materiali, ecc.), la verifica del recepimento delle raccomandazioni può avvenire tramite l'analisi delle evidenze trasmesse al CI. Nel caso in cui i piani di azione proposti siano complessi, la verifica del loro accoglimento si effettua con interventi di follow up che prevedono una nuova visita presso il soggetto responsabile del processo e l'analisi delle evidenze raccolte. In quest'ultimo caso, al termine dell'intervento di follow up, viene redatto un apposito documento che riporta la descrizione di quanto verificato. Successivamente alla verifica del recepimento dei piani di azione, l'auditor aggiorna la tavola di follow up.

In particolare, si possono verificare le seguenti situazioni:

- Il piano d'azione è stato implementato correttamente. In tal caso l'auditor indica la data di completamento, se disponibile, e le valutazioni conclusive;
- Il piano d'azione è stato parzialmente eseguito e necessita di un tempo supplementare o di una revisione dell'originario piano di azione. In tal caso l'auditor aggiorna la tavola di follow up specificando le attività che devono ancora essere implementate o che necessitano di una modifica. Inoltre indica la nuova data prevista di completamento;
- Il piano d'azione non è stato implementato. Si possono presentare diversi casi:
 - Il piano d'azione non risulta applicabile (ad esempio in seguito a un cambiamento della legislazione di riferimento o di un processo) e necessita di una modifica. In questo caso, una volta concordate le attività fra il responsabile del processo e il CI, occorre rivedere il piano e aggiornare la tavola;
 - I responsabili preposti all'implementazione risultano inadempienti. Occorre rilevare nella tavola che il piano risulta ancora aperto, indicare una nuova data di scadenza e informare il Responsabile CI.

Qualora si verifichino problemi da parte del responsabile del processo nel recepire le raccomandazioni è necessario segnalarlo al Direttore Generale, che può attivare procedure limitative previste dalla normativa.

4.1. Gestione della tavola di follow-up

La tavola, gestita su formato elettronico, è mantenuta e archiviata presso il CI ed utilizzata nella pianificazione degli interventi di *follow up*. Qualora i piani debbano essere implementati nell'anno successivo a quello dell'intervento occorre tenerne conto nel piano annuale di *audit*.

5. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

5.1. Archivio cartaceo

Il CI raccoglie e conserva le comunicazioni e la documentazione da e verso l'esterno, nonché la documentazione ad uso interno (fascicoli degli *audit*, eventuale normativa e manualistica di riferimento, ecc.). Il materiale viene ordinato e custodito all'interno di appositi armadi, accessibili al solo personale del CI, in conformità con quanto previsto dall'art. 35 del D.Lgs. 196/03 in merito alla conservazione di dati personali senza l'ausilio di strumenti elettronici.

I dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservati separatamente da altri dati personali trattati per finalità che non richiedono il loro utilizzo. La documentazione è mantenuta presso gli uffici del CI per i 5 anni successivi all'anno di riferimento e viene poi conservata presso l'archivio storico dell'Azienda.

5.2. Archivio informatico

L'archivio informatico è accessibile esclusivamente al personale del CI e alla Direzione Strategica. La concessione di diritti di accesso ad eventuali altri soggetti deve essere valutata ed autorizzata da parte del Responsabile CI.

Nel caso di conservazione di dati personali, in particolare se sensibili o giudiziari, è necessario attenersi alle disposizioni del garante Privacy in merito alla archiviazione di tali dati (art. 22 del D.Lgs. 196/03).

6. ATTIVITA' DI CONSULENZA

Nel piano annuale di *audit* possono essere inclusi interventi di consulenza tesi a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema dei controlli dell'Azienda, nonché a supportare, sempre con un ruolo consultivo/propositivo e non decisionale, progetti di re-engineering dei processi operativi o di change management nell'ambito dei sistemi informativi.

7. RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ SVOLTA

Al termine di ogni annualità il Responsabile CI redige un rapporto sull'attività svolta, destinato al Direttore Generale. Questa rendicontazione a consuntivo è tra l'altro propedeutica alla definizione del Piano di *audit* dell'annualità successiva. Il Rapporto annuale viene presentato dal Responsabile CI al Direttore e fa riferimento all'anno solare. La scadenza di presentazione è definita da specifiche regole regionali.

Il rapporto 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, accompagnate da una valutazione e pesatura;
- 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; in questo ambito rientrano le valutazioni delle azioni
 implementate per il rientro delle osservazioni formulate dall'organismo di certificazione a carico
 dell'esercizio precedente;
- Valutazione sintetica del sistema di gestione e controllo dell'Azienda, sulla base dei test
 condotti direttamente e delle risultanze dei controlli che gli uffici interni hanno effettuato; i
 risultati complessivi vengono utilizzati ai fini della dichiarazione di affidabilità redatta dal
 Direttore Generale;

- Sintesi delle altre attività extra Piano, cioè quelle di eventuali audit / interventi consulenziali non programmati; vengono inoltre riassunte le attività non di controllo svolte, quali progetti speciali a supporto della Direzione Strategica, ecc.;
- Analisi e valutazione dell'attività di audit, che consiste in una disamina dell'operato, delle
 prestazioni e delle eventuali difficoltà emerse, delle possibilità di intervento per incrementare
 qualità ed efficacia dell'azione di audit, sia a livello di organizzazione interna dell'ufficio che di
 sviluppo delle professionalità e delle competenze degli auditor.

Allegato 1. Principi deontologici di riferimento per il personale del C.I.

"L'internal auditing 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 personale del C.I, nell'esercizio della propria attività deve attenersi ai principi e alle regole di condotta definite dall'Institute of Internal Auditors.

- **1. I Principi**, fondamentali per la professione e la pratica dell'*internal auditing*, sono i seguenti:
 - Integrità: l'integrità dell'*internal auditor* consente lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.
 - Obiettività: nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il
 processo in esame, l'internal auditor deve manifestare il massimo livello di obiettività
 professionale. L'internal auditor deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza
 venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione
 dei propri giudizi.
 - Riservatezza: l'internal auditor deve rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che
 riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, a meno che lo impongano motivi di
 ordine legale o etico.
 - **Competenza**: nell'esercizio dei propri servizi professionali, l'*internal auditor* utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.
- **2.** Le Regole di Condotta, che descrivono le norme comportamentali che gli *internal auditor* sono tenuti ad osservare, sono le seguenti:

Integrità – l'internal auditor

- Deve operare con onestà, diligenza, e senso di responsabilità.
- Deve rispettare la legge e relazionare solo in merito a quanto previsto dalle leggi e dai principi della professione.
- Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.

• Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e conformi alla legge.

Obiettività – l'internal auditor

- Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.
- Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione.
- Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa dare un quadro alterato delle attività analizzate.

Riservatezza – l'internal auditor

- Deve esercitare la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico.
- Non deve usare le informazioni ottenute per vantaggio personale o secondo modalità contrarie alla legge o che siano di nocumento ai legittimi obiettivi dell'organizzazione.

Competenza – l'internal auditor

- Deve intraprendere solo quelle prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.
- Deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli Standard per la Pratica Professionale dell'Internal Auditing.
- Deve continuamente migliorare la propria preparazione professionale, nonché l'efficacia e la qualità dei propri servizi.