



0181

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del 30 GEN. 2018, Atti n. \_\_\_\_\_

Pag. 1

avente come oggetto: "Modifica del Regolamento delle attività di Internal Audit ed aggiornamento dell'allegato tre con la pianificazione delle attività per l'anno 2018"

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

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

Il regolamento di Internal Audit viene modificato in quanto le attività internal audit vengono, dal 2018, condotte, da ogni team, solo all'interno dell'IRCCS di appartenenza. Negli anni scorsi i team di Internal Audit svolgevano la loro attività anche negli IRCCS pubblici ove non prestavano servizio.

All'allegato tre viene aggiunta la pianificazione delle attività per l'anno 2018.

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

- DGR 2524 del 24 novembre 2011
- Legge regionale n. 17 del 4 giugno 2014
- DGR n. 1292/2014 del 30 gennaio 2014
- Nota prot. 30876 del 20.3.2014
- DGR n.2989 del 23 dicembre 2014
- DGR n. X/5954, 5 dicembre 2016
- DGR n. X/7600, 20 dicembre 2017

##### 3. Attestazione contabile

La presente determina non comporta oneri

Pratica gestita da Silvana Castaldi

Responsabile del procedimento

UOC Qualità Appropriately Rischio Clinico e Privacy  
Prof.ssa Silvana Castaldi

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





Determinazione del Direttore Generale n. **0181** del **30 GEN. 2018** Atti n.

**ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA/PATRIMONIALE**

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

BILANCIO	N. CONTO E DESCRIZIONE	N. IMPEGNO	PROGETTO	IMPORTO 2017	IMPORTO 2018	IMPORTO 2019	TOTALI
SAN	LA PRESENTE ATTIVITÀ NON CONFERISCE ONERI						
Totale							
RIC							
Totale							
TOTALE							

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

Il Direttore della UOC Economico-Finanziaria

(Dott. Roberto Alberti)



Determinazione del Direttore Generale n. **0181** del **30 GEN. 2018**, Atti n.

Pag. 3

**OGGETTO: "Modifica del Regolamento delle attività di Internal Audit ed aggiornamento dell'allegato tre con la pianificazione delle attività per l'anno 2018"**

**IL DIRETTORE GENERALE**

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

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

**VISTE** le Leggi Regionali :

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

**VISTE** le DGR:

- DGR n. 1292/2014 del 30 gennaio 2014 con la quale Regione Lombardia ha definito le direttive agli Enti e alle Società del sistema regionale in merito alla tipologia dei controlli con particolare riguardo alla funzione di Internal Auditing;
- DGR n.2989 del 23 dicembre 2014 cd. "Regole 2015" in cui si prevede che ogni Azienda approvi un proprio regolamento di Internal Auditing e rediga la Pianificazione annuale dell'attività di audit per il 2016, da trasmettere entro il 15 dicembre 2015 alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'area del portale PIMO (Piano Integrato Informativo per il miglioramento dell'Organizzazione) (Allegato 3);
- DGR n. X/5954, 5 dicembre 2016 determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza);
- DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017 Regione Lombardia, DGR X/7600, 20 dicembre 2017. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)

**RICHIAMATA** la deliberazione consiliare n. 49 del 15.9.2016 avente per oggetto "Modalità di adozione dei Regolamenti";

**PRESO ATTO** del consenso del Consiglio di Amministrazione della Fondazione di cui al verbale n.24 del 25 gennaio 2018;

**RICHIAMATA** la determinazione del Direttore Generale n. 346 del primo marzo 2017 avente come oggetto "Regolamento delle attività di Internal Audit"

R





0181 30 GEN 2018

Pag. 4

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, Atti n. \_\_\_\_\_

**CONSIDERATA** l'esigenza di dover provvedere alla modifica del regolamento delle attività di Internal Audit, in quanto dal 2018 le attività di internal audit vengono condotte, da ogni team, solo all'interno dell'IRCCS di appartenenza mentre negli anni scorsi i team di Internal Audit svolgevano la loro attività anche negli IRCCS pubblici ove non prestavano servizio;

**PRENDENDO ATTO** della richiesta regionale di provvedere a stabilire il piano di Internal Audit per l'anno 2018 e aggiungendo all'allegato tre la pianificazione delle attività per il 2018 che vedrà verificati:

- verifica correttezza procedure concorsuali per l'assegnazione di posti a tempo indeterminato di personale dirigente
- gestione liste d'attesa per interventi chirurgici e correlata verifica dell'attività libero professionale

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

**VISTO** che la presente determina non comporta oneri;

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

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

### DETERMINA

Per tutti i motivi in premessa indicati di:

1. prendere atto della modifica del Regolamento di Internal Audit indicando che le attività di internal audit saranno condotti da ogni team solo all'interno del IRCCS di appartenenza in atti 1644/15 all.19
2. prendere atto della modifica dell'allegato tre del regolamento indicando il piano di internal audit per l'anno 2018 in atti 1644/15 all.19 che che vedrà verificati:
  - verifica correttezza procedure concorsuali per l'assegnazione di posti a tempo indeterminato personale dirigente
  - gestione liste d'attesa per interventi chirurgici e correlata verifica dell'attività libero professionale
3. di dare atto che la presente determina non comporta oneri;
4. dare atto che le attestazioni richiamate in premessa formano parte integrante del presente atto;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo online dell'Azienda, dando atto che lo stesso è immediatamente esecutivo (art. 17 comma 6, L.R. n.33/2009 così come sostituito dall'art.1 della L.R. n.23/2015);
5. di disporre l'invio della presente determinazione alle UOC interessata.





0181

30 GEN. 2018

Pag. 5

Determinazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, Atti n. \_\_\_\_\_

5. di disporre l'invio della presente determinazione alle UOC interessata.

IL DIRETTORE GENERALE

dott.ssa Simona Ghisoldi

IL DIRETTORE SANITARIO

dr.ssa Laura Chiappa

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott. Fabio Agro

UOC proponente	Qualità Appropriatazza Rischio Clinico e Privacy	
Responsabile del procedimento:	Silvana Castaldi	(Firma)
Pratica gestita da	Silvana Castaldi	(Firma)

REGISTRATA NELL'ELENCO DELLE DETERMINAZIONI  
IN DATA 30 GEN. 2018 AL N. 0181







Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

REV. I. DEL 2

PAC



U.O.C. Qualità Appropriatazza Rischio Clinico e Privacy

## REGOLAMENTO DELLE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT

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

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



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA D.M. 29-12-2004  
via Francesco Sforza, 28 - 20122 Milano - Telefono 02 5503.1 - Fax 02 58304350  
Codice Fiscale e Part. IVA 04724150968



## 1 OGGETTO

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

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

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

A tali principi si ispira anche il presente Regolamento.

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

## 2 SCOPO

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

## 3 CAMPO DI APPLICAZIONE

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

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

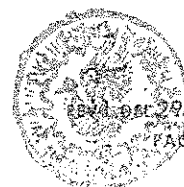
Il Regolamento potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing. Le revisioni del Regolamento dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'adozione dello stesso.

## 4 RIFERIMENTI

- Decreti Legislativi 286/1999 e 165/2001, nelle rispettive versioni vigenti, per quanto attiene alle disposizioni sui controlli interni alle Pubbliche Amministrazioni;
- Legge Regionale n. 30 del 27 dicembre 2006 che, in attuazione dello Statuto di Regione Lombardia, ha istituito il Sistema Regionale costituito dalla Regione e dagli Enti individuati negli allegati 1 e 2 della stessa Legge;
- Legge Regionale n. 14 del 6 agosto 2010 che, secondo quanto stabilito dalla Legge di cui al capoverso precedente, ha differenziato la forma di partecipazione degli Enti al Sistema Regionale sulla base della loro tipologia;







- DGR 2524 del 24 novembre 2011 con la quale la Regione ha stabilito le modalità di esercizio dell'attività di vigilanza e controllo sugli Enti appartenenti al Sistema Regionale finalizzati al perseguimento di obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
- Legge regionale n. 17 del 4 giugno 2014 in cui si stabilisce che il controllo regionale non sostituisce e non duplica i controlli interni posti in essere dagli Enti ma si aggiunge e si avvale degli stessi nell'ottica di cooperazione al miglioramento dei sistemi di gestione e controllo;
- DGR n. 1292/2014 del 30 gennaio 2014 con la quale Regione Lombardia ha definito le direttive agli Enti e alle Società del sistema regionale in merito alla tipologia dei controlli con particolare riguardo alla funzione di Internal Auditing;
- Nota prot. 30876 del 20.3.2014 con la quale la Direzione Centrale Legale, Legislativo, Istituzionale e Controlli Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti Audit SIREG ha chiesto ad ogni Azienda Sanitaria l'individuazione del responsabile della funzione di Internal Auditing;
- DGR n.2989 del 23 dicembre 2014 cd. "Regole 2015" in cui si prevede che ogni Azienda approvi un proprio regolamento di Internal Auditing e rediga la Pianificazione annuale dell'attività di audit per il 2016, da trasmettere entro il 15 dicembre 2015 alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'area del portale PIMO (Piano Integrato Informativo per il miglioramento dell'Organizzazione) (Allegato 3);
- DGR X\_5954, 5 dicembre 2016 determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)

## 5 RESPONSABILITÀ

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

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

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

Nell'ambito degli IRCCS pubblici, l'attività di I.A., fino alla fine del 2016 è stata effettuata da un Gruppo ad hoc, formato dai Responsabili I.A. dei seguenti IRCCS:

- Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia  
con sede legale in Pavia, Viale Golgi n. 19
- Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
con sede legale a Milano, Via Venezian n. 1
- Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta  
con sede legale a Milano, Via Celoria n. 11
- Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico  
con sede legale a Milano, Via Francesco Sforza n. 28

Dalla pianificazione del programma di audit per l'anno 2017 i responsabili IA dei 4 IRCCS hanno concordato di mantenere in comune i momenti di formazione annuale ma non l'effettuazione degli internal audit.





All'interno di ogni IRCCS si costituisce un Team I.A., i cui componenti sono nominati dal Direttore Generale, che deve contemplare le seguenti competenze:

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

Ai Team I.A. afferiranno anche altre competenze a cui i Responsabili I.A. potranno attingere di volta in volta al bisogno, in occasione di valutazioni di processi specifici e complessi e che richiedano competenze differenti da quelle proprie del Team I.A.

Si precisa che il Responsabile I.A. e il Team I.A. dell'IRCCS interessato alla verifica svolgerà, in quel frangente, sola attività istruttoria, proprio al fine di garantire imparzialità ed indipendenza nello svolgimento dell'attività di auditing.

Ai Responsabili I.A. compete:

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

Ai Team I.A. compete:

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

## 6 DEFINIZIONI

Allegato 2 Terminologia in uso nella materia

## 7 CONTENUTO

### FUNZIONE ED ATTIVITA'

L'attività di I.A. è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno della Fondazione e al suo servizio, con la finalità di esaminare e valutarne i processi. Il suo obiettivo è fornire un





supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).

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

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

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

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

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

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

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

## TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

L'attività di I.A., riferita ai principali obiettivi del controllo interno nelle organizzazioni, assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: **audit di conformità (compliance audit)**
- l'efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: **audit operativo (operational audit)**





- l'attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): **audit finanziario - contabile (financial audit)**.

Ulteriori tipologie di audit sono:

- **IT audit**: per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle informazioni trattate, etc.), alle normative vigenti (livelli di sicurezza e di affidabilità, etc.), etc.
- **audit direzionale**: per analizzare definizione e condivisione aziendale degli obiettivi strategici, e rischi correlati, e verificare nel tempo la coerenza dei comportamenti gestionali rispetto a tali obiettivi
- **follow up**: per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni concordate a seguito di osservazioni formulate durante interventi precedenti.

## Art. 1

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

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

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

## Art. 2

### Pianificazione

La seconda fase consiste nella individuazione, sulla base del risk assessment, dei processi da sottoporre ad auditing nell'ambito di un Piano (di seguito in breve "Piano I.A.") predisposto con periodicità annuale (Allegato 3).

Il Piano I.A. viene approvato, entro il 15 dicembre, con provvedimento del Direttore Generale e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare successivo. Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni; eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

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

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

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

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





### **Art. 3 Rapporto**

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

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

### **Art. 4 Archiviazione**

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

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

### **Art. 5 Obbligo di denuncia**

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

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

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi, i Responsabili I.A., con astensione della Funzione I.A. dell'IRCCS sottoposto ad audit, informeranno per iscritto il Direttore Generale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale, dandone informazione ai Responsabili I.A.

#### **Denuncia penale**

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio, i Responsabili I.A., a eccezione della Funzione I.A. dell'IRCCS auditato, devono farne denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dai Responsabili I.A. unitamente ai Team I.A. che hanno preso notizia del reato, è inviata al Pubblico ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria, con contestuale informativa per iscritto al Direttore Generale dell'IRCCS auditato.

Qualora gli elementi emersi, pur non integrando una notizia di reato, possano comunque ritenersi rilevanti per l'applicazione della legge penale, i Responsabili I.A., a eccezione della Funzione I.A. dell'IRCCS auditato, invieranno una segnalazione al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia giudiziaria.





## **Art. 5** **Formazione**

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

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

La formazione del Team I.A. deve svilupparsi su due direttrici: quella professionale (linee guida, normativa specifica, etc.) e quella generale di conoscenza dell'Ente e dei suoi processi, con particolare riguardo all'organizzazione, alle sue regole, alle attività e ai controlli interni. Il fabbisogno per la formazione professionale sarà gestito in modo interaziendale, tramite progettazione ed erogazione congiunta degli IRCCS citati all'art. 5.

La formazione comprenderà anche l'esigenza di presentare l'I.A. a tutte le funzioni della Fondazione, per acquisire una partecipazione informata, e condivisa, sull'attività, affinché l'intervento di I.A. sia efficace e costituisca un interesse comune dell'organizzazione.

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

## **8 ALLEGATI**

- All. 1 Codice Etico di Internal Auditing
- All. 2 Terminologia in uso nella materia
- All. 3 Piano Internal Audit





## Allegato 3

### PIANO INTERNAL AUDIT

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

redazione	verifica	Approvazione (firma e data)		Rev.	Descrizione modifica
SC Gruppo di Lavoro*	SC	LM	14.12.2015	0	Prima emissione
SC Gruppo di Lavoro"	SC	SG	27.12.2016	1	aggiunta: - di un documento tra i documenti di riferimento - della programmazione e della tempistica per l'anno 2017 aggiunte e modifiche in corsivo-grassetto
SC	SC	SC	27.12.2017		aggiunta: - di un documento tra i documenti di riferimento - della programmazione e della tempistica per l'anno 2018 aggiunte e modifiche in corsivo-grassetto

\*Gruppo di lavoro composto da: Cerra Romina; Roli Anna; Bazzoni Sandra; Bernardini Gemma  
IRCCS: Besta, Milano; Tumori Milano; San Matteo, Pavia.

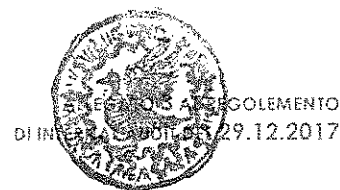
"Gruppo di lavoro composto da: Roli Anna; Bazzoni Sandra; Bernardini Gemma  
IRCCS: Tumori Milano; Besta, Milano; San Matteo, Pavia.

#### 1 SCOPO

Il presente piano ha lo scopo di:

- individuare le aree ed i processi/attività che saranno oggetto di verifica in merito alla compliance, all'operatività, agli aspetti finanziario-contabili; ai sistemi informativi, alla governance etica e all'antifrode;
- individuare le priorità degli interventi di internal audit,
- definire i tempi e le risorse necessarie all'esecuzione degli interventi di internal audit.





## 2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente piano si applica a tutti i processi gestionali della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano.

## 3 RIFERIMENTI

- Regione Lombardia Legge 4 giugno 2014 n. 17. Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia.
- Regione Lombardia Manuale di internal audit versione 1
- Regione Lombardia, DGR X/5954, 5 dicembre 2016. D determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)
- **Regione Lombardia, DGR X/7600, 20 dicembre 2017. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)**

## 4 RESPONSABILITÀ

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

## 5 MODALITÀ DI GESTIONE

In base all'attività di risk assessment, considerate le risorse disponibili, le priorità di internal audit per l'anno 2016 sono costituite dai seguenti processi:

1. acquisti in economia di presidi medico chirurgici
2. formalizzazione del rapporto inerente borse di studio, specializzandi e tirocinanti.

In base alle risultanze dei due internal audit condotti nel 2016 e valutate, con il network degli IRCCS pubblici, le priorità di intervento i due processi che saranno auditati nell'anno 2017 sono:

1. contratti in sub-appalto
2. gestione liste d'attesa per interventi chirurgici e correlata verifica dell'attività libero professionale

**In base alle risultanze dei due internal audit condotti nel 2017 e valutate, con il team di Fondazione, di internal audit, le priorità di intervento, i due processi auditati nell'anno 2018 sono:**

- 1. verifica correttezza procedure concorsuali per l'assegnazione di posti a tempo indeterminato di personale dirigente**
- 2. gestione liste d'attesa per interventi chirurgici e correlata verifica dell'attività libero professionale**







## 5.1 RISORSE E TEMPI

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

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

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

***I tempi di attuazione del piano 2018 di internal audit, rimangono gli stessi di quelli programmati per il 2017 e sono di 8 mesi: da aprile a novembre 2018.*** Considerate le necessità di istruttoria, osservazione documentale, compilazione di checklist, intervista al personale, sopralluogo nei locali laddove pertinente e rapporto di audit finale, i tempi pre assegnati ad ogni singolo internal audit è di almeno 60 giorni.

La tempistica ipotizzata per l'anno 2016 rimane immutata per il 2017 e per il 2018.

## 5.2 TECNICHE

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

## 5.3 STRUMENTI DI SUPPORTO

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

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

## 5.4 FOLLOW-UP

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

## 5.5 RIESAME

Il presente piano di internal audit si conclude con una rapporto al Direttore Generale, dove si sintetizza:

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



