

Cl.: 1.1.02

DELIBERAZIONE n. 684

del 19/12/2025

OGGETTO: MANUALE DI INTERNAL AUDITING DELL'ATS DELLA VAL PADANA –  
AGGIORNAMENTO 2025

Responsabile del procedimento: Ferri Michela

## IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- la L.R. n. 23 dell'11/08/2015 recante "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo" ha disposto la costituzione delle nuove Agenzie in luogo delle ex ASL;
- con D.G.R. n. X/4470 del 10/12/2015 è stata costituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana con effetto dall'01/01/2016, in attuazione della L.R. n. 23/2015;
- con Delibera ATS n. 466 del 25/10/2024 si è preso atto della D.G.R. n. XII/3229 del 21/10/2024 di approvazione da parte di Regione Lombardia dell'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024;

Premesso che:

- il D.Lgs. 286 del 30/7/1999 e il D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 hanno delineato, tra l'altro, un potenziamento dei controlli interni alle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo che ogni P.A. adotti dei sistemi di controllo interno;
- il Decreto regionale n. 2822 del 3/4/2013 con oggetto "Approvazione del Manuale di Internal Auditing della UO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti" ha approvato il Manuale di Internal Auditing Regionale;
- La L.R. n. 17 del 14/6/2014 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'art. 58 dello Statuto d'autonomia" stabilisce, tra l'altro, la funzione di Internal Auditing e le modalità e procedure per il controllo finalizzato a garantire legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- la DGR n. 2524 del 24/11/2014 "Vigilanza e controllo sugli Enti del sistema regionale, ai sensi dell'art.1 comma 1, comma 1-bis e 5 quarter, L.R. 27 dicembre 2006, n. 30", con la quale la Regione Lombardia promuove la valorizzazione della rete di Internal Auditing;
- la DGR n. 2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2015", con la quale la Regione Lombardia introduce l'obbligo di costruzione di una Rete di Internal Auditing (IA) in tutti gli Enti Sanitari;

Dato atto che, in ottemperanza alle disposizioni sopra richiamate, con decreto n. 9 del 24/08/2016 l'ATS ha adottato il Manuale di Internal Auditing, contenente i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di Internal Auditing;

Richiamata la L.R. n. 131 del 28/12/2018 di istituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo (ORAC), cui sono attribuite anche funzioni di raccordo con altri organismi di controllo, precisato che:

- *"l'Organismo regionale per le attività di controllo opera in stretto coordinamento con le competenti strutture della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale"* (art. 5 c. 3);
- *"l'Organismo regionale per le attività di controllo assicura adeguate forme di coordinamento, impulso, condivisione di buone pratiche e dotazione di strumenti finalizzati a rafforzare il ruolo e a sostenere l'attività degli organi di controllo decentrati negli enti del sistema regionale, garantendone l'indipendenza e la terzietà e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati"* (art. 5 c. 4);

Preso atto che nell'anno 2024 l'Institute of Internal Auditors (I.I.A.) ha emanato l'International Professional Practices Framework (IPPF), che include ed aggiorna gli Standard Internazionali dell'Internal Auditing a cui si conformano le attività di internal auditing come declinate nel Manuale aziendale;

Rilevata la necessità di aggiornare il Manuale di cui al sopra richiamato decreto n. 9/2016 anche, a fronte di quanto sopra rappresentato, nonché alle modifiche organizzative introdotte con l'aggiornamento 2024 al POAS 2022-2024 dell'Agenzia, con il quale è stato riconfigurato il sistema dei controlli interni;

Ritenuto di procedere alla formale adozione del Manuale di Internal Auditing, opportunamente aggiornato, nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri;

Acquisita, tramite siglatura dell'atto, la dichiarazione di legittimità della presente deliberazione, da parte del Direttore SC Sistema dei Controlli Interni, anche Responsabile della Funzione di Internal Auditing, proponente il presente provvedimento;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.;

## D E L I B E R A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte:

1. di aggiornare il Manuale di Internal Auditing, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di pubblicare il presente atto sul sito web dell'Agenzia, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'Agenzia;
3. di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione del presente provvedimento, immediatamente esecutivo, all'Albo on-line ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e nel rispetto del Regolamento UE 679/2016.

Il Direttore Generale  
Firmato digitalmente  
Stefano Manfredi

Il Direttore Amministrativo  
Firmato digitalmente  
Gianluca Bracchi

Il Direttore Sanitario  
Firmato digitalmente  
Piero Superbi

Il Direttore Sociosanitario  
Firmato digitalmente  
Ilaria Marzi

# **MANUALE DI INTERNAL AUDITING**

**- Aggiornamento anno 2025 -**

# Sommario

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE</b>	3
1.1	Gli obiettivi del manuale	3
1.2	Le tipologie di intervento	3
<b>2</b>	<b>ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÁ, RUOLI E COMPITI</b>	4
2.1	Il Sistema dei Controlli Interni dell'ATS della Val Padana	4
2.2	L'assetto organizzativo	5
2.3	Funzioni	5
2.4	I principi etici, le regole di condotta e gli standard internazionali	5
2.5	I protocolli di comunicazione	6
2.6	Denuncia di danno erariale	6
2.7	Denuncia penale	6
<b>3</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	6
3.1	Il ciclo di Audit	6
3.2	Il Risk Assessment	7
3.2.1	<i>La metodologia, definizione e Fasi</i>	7
3.2.2	<i>L'universo di Audit</i>	7
3.2.3	<i>Identificazione dei rischi e loro valutazione</i>	7
3.2.4	<i>Valutazione dei controlli di linea</i>	8
3.2.5	<i>Il rischio Residuo</i>	9
3.2.6	<i>L'Universo dei rischi dell'Agenzia</i>	9
<b>4</b>	<b>PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÁ DI AUDIT</b>	9
4.1	Piano annuale di Audit	9
4.2	Programmazione operativa	10
<b>5</b>	<b>PROCEDURA DI AUDIT</b>	10
5.1	Le fasi di un intervento di audit	10
5.1.1	<i>Programmazione operativa dell'intervento di audit</i>	10
5.1.2	<i>Notifica dell'intervento di audit</i>	11
5.1.3	<i>Analisi preliminare</i>	11
5.1.4	<i>Lavoro sul campo</i>	13
5.1.5	<i>Reporting e comunicazione dei risultati</i>	15
<b>6</b>	<b>FOLLOW-UP</b>	17
6.1	Monitoraggio del piano d'azione	17
6.2	Missione di follow-up	18
6.3	Risultati di follow-up	18
<b>7</b>	<b>ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT</b>	19
7.1	Archivio	19
<b>8</b>	<b>DISPOSIZIONI FINALI</b>	19
8.1	Decorrenza e clausole generali di rinvio	19
<b>9</b>	<b>ALLEGATI</b>	19
9.1	Allegato 1 – Registro dei Rischi	20
9.2	Allegato 2 – Modulistica	24

## 1 INTRODUZIONE

### 1.1 Gli obiettivi del manuale

Il presente Manuale descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla Funzione di Internal Auditing per l'attività di auditing sui processi operativi volti alla realizzazione degli obiettivi del Piano annuale aziendale di audit.

I destinatari del Manuale sono tutte le strutture aziendali.

Gli scopi principali che si intendono perseguire col presente Manuale sono i seguenti:

- definire la metodologia per assistere i Direttori e Dirigenti nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- definire le fasi e le tempistiche del processo di audit;
- definire gli ambiti di collaborazione tra la funzione di audit e le strutture organizzative aziendali.

Il presente Manuale recepisce le indicazioni contenute nella Legge Regionale 4 giugno 2014 n. 17 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'art. 58 dello Statuto d'autonomia" ed è stato redatto in coerenza con i principi ed i criteri enunciati nel Manuale di Internal Auditing regionale (approvato con Decreto DDUO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti n. 2822 del 3 aprile 2013), adattandolo alla realtà dell'Agenzia.

Il contenuto del manuale e dei suoi allegati potranno essere soggetti a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing. Le revisioni del manuale dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del manuale stesso.

### 1.2 Le tipologie di intervento

L'internal auditing - controllo di secondo livello di metodo e di conformità alle linee guida esterne, ai vincoli legislativi e alle direttive che l'Agenzia stessa elabora per regolamentare la propria attività - è di norma articolato nelle seguenti tipologie d'intervento:

- ***Audit tecnico-operativo (Operational Auditing) - o di processo***  
Analisi critica al fine di stabilire se le risorse siano utilizzate in modo efficace ed efficiente, in relazione agli obiettivi aziendali.
- ***Audit di conformità (Compliance Auditing)***  
Verifica la conformità di attività e processi a norme, procedure e codici di condotta, al fine di prevenire il rischio di non conformità dell'attività aziendale.
- ***Audit della governance etica (Ethical Auditing)***  
Attività avente come area di analisi la governance etica dell'azienda.
- ***Audit dei Sistemi Informativi (Information Technology Auditing)***  
Analisi e verifica dei sistemi informatici a supporto dei diversi processi e delle diverse funzioni aziendali.
- ***Audit antifrode (Fraud Auditing)***  
Verifiche volte a evitare irregolarità e atti illeciti perpetrati da persone operanti all'interno o all'esterno dell'ente.
- ***Audit direzionale o strategico (Management Auditing)***  
Verifica la qualità del processo decisionale, con particolare attenzione alla fase di esecuzione da parte del management delle decisioni prese dall'alta Direzione.
- ***Audit sui progetti***

Verifica la gestione e lo stato di avanzamento dei progetti, identificandone i rischi e le strategie per ridurli o eliminarli.

- *Follow-up Auditing*

Verifica che tutte le azioni correttive previste nel corso degli audit siano realizzate correttamente.

## 2 ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ, RUOLI E COMPITI

### 2.1 Il Sistema dei Controlli Interni dell'ATS della Val Padana

Il Sistema dei Controlli Interni dell'Agenzia è configurabile come un insieme di strumenti operativi e gestionali finalizzato a garantire il raggiungimento economico, efficace ed efficiente degli obiettivi dell'organizzazione nonché prestazioni e servizi sociosanitari appropriati.

Accanto, infatti, ad un primo e tradizionale livello di controllo interno, affidato ai responsabili dei diversi processi e volto a valutare che l'azione amministrativa si svolga conformemente alle disposizioni di riferimento, sono stati previsti ulteriori, specifici ed autonomi strumenti in grado di identificare ed eventualmente correggere i rischi (strategici, di processo e/o informativi) dell'organizzazione, contribuendo così, in definitiva, al buon andamento dell'azione amministrativa.

In base alle finalità per cui il controllo è posto in essere, coerentemente alla classificazione proposta dal Decreto Legislativo n. 286/1999 di riordino e potenziamento del sistema dei controlli nella pubblica amministrazione e dall'evoluzione della normativa in materia, si distinguono:

- il CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Tale tipologia di controllo viene assolta dal Collegio Sindacale le cui competenze sono dettagliatamente individuate all'art.3-ter del Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m.i. L'attività è rivolta non al mero riscontro di legittimità degli atti, ma alla ragionevolezza dei processi;
- il CONTROLLO DI GESTIONE, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- il CONTROLLO STRATEGICO, diretto a valutare l'appropriatezza, la coerenza, la compatibilità e l'efficacia delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'Organo di indirizzo, attraverso la congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti;
- il CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI/PERFORMANCE. Il sistema di misurazione e valutazione delle performance rappresenta uno degli strumenti fondamentali dell'organizzazione. Questa tipologia di controllo, rivisitata dalle modifiche apportate dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i, include la valutazione della performance organizzativa e di quella individuale.

Nel panorama dei controlli e dei sistemi di valutazione interni si inserisce la funzione di Internal Auditing, prevista dalla Legge Regionale n. 17/2014.

L'aggiornamento 2024 del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. XII/3229 del 21/10/2024, ha previsto l'istituzione della SC "Sistema dei Controlli Interni", in "staff" alla Direzione Generale.

## 2.2 L'assetto organizzativo

La Funzione di Internal Auditing si connota quale organismo di controllo interno, indipendente ed autonomo, trasversale alle diverse articolazioni aziendali con il compito di vigilanza e di identificazione di criticità nonché di azioni correttive volte al miglioramento dell'efficacia della gestione aziendale.

La collocazione della funzione è prevista e definita nei Piani Organizzativi dell'Agenzia.

Il Responsabile della funzione può avvalersi nell'esercizio della stessa di personale afferente alla struttura di riferimento se presente e di volta in volta per i singoli audit di altre figure all'interno dell'Agenzia che abbiano requisiti di esperienza e preparazione necessari per effettuare i controlli di terzo livello, garantendo oggettività, flessibilità e multidisciplinarietà attraverso la lettura trasversale dell'organizzazione e dei suoi processi, quali ad esempio non esaustivo il Referente della Qualità aziendale, il Risk Manager, il Responsabile Privacy, Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza, Responsabile Controllo di Gestione ecc.

Qualora un componente del gruppo operativo sia in potenziale conflitto di interessi rispetto ad un audit programmato lo stesso si asterrà dall'attività di audit.

Obiettivo della Funzione di Internal Auditing è la verifica della funzionalità e l'efficacia/efficienza dei sistemi di controllo interni, individuandone i punti di debolezza e identificandone i rischi. L'attività di Internal Auditing è finalizzata ad assistere il management, i responsabili e gli operatori della Agenzia nella identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi.

## 2.3 Funzioni

Al Responsabile della Funzione di audit compete:

- supportare la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- predisporre il Piano di audit;
- volgere le attività programmate all'interno del piano di audit annuale approvato, garantendone l'esecuzione e coordinandone le iniziative di follow-up;
- richiedere ai Responsabili aziendali supporto nell'identificazione e nella valutazione degli ambiti maggiormente esposti ai rischi;
- richiedere l'attivazione di consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della Funzione, fatti salvi i vincoli di budget;
- il raccordo e collegamento con Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT).

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

L'attività svolta dalla Funzione di Internal Auditing si conforma ai principi etici, alle regole di condotta e agli standard contenuti nell'International Professional Practices Framework (IPPF) emanato dall'Institute of Internal Auditors (IIA)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Per la consultazione degli standard internazionali, si rimanda al sito dell'Associazione Italiana Internal Auditors – [sezione 2024 Global Internal Audit Standards](#)

## 2.5 I protocolli di comunicazione

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

- Soggetti auditati: sono i destinatari delle comunicazioni esplicitate nel paragrafo 5 per quanto concerne le diverse fasi degli interventi di audit;
- Direttore Generale: destinatario dei rapporti di audit;
- Presidente Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD): destinatario dei rapporti di audit per la valutazione degli eventuali profili disciplinari o di responsabilità dirigenziale del personale dipendente;
- Responsabili di funzioni cointeressate alla specifica procedura/azione esaminata: destinatari dei rapporti di audit per gli aspetti di loro competenza.

## 2.6 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) deve essere presentata denuncia alla Procura Regionale presso la competente Sezione giurisdizionale della Corte dei conti. L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi, il dirigente responsabile dell'audit informerà 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.

## 2.7 Denuncia penale

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguitabile d'ufficio, deve esserne fatta denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dal/i componente/i del gruppo di lavoro che ha/hanno preso notizia del reato, è inviata dal responsabile dell'audit al Pubblico ministero o a un Ufficiale di polizia giudiziaria.

La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene, inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti (articolo 332 c.p.p.).

# 3 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

## 3.1 Il ciclo di Audit

Il processo legato alle attività della funzione di Internal Audit può essere rappresentato mediante lo schema sotto riportato. Per l'ATS Val Padana il punto di partenza sono le Regole di Sistema, gli obiettivi regionali e quelli aziendali.

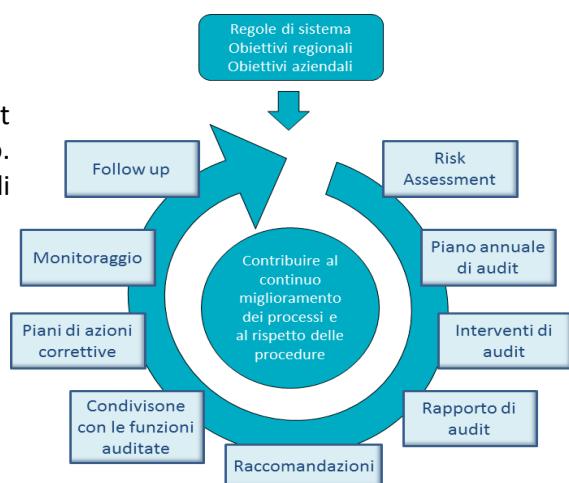


Figura 1 – Il ciclo di audit

## 3.2 Il Risk Assessment

### 3.2.1 La metodologia, definizione e Fasi

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

Il Risk Assessment rappresenta l'attività preliminare alla formazione dei piani annuali di audit; tale attività deve svolgersi con modalità sinergica con il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, il Risk Manager, il Controllo di Gestione, il referente per la Qualità, al fine di evitare sovrapposizioni, ridondanze o duplicazioni nei controlli.

La Funzione di Internal Auditing utilizza, ai fini dell'individuazione delle aree critiche, la mappatura e l'analisi dei rischi elaborata ai fini della sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO. L'attività di Risk Assessment sarà svolta dall'ATS Val Padana gradualmente e in progressione.

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

- la definizione dell'Universo di Audit;
- l'identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione;
- l'identificazione dei controlli di linea e la loro valutazione;
- la definizione delle priorità di Audit sulla base del risk scoring (quantificazione del rischio associato a un'attività o all'intero processo);
- l'elaborazione della relazione di Risk Assessment e condivisione con il management.

### 3.2.2 L'universo di Audit

L'Universo di Audit è costituito da tutti gli obiettivi e le relative azioni attuative identificate da Regione Lombardia e declinati nelle Regole di Sistema, negli obiettivi aziendali di interesse regionale, nei documenti di programmazione aziendale ed in particolare nel PIAO e negli obiettivi di Budget, altre attività di Risk Assessment svolte dalle preposte funzioni aziendali.

### 3.2.3 Identificazione dei rischi e loro valutazione

La Funzione di Internal Auditing procede alla definizione dell'elenco dei rischi principali con la relativa valutazione, nell'ambito della categorizzazione di cui alla tabella sotto riportata

Tipologia Rischio	Codice	Descrizione
Rischi strategici	Str	Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna.
Rischi di processo	Pro	Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell'Azienda, che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio pubblico e di conformità normativa.
Rischi di informativa	Inf	Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni all'Azienda, che possono impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative.

Rischi di Compliance	Com	Rischi derivanti da eventi che possono comportare un mancato rispetto delle normative esterne ed interne all'Azienda.
----------------------	-----	---

*Tabella 1 – Macro tipologie di rischio*

Generalmente la valutazione dei rischi è effettuata al “lordo” del controllo (rischio inherente), ossia non tenendo conto dell’effetto del controllo di linea realizzato dal responsabile di processo per presidiare quel rischio e ridurne gli impatti negativi sul raggiungimento degli obiettivi.

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

### 3.2.4 Valutazione dei controlli di linea

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

La valutazione del controllo è effettuata in funzione di due aspetti:

- efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili;
- effettività nello svolgimento del controllo.

L’efficacia dei controlli nel mitigare i rischi è valutata in relazione a ciascun specifico obiettivo di controllo come nella tabella seguente:

Obiettivo	Esempio
Legittimità e regolarità dell’attività	Il controllo in essere garantisce che l’attività sia svolta conformemente ad adeguati percorsi autorizzativi ed alle procedure ed ai dettami giuridici esistenti.
Efficacia dell’attività	Il controllo in essere garantisce che l’attività sia svolta in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi del processo.
Efficienza dell’attività	Il controllo in essere garantisce che l’attività sia svolta in modo da raggiungere gli obiettivi del processo, nei tempi e con le risorse desiderate.
Correttezza delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte correttamente.
Completezza ed accuratezza delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte completamente e accuratamente.
Tracciabilità delle operazioni	Il controllo in essere garantisce la completezza e la rintracciabilità della documentazione relativa alle transazioni.
Realtà delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le transazioni sono effettivamente realizzate.
Valutazione delle transazioni	Il controllo in essere garantisce che le transazioni sono correttamente valutate.
Imparzialità delle valutazioni	Il controllo in essere garantisce che le valutazioni sono effettuate con imparzialità (indipendenza).
Evidenza del controllo	Il controllo svolto è adeguatamente documentato.

*Tabella 2 – Obiettivi dei controlli*

La valutazione dei controlli per ciascuno dei rischi gestiti è quindi espressa secondo la metrica riportata nella seguente tabella:

Valutazione del controllo	Descrizione della Valutazione
Sottodimensionato	I controlli previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti.
Adeguato	I controlli previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti.
Sovradimensionato	I controlli previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo.
Non valutato	Le evidenze disponibili non consentono di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli.

Tabella 3 – Valutazione dei controlli

### 3.2.5 Il rischio Residuo

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

### 3.2.6 L'Universo dei rischi dell'Agenzia

L'Universo dei rischi dell'ATS Val Padana, utili ai fini della valutazione dei rischi e preliminare alla predisposizione della pianificazione delle attività di Audit è individuato anche attraverso:

- il manuale regionale, che è stato elaborato tenendo conto dei risultati degli audit effettuati, dalle relazioni annuali del Comitato dei Controlli, dai risultati dei controlli operanti a livello centrale della Regione Lombardia e dai macro rischi, opportunamente adattati, che generalmente sono individuati nelle realtà aziendali private approvato con Decreto n. 2822 del 3 aprile 2013;
- le attività di risk assessment già effettuate da altri settori della ATS Val Padana (es. anticorruzione, privacy, salute e sicurezza sul lavoro, ecc.);
- altri rischi eventualmente individuati dal management della ATS nell'ambito dell'attività di Risk Assessment.

L'Universo dei rischi è tenuto ed aggiornato a cura della Funzione Internal Auditing.

Nell'allegato 1 “Registro dei Rischi” sono riportati i rischi o macro rischi che costituiscono, indicativamente, l'Universo dei rischi dell'ATS della Val Padana, ai fini della valutazione dei rischi, preliminare alla predisposizione della pianificazione delle attività di Audit.

## 4 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT

Le attività di audit sono pianificate sulla base dei rischi prioritari individuati con il Risk Assessment. L'attività di Risk Assessment viene svolta gradualmente e in forma integrata con le aree a rischio individuate dalla L.190/2012 e da altre attività di Risk Assessment svolte nell'ambito dell'ATS.

### 4.1 Piano annuale di Audit

Annualmente è adottato il Piano delle attività di audit.

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

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

- Azione/Procedura oggetto dell'audit;
- Struttura auditata;
- Ambito dell'audit;
- Obiettivo dell'intervento
- Cronoprogramma delle attività.

Il Piano di Audit deve essere predisposto entro il 31 gennaio di ogni anno (salve differenze scadenze definite dal livello regionale) e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare.

Il Piano è approvato con delibera del Direttore Generale sulla base delle proposte del responsabile della funzione di audit; il Piano potrà essere variato ed eventualmente in base a:

- specifiche richieste formulate della Direzione Strategica;
- specifiche richieste formulate da Regione Lombardia;
- specifiche indicazioni fornite da ORAC;
- segnalazioni da parte della SC sistema dei Controlli Interni;
- valutazioni in merito allo stato di avanzamento delle azioni;
- eventuali esigenze di carattere straordinario.

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

## 4.2 Programmazione operativa

Il Responsabile della funzione di Auditing predisponde e aggiorna la programmazione operativa delle attività ed individua:

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

# 5 PROCEDURA DI AUDIT

## 5.1 Le fasi di un intervento di audit

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

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

### 5.1.1 Programmazione operativa dell'intervento di audit

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

La programmazione è volta alla definizione di dettaglio di:

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

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

#### 5.1.2 Notifica dell'intervento di audit

L'avvio di un'attività di audit deve essere sempre comunicato in forma scritta al soggetto auditato e in copia per conoscenza alla Direzione Strategica.

Preliminarmente alla notifica potrà essere stabilita per le vie brevi una data condivisa per l'incontro di apertura dei lavori e potrà essere anticipata la lista delle informazioni da ottenere.

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

La comunicazione d'avvio delle attività di audit deve indicativamente prevedere:

- Obiettivi dell'attività di Audit
- Durata ipotizzata del lavoro;
- Nominativi degli auditor assegnati all'incarico;
- Per il soggetto auditato, richiesta della nomina di un referente che fungerà da interfaccia con gli auditor;
- Ipotesi di una data per la realizzazione dell'incontro di apertura ("kick off meeting");
- Eventuale richiesta di documentazione.

La notifica viene inviata dal Responsabile della Funzione di Audit ai responsabili apicali dell'azione/procedura oggetto di audit e, per conoscenza, alla Direzione Strategica. La risposta dovrà pervenire nei termini fissati dalla notifica.

#### 5.1.3 Analisi preliminare

In fase di analisi preliminare il team di internal auditing deve raccogliere ed analizzare la documentazione necessaria alla comprensione e/o approfondimento dei rischi e dei controlli esistenti nell'ambito del processo oggetto di audit (ad esempio normativa di riferimento, procedure, regolamenti, organigramma, ecc.).

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

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

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

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

Gli strumenti di rilevazione utilizzati anche in combinazione tra loro nel corso dell'analisi del processo possono

essere:

- Documentali: risultanti da documentazione prodotta nel corso del processo;
- Testimoniali: si tratta di informazioni raccolte tramite meeting, interviste o questionari da persone coinvolte nelle varie attività che costituiscono il processo;
- Analitici: frutto di calcoli e deduzioni effettuate autonomamente dall'auditor;
- On site: derivano dall'osservazione diretta delle attività svolte dai soggetti auditati.

#### 5.1.3.1 *Documentazione del processo auditato*

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

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

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

La documentazione del processo dovrà:

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

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

#### 5.1.3.2 *Studio del processo:*

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

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

- documentazione relativa a eventuali precedenti audit: raccomandazioni, referti della Corte dei Conti, Autorità di Vigilanza, Ministeri, altre Autorità di audit, Società di revisione esterna;
- correttivi predisposti dal management della Struttura auditata rispetto a criticità evidenziate in audit precedenti;
- rapporti delle società di certificazione e accreditamento;
- letteratura tecnica concernente l'attività da esaminare;
- l'analisi dei dati di monitoraggio dell'azione/procedura per individuare gli scostamenti tra risultati conseguiti e obiettivi programmati e le anomalie segnalate dall'emergere di andamenti incongruenti tra le diverse grandezze monitorate (es: scostamento tra le spese rendicontate e le spese approvate, scostamenti frequenti dei risultati delle operazioni rispetto agli obiettivi previsti).

Lo studio raccoglie gli elementi di base costituiti da Procedure, organizzazione, budget, dotazione di risorse umane e tecnologiche, stato di attuazione dell'azione/procedura. Sulla base dello studio preliminare viene aggiornata la Risk and Control Matrix dell'azione/procedura.

#### 5.1.3.3 *Definizione delle informazioni da richiedere*

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

- le procedure in essere, eventualmente la documentazione esaminata non risulti esaustiva;
- i flowchart organizzativi, se disponibili;
- stato di attuazione delle azioni / procedure;

- stato di attuazione dei controlli;
- manuali o comunque documentazione inerente ai sistemi informativi in uso;
- strumenti utilizzati per il controllo (checklist, procedure informatizzate, pianificazione, altro).

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

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

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

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

#### **5.1.4 Lavoro sul campo**

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

##### **5.1.4.1 *Strumenti***

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

###### **Interviste**

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

###### **Workshop**

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

###### **Questionari a risposta aperta**

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

###### **Questionari a risposta chiusa**

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

###### **Test di funzionamento**

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

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

#### 5.1.4.2 *Riunione di apertura dell'Audit*

La riunione di apertura (“kick off meeting”) sancisce l’inizio delle attività operative di audit.

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

A tale riunione partecipano:

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

In tale contesto potranno essere esaminate:

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

Nella riunione potrà essere svolta l’intervista con il responsabile dell’azione/procedura oppure il workshop per verificare, sulla base delle informazioni raccolte, le valutazioni dei rischi e dei controlli formulate nel Risk Assessment.

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

Per approfondire aspetti particolari dell’azione/procedura si potranno tenere ulteriori incontri tra il team di audit e il gruppo di lavoro della struttura auditata. I lavori potranno svolgersi anche con la sola partecipazione di collaboratori dell’IA e referenti della struttura auditata e saranno verbalizzati con le stesse modalità previste per l’incontro di apertura.

#### 5.1.4.3 *Testing*

Completata l’analisi di processo e identificati i relativi controlli, gli auditor danno avvio alla fase di testing.

La fase di testing è finalizzata a esprimere un giudizio circa l’efficacia del controllo da un punto di vista operativo ossia se il controllo opera effettivamente.

La fase di testing prevede che venga selezionato e analizzato un campione tra gli elementi che compongono la popolazione oggetto di indagine. Gli auditor estendono quindi l’esito del test effettuato sul campione e le proprie considerazioni sull’intera popolazione, tramite logica inferenziale.

L’attività di testing prevede le seguenti fasi:

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

### 5.1.5 Reporting e comunicazione dei risultati

Conclusa la fase di esecuzione dell'audit sul campo, il team di audit predisponde un rapporto preliminare. Il rapporto preliminare riassume le constatazioni formulate in fase di analisi di processo e di testing e documentate all'interno dei singoli issue sheet sulla base delle evidenze raccolte.

Il rapporto preliminare di Audit viene inviato al responsabile della Struttura auditata e viene esaminato nel corso di un incontro di chiusura (exit meeting).

#### 5.1.5.1 *Exit meeting*

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

L'incontro è volto a valutare l'importanza delle non conformità rilevate nel corso dell'audit in relazione agli obiettivi programmati per l'azione e le misure necessarie per conseguire un livello accettabile di rischio delle operazioni.

In caso di mancata condivisione di uno o più aspetti del Rapporto, il punto di vista della Struttura auditata dovrà essere documentato nel rapporto definitivo.

In sostituzione dell'exit meeting potrà essere svolto contraddittorio in forma scritta se la complessità degli aspetti controversi lo richiede oppure ancora nel caso risulti impossibile tenere tempestivamente l'exit meeting.

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

#### 5.1.5.2 *Rapporto definitivo e comunicazione dei risultati*

Dopo la condivisione con le strutture audite, viene intrapresa la stesura del Rapporto di Audit definitivo.

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

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

Il Rapporto deve contenere almeno le seguenti informazioni:

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

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

- executive summary;
- obiettivo e ambito audit;
- contesto e informazioni di fondo;
- metodologia di svolgimento dei lavori;
- aree di miglioramento;
- piano d'azione;
- allegati.

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

#### 5.1.5.3 *Executive Summary*

L'executive summary è una sintesi delle conclusioni raggiunte, predisposta per il Management di vertice degli organismi auditati, allo scopo di fornire le informazioni rilevanti per l'elaborazione e il monitoraggio delle azioni correttive.

L'executive summary contiene:

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

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

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

#### 5.1.5.5 *Contesto e informazioni di fondo*

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

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

#### 5.1.5.6 *Metodologia di svolgimento lavori*

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

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

#### 5.1.5.7 *Arese di miglioramento*

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

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

#### 5.1.5.8 *Piano d'azione*

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

- sintesi delle osservazioni;
- descrizione delle azioni correttive;
- responsabile dell'esecuzione dell'azione;
- data limite prevista per il completamento oppure posizione del responsabile della Struttura auditata se in

- dissenso con i correttivi indicati;
- priorità di esecuzione dell'azione.

Le osservazioni e/o obiezioni avanzate in sede di exit meeting relativamente al Piano di Azione sono integrate nel Rapporto finale di Audit.

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

Occorre, tuttavia, tenere presente che:

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

Nel caso in cui l'attività di audit si discosti significativamente dalle indicazioni degli Standard IIA, è opportuno che si riportino, in calce allo stesso documento, gli Standard IIA che non sono stati rispettati, le motivazioni dello scostamento e le conseguenze di tale condotta sull'attività

Le osservazioni e/o obiezioni avanzate in sede di exit meeting relativamente al Piano di Azione sono integrate nel Rapporto finale di Audit.

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

Occorre, tuttavia, tenere presente che:

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

Il Responsabile della Funzione Internal Auditing trasmette il Rapporto di audit al Management auditato e alla Direzione Strategica.

In caso di errori e/o omissioni significative nella comunicazione, sarà cura del Responsabile della Funzione Internal Auditing segnalare la rettifica agli stessi soggetti destinatari dell'invio del Rapporto di Audit.

## 6 FOLLOW-UP

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

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

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

A seconda della rilevanza delle eccezioni riscontrate:

- per le azioni di bassa priorità oppure da attuarsi in relazione al verificarsi di nuove iniziative, il follow-up potrà rientrare in un successivo incarico di audit sulla stessa area/materia;
- per le azioni di priorità media e alta, il follow-up deve essere programmato tempestivamente alla scadenza dei termini previsti nel Piano di Azione. In tale circostanza, l'attività di follow-up viene inclusa nel Piano Annuale di Audit.

### 6.1 Monitoraggio del piano d'azione

Il monitoraggio del piano d'azione avviene sulla base delle informazioni fornite periodicamente dal Management, secondo le scadenze stabile nel rapporto di audit.

In caso di azioni correttive da eseguirsi con l'adozione di procedure, la produzione di reportistica e l'aggiornamento dello stato di attuazione dell'azione/procedura lo stato di attuazione della raccomandazione può

essere definito sulle base delle informazioni ricevute.

## 6.2 Missione di follow-up

Se le informazioni fornite dal Management non sono sufficienti per determinare lo stato di attuazione della raccomandazione, sarà programmata una missione di follow-up per verificare le azioni effettivamente intraprese dal Management.

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

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

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

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

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

Al termine della missione si redige il Rapporto di follow-up che elenca i rilievi contenuti nel Rapporto di Audit, le azioni correttive poste in essere e i miglioramenti raggiunti, in termini di efficacia, dei controlli effettuati.

Nel caso in cui sussistano dei rischi non ancora mitigati il Rapporto di follow-up riporta le motivazioni, propone nuove azioni correttive ed una nuova data di esecuzione di un nuovo follow-up.

Il Rapporto di follow-up deve essere indirizzato alle stesse persone a cui è stato indirizzato il Rapporto finale di Audit.

## 6.3 Risultati di follow-up

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

- *Azione attuata*

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

- *Azione parzialmente attuata*

Le azioni previste per mitigare il rischio in modo efficace sono in corso, ma non ancora completate. Si rende pertanto necessaria l'effettuazione di un successivo intervento di follow-up di verifica.

- *Azione non attuata*

Le azioni consigliate non sono state implementate. Il rischio, pertanto, non è ridotto entro un livello accettabile.

- *Azione non più applicabile*

Un cambiamento di scenario rende le nostre raccomandazioni non più applicabili in quanto il rischio precedentemente evidenziato non è più esistente.

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

La tabella di monitoraggio riproduce il Piano d'azione e ne aggiorna lo stato di attuazione sulla base delle informazioni ricevute e dei risultati delle missioni di follow – up.

## 7 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

### 7.1 Archivio

Per ogni intervento di Audit viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata, i verbali delle sedute, gli atti, la normativa, i documenti acquisiti, le informazioni raccolte e le risultanze finali.

La documentazione, ove possibile, è creata in formato digitale e non cartaceo.

Il materiale cartaceo viene custodito all'interno di appositi armadi.

La documentazione è custodita nei termini previsti dal Titolario e Massimario di scarto di Regione Lombardia.

La gestione e conservazione dell'archivio è in carico al team di Internal Auditing.

## 8 DISPOSIZIONI FINALI

### 8.1 Decorrenza e clausole generali di rinvio

La disciplina contenuta nel presente regolamento entra in vigore a decorrere dalla data della deliberazione di adozione e sino a nuove e diverse determinazioni formalmente assunte; dalla medesima data perde di efficacia ogni altra precedente regolamentazione definita dall'ATS della Val Padana.

Il regolamento viene pubblicato sul sito istituzionale dell'ATS della Val Padana, nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D.Lgs. 33/2023 e ss.mm.ii.

Per quanto non espressamente previsto nel presente regolamento, si fa rinvio alla normativa vigente in materia.

Il regolamento potrà essere sottoposto a revisione periodica, a fronte di aggiornamenti della normativa vigente o di esigenze che dovessero sopraggiungere anche sulla base dei dati di esperienza conseguenti alla sua applicazione.

## 9 ALLEGATI

- Allegato 1 – Registro dei rischi
- Allegato 2 - Modulistica

**Allegato 1**  
**REGISTRO DEI RISCHI**

<b>Categoria</b>	<b>id</b>	<b>sottocategoria</b>	<b>descrizione</b>
<b>RISCHI STRATEGICI:</b> Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi della Regione. Possono avere origine esterna ma anche interna.			
<b><u>Fonte esterna</u></b>			
1	1.1	Rischio politico	Rischio legato alla manifestazione di situazioni o eventi di natura politica (internazionale, nazionale e regionale) che potrebbero comportare conseguenze negative sull'operatività dell'Agenzia; include iniziative ed avvenimenti che potrebbero compromettere la gestione delle attività e l'erogazione dei servizi (e.g. cambiamenti politici, riorganizzazioni politiche, tagli a risorse, dimissioni di figure istituzionali).
	1.2	Rischio economico-finanziario	Rischio legato ad avvenimenti nel contesto economico esterno (es. cambiamenti macro-economici, crisi economica-finanziaria, andamento dello spread legato ai titoli del debito italiano) e all'andamento delle variabili di mercato (es. tassi d'interesse, valute), che possono incrementare i costi dell'indebitamento dell'Agenzia / Regione; esse potrebbero non disporre di adeguati strumenti per monitorare l'andamento del mercato finanziario e delle altre variabili economiche con possibili ripercussioni in termini di errate decisioni strategiche.
	1.3	Rischio socio-culturale	Rischio legato all'eventualità che evoluzioni sociali (e.g. cambiamenti demografici, variazioni del tasso di natalità) e/o culturali (e.g. orientamenti educativi, parità di genere, cittadinanza) abbiano un impatto diretto o indiretto alla realizzazione degli obiettivi e strategie del sistema regionale.
	1.4	Rischio tecnologico	Rischio connesso alla possibilità che l'Agenzia non colga le opportunità di implementazione delle innovazioni derivanti dall'applicazione di nuove tecnologie disponibili o scelga di utilizzare una tecnologia innovativa che potrebbe non rivelarsi quella più premiante.
	1.5	Rischio legislativo	Rischio legato alla necessità di monitorare l'evoluzione normativa, primaria e secondaria (comunitaria e nazionale) che incide per numerosi aspetti sulle regole di esecuzione delle attività e può richiedere significativi aggiornamenti o adeguamenti di carattere operativo.
	1.6	Rischio ambientale	Rischio connesso al manifestarsi di eventi incontrollabili (rischio idrogeologico, sismico) oppure al deteriorarsi del contesto ambientale causato dalle attività umane che possono comportare conseguenze rilevanti, danni temporanei e/o permanenti alle strutture ed ai territori con pericolo per la collettività.
	1.7	Rischio competitività	Rischio connesso al posizionamento dell'Agenzia rispetto agli altri soggetti istituzionali (regioni, amministrazioni dello Stato, enti locali etc.) con riferimento alla competitività del servizio pubblico / servizio alla collettività erogato dalla Regione inteso in termini di costi, qualità e tempistiche di erogazione rispetto a quello erogato da altre Regioni o Enti privati.
	1.8	Rischio reputazionale	Rischio legato al deterioramento della reputazione propria dell'Agenzia intesa come l'insieme di tutte le aspettative, percezioni ed opinioni sviluppate nel tempo nella collettività dove l'Agenzia opera, in relazione alla qualità dell'organizzazione e dei servizi erogati, alle caratteristiche e ai comportamenti dei suoi dipendenti e alle osservazioni delle passate azioni dell'organizzazione, ecc.
	1.9	Rischio Stakeholder	Rischio legato alla possibilità che le azioni, anche solo di indirizzo, esercitate dai "portatori di interessi" (collettività, istituzioni, associazioni, categorie produttive, ecc.) che gravitano attorno all'Agenzia possano produrre effetti negativi sulle strategie o sulle strutture organizzative, compromettendo il raggiungimento dei suoi obiettivi oppure che le azioni della Regione possano compromettere il suo rapporto con stakeholders significativi ai fini del perseguitamento degli obiettivi regionali .
	1.10	Rischio pandemico	Rischio connesso al manifestarsi di eventi epidemici / pandemici incontrollabili che possono comportare conseguenze rilevanti, danni temporanei e/o permanenti alla collettività.
<b><u>Fonte interna</u></b>			
RISCHI STRATEGICI	1.11	Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Rischio connesso alla definizione di obiettivi che si rivelino inadeguati, non realizzabili, incoerenti con l'interesse pubblico o non raggiungibili anche a causa di errori o carenze alla base dei processi decisionali alla base di scelte rilevanti e che potrebbe esporre l'Agenzia a non cogliere opportunità di tipo strategico
	1.12	Flessibilità strutturale nella gestione dei cambiamenti	Rischio legato all'incapacità da parte della struttura dell'Agenzia di reagire con dovuta tempestività ad un eventuale evoluzione del sistema in termini economici, politici, normativi, ecc.
	1.13	Errori negli accordi di Partnership	Rischio connesso alla definizione di accordi / partenariati di tipo strategico non efficaci (o con soggetti non idonei) per la realizzazione degli obiettivi regionali. In particolare, tale rischio potrebbe configurarsi con l'instabilità finanziaria (anche eventuale fallimento) dei Partner selezionati, oppure attraverso l'errata valutazione delle loro capacità organizzative con conseguenti maggiori oneri in termini di tempi e costi per l'Agenzia.
	1.14	Disallineamento tra strategie e modello organizzativo	Rischio legato a possibili scelte di tipo organizzativo che potrebbero non consentire la realizzazione di precise strategie o ridurre l'efficacia delle azioni intraprese per mancanza o inadeguatezza delle risorse necessarie (es. la carenza di uno strutturato processo di gestione e controllo potrebbe compromettere l'attività di monitoraggio della programmazione, sia da un punto di vista operativo che finanziario).
	1.15	Errata gestione degli investimenti e del patrimonio	Rischio connesso ad una gestione inefficiente / inefficace del patrimonio e degli investimenti, da parte dell'Agenzia. Il rischio rileva anche in caso di errate decisioni in merito alle iniziative di investimento da intraprendere (es. opere di ristrutturazione/rifacimento di strutture dedicate, fondi ad istituti sanitari) con conseguenze di tipo economico per l'Agenzia.
	1.16	Errata definizione del sistema di deleghe e poteri	Rischio connesso a un non adeguato sistema di deleghe e poteri che potrebbe produrre annullamento di provvedimenti sottoscritti da soggetti che non erano "titolati" alla sottoscrizione degli atti o comunque implicare profili di responsabilità per l'Agenzia.
	1.17	Comunicazione non efficace / non tempestiva verso l'esterno	Rischio connesso alla possibilità che errori o carenze alla base dei processi decisionali o delle scelte strategiche, non consentano all'Agenzia di cogliere opportunità di tipo strategico.

<b>Categoria</b>	<b>id</b>	<b>sottocategoria</b>	<b>descrizione</b>
<b>RISCHI DI PROCESSO:</b> Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell'Agenzia, che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza / efficacia, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio pubblico e di conformità normativa.			
2 RISCHI DI COMPLIANCE	2.1	Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.
	2.2	Disposizioni interne	Il rischio si configura nella possibilità di prendere decisioni o nel porre in essere azioni contrarie a quanto previsto alle disposizioni interne dell'Agenzia (istruzioni, procedure operative, politiche, indirizzi e linee guida, comunicazioni organizzative ecc.).
	2.3	Adeguatezza documentale	Il rischio si riferisce alla possibilità che i documenti e gli atti aziendali non siano conformi alle disposizioni interne / alla normativa di riferimento, non siano adeguatamente aggiornati / completi, con impatto sulla loro validità e sulla legittimità / conformità dei processi
	2.4	Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Il rischio si riferisce alla possibilità che vengano commesse irregolarità nell'ambito della gestione degli appalti pubblici (di fornitura, lavori pubblici, servizi, ecc), oppure al mancato rispetto, totale o parziale, di contratti, convenzioni oppure incarichi che regolano i rapporti con soggetti esterni all'Agenzia (non rientranti nelle fattispecie normate dal D.Lgs 163/2006), incluse società in-house, (ad es. non ottemperanza degli impegni relativi alle modalità e tempistiche di erogazione dei servizi / fornitura di beni, dei pagamenti, omissione di adempimenti contrattuali, ecc).
	2.5	Frodi e corruzione	Il rischio è connesso alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno dell'Agenzia, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati della ATS/Regione (il rischio comprende tutte le fattispecie di illecito, inclusa la corruzione soggetta alle specifiche prescrizioni derivanti dal DDL Anticorruzione).
	2.6	Trasparenza	Il rischio è connesso alla possibilità che l'Agenzia operi non in ottemperanza al principio di trasparenza come metodo della propria azione legislativa e amministrativa e come strumento per consentire l'effettiva partecipazione dei cittadini alle attività della Regione e alla realizzazione delle politiche regionali.
	2.7	Antiriciclaggio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui i dipendenti vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, al fine di consentire la comunicazione alle autorità competenti in materia di riciclaggio e finanziamento del terrorismo
	2.8	Ambiente, salute e sicurezza	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa da applicarsi sul luogo di lavoro in tema di ambiente, salute e sicurezza.
	2.9	Privacy	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa sulla Privacy.
3 RISCHI IT	3.1	Integrità e sicurezza dei dati	I rischio si riferisce all'alterazione, manipolazione e/o perdita dei dati a fronte di elaborazioni errate o non accurate e accessi non autorizzati tali da inficiare la completezza, l'affidabilità, la riservatezza delle informazioni e conseguentemente l'operatività ed i processi decisionali.
	3.2	Disponibilità dei sistemi informativi	Il rischio si riferisce all'indisponibilità o inaccessibilità dei dati o dei sistemi informativi con conseguente interruzione dei processi interessati; l'interruzione dei processi critici può comportare significative perdite economiche oppure interruzioni dell'attività e danni di immagine di entità strettamente dipendente dal periodo di indisponibilità dei sistemi informativi a supporto di tali processi.
	3.3	Governo, infrastruttura e progetti IT	Il rischio è connesso alla possibilità che: • l'infrastruttura IT (Organizzazione, processi e sistemi) non sia adeguata a supportare le esigenze attuali e future in modo efficiente, economico e ben controllato; • la struttura organizzativa dell'IT (funzionale e dimensionale) non sia adeguata a rispondere alle esigenze operative per l'attuazione di tutte le iniziative IT; • il Piano delle iniziative IT non sia adeguatamente aggiornato ed allineato con i programmi e le strategie regionali o che i servizi gestiti non siano rispondenti alle esigenze interne di livelli di servizio e competenze richieste; • le attività di manutenzione ordinaria e di modifiche non siano adeguatamente pianificate e/o strutturate. Il rischio è inoltre associato alla possibilità che la gestione dei progetti e iniziative IT (in termini di coordinamento, responsabilità, priorità assegnata, risorse etc.) non sia adeguata, producendo soluzioni non in linea con i tempi, il budget, la qualità e le esigenze del sistema regionale.
	4.1	Competenze	Il rischio è legato alla mancata disponibilità, valorizzazione e/o sviluppo delle necessarie competenze/risorse per lo svolgimento delle attività e la realizzazione degli obiettivi regionali (ivi inclusa la flessibilità e la propensione al cambiamento in caso di processi di radicale trasformazione interna). Tale rischio potrebbe derivare dall'inefficacia dei processi attraverso cui il Gruppo gestisce la selezione, la formazione e la valorizzazione/retention delle risorse/competenze.
	4.2	Capitalizzazione delle conoscenze	Il rischio si riferisce ad una possibile situazione di assenza o inadeguata "condivisione" ed "accessibilità" delle informazioni e della conoscenza, con conseguenti problematiche in termini di preparazione del personale e progressivo "depauperamento" del capitale intellettuale. Tale rischio si rileva anche in situazioni dove non è assicurato un adeguato grado di sostituibilità delle risorse chiave, che in caso di fuoruscita non consentono di trasferire il know-how all'interno del sistema.
4 RISCHI RISORSE UMANE	4.3	Leadership	Il rischio è legato alla possibilità che gli organi direzionali e i vertici non riescano a trasmettere all'interno dell'organizzazione la propria autorevolezza per poter condurre la struttura regionale al raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.
	4.4	Deleghe e procure	Il rischio è attinente alla possibile mancanza di un sistema chiaro e strutturato di deleghe e procure che potrebbe indurre i dipendenti a compiere atti non autorizzati e ad assumere responsabilità inadeguate rispetto al ruolo ricoperto.
	4.5	Performance e sistemi premianti	Il rischio deriva dalla possibile presenza di sistemi di misurazione e valutazione delle performance non oggettive (eg. obiettivi qualitativi non misurabili), non coerenti con gli obiettivi perseguiti oppure inadeguate e non allineate e ai requisiti normativi (i.e.D.Lgs.150/09), con conseguenze che possono impattare anche su una non adeguata pianificazione delle carriere e influire sulla motivazione del personale.
	4.6	Comportamenti etici	Il rischio deriva da una mancanza o scarsa sensibilità dell'organizzazione nello stimolare e valorizzare comportamenti etici e responsabili.
	4.7	Abuso di potere/confitto d'interesse	Il rischio deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio, illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una mansione, al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi.
	4.8	Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Il rischio è connesso alla possibilità che l'organizzazione preveda una sproporzionata distribuzione dei carichi di lavoro nonché una ripartizione dei compiti non coerente con le competenze, il background e le aspettative professionali dei dipendenti.
	4.9	Comunicazione	Il rischio è connesso al possibile utilizzo di mezzi e modalità di comunicazione inefficienti, sia interna che esterna (es. mancanza definizione di regole e ambiti dei flussi informativi, comunicazione interna orizzontale e verticale inadeguata, disallineamento tra comunicazione interna e le strategie aziendali)

<b>Categoria</b>	<b>id</b>	<b>sottocategoria</b>	<b>descrizione</b>
5 <b>ALTRI RISCHI OPERATIVI</b>	5.1	Qualità del servizio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente la qualità delle attività svolte e dei servizi erogati, con conseguenti ripercussioni in termini di servizi non in linea con gli standard necessari e conseguenti danni alla reputazione e all'immagine del sistema regionale.
	5.2	Misurazione della soddisfazione	Il rischio si riferisce alla possibilità che l'Agenzia non sia in grado di misurare adeguatamente i bisogni e le aspettative dei cittadini e dei diversi stakeholder, in termini di soddisfazione per i servizi erogati, e conseguentemente di rispondere tempestivamente e in modo adeguato alle esigenze della collettività.
	5.3	Gestione provider esterni, incarichi, acquisti, contratti di servizio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i servizi resi dagli outsourcer / fornitori di servizi / società e enti che operano internamente o esternamente al sistema regionale, non siano in linea con le aspettative, le esigenze, gli standard degli obblighi definiti contrattualmente, e/o il controllo e monitoraggio dell'Agenzia sulle attività affidate a terzi risulti inefficace/inefficiente. Il rischio rileva anche in caso di errate decisioni in merito alle valutazioni di economicità delle scelte operate.
	5.4	Gestione delle vertenze legali	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione delle vertenze e controversie legali non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenti ripercussioni in termini di possibili maggiori costi sostenuti, situazioni di possibile soccombenza con ricadute di natura reputazionale.
	5.5	Gestione delle autorizzazioni e accreditamenti	Il rischio si riferisce alla possibilità che i soggetti accreditati/autorizzati non rispondano ai requisiti previsti oppure non risultino performanti nella gestione delle risorse attribuite, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi, gestione e/o attribuzione non ottimale delle risorse.
	5.6	Gestione ed erogazione contributi	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione, erogazione e rendicontazione dei contributi (bandi, convenzioni, sponsorizzazioni, patrocinii, doti, voucher, erogazioni liberali ecc) non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili.
	5.7	Gestione contributi di funzionamento	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione ed erogazione dei contributi di funzionamento (intesi come contributi non determinati né da atti bilaterali, né da istanze di terzi) non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili.
	5.8	Gestione programmazione negoziata	Il rischio si riferisce alla possibilità che i programmi e gli accordi negoziati non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili.
	5.9	Gestione riscossioni	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni e/o esternalizzati di gestione delle riscossioni non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di perdita di risorse e/o maggiori oneri da sostenere per il sistema regionale.
	5.10	Gestione trasferimenti	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione e controllo dei trasferimenti delle risorse non siano adeguatamente presidiati, con possibili conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi e gestione non ottimizzata delle risorse (sfondo sanitario, fondo trasporti, fondo formazione disabili, ecc).
	5.11	Gestione fondi comunitari e Fas	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione dei fondi comunitari e Fas non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi, sanzioni e/o disimpegni automatici di risorse.
<b>RISCHI DI INFORMATIVA:</b> Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni all'Agenzia, che possano impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative			
6 <b>RISCHI DI REPORTING E COMUNICAZIONE</b>	6.1	Informativa strategica / programmazione	Il rischio è connesso alla carenza o mancanza di informazioni del contesto interno e/o esterno di riferimento necessarie alla formulazione e al disegno della programmazione strategica ed in generale al corretto funzionamento dei processi direzionali. Il manifestarsi di questo rischio potrebbe privare i vertici del necessario quadro d'insieme per procedere a decisioni consapevoli nell'ambito della definizione degli obiettivi strategici o nell'ambito della pianificazione operativa.
	6.2	Informativa economico - finanziaria	Il rischio è correlato alla possibilità che l'informativa economico-finanziaria (e.g. bilancio di esercizio e relativi allegati, reporting, prospetti entrate e spese) non sia in linea con i principi contabili di riferimento, oppure includa errori e/o omissioni di fatti significativi e rilevanti.
	6.3	Informativa interna ed esterna	Il rischio è connesso alla possibilità che i flussi informativi intercorrenti sia internamente all'Agenzia, sia esternamente (es. con Regione Lombardia), non vengano correttamente gestiti in termini di modalità e contenuti, con possibili impatti sull'efficacia/efficienza dei processi interni e/o sulla conformità normativa.
	6.4	Misurazione delle performance	Il rischio si riferisce alla potenziale inadeguatezza e d'inaffidabilità delle informazioni per la misurazione delle performance dei servizi erogati. Tale carenza informativa può precludere al management la possibilità di effettuare le necessarie valutazioni per migliorare i servizi erogati dall'Agenzia, nonché di fornire un'adeguata informativa agli stakeholder.
	6.5	Valutazione del sistema di controllo interno	Il rischio si riferisce alla possibilità che l'Agenzia non abbia le informazioni necessarie, in termini di qualità e completezza, per consentire un'adeguata analisi e valutazione del proprio sistema di controllo interno. Tale rischio si traduce nella difficoltà (incapacità o impossibilità), del sistema di accorgersi dei profili di criticità del sistema di controllo interno e di introdurre tempestive azioni correttive ove necessario.

## **Allegato 2**

## **MODULISTICA**

FAC-SIMILE

## RAPPORTO DI AUDIT

### n. XX.AA

<b>CODICE AUDIT</b>		<b>DATA AUDIT</b>	
<b>TEAM DI AUDIT</b>			
<b>DIREZIONE / DIPARTIMENTO</b>			
<b>STRUTTURA AUDITATA</b>			
<b>RESPONSABILE DELLA STRUTTURA AUDITATA</b>			
<b>ATTIVITÀ / PROCESSO AUDITATO</b>			

#### QUADRO RIASSUNTIVO

<b>OBIETTIVO DELL'AUDIT</b>	
<b>CRITERI VALUTATI</b>	
<b>MODALITÀ DI CONDUZIONE DELL'AUDIT E METODOLOGIA</b>	
<b>DOCUMENTAZIONE RICHIEDA</b>	

#### EXECUTIVE SUMMARY E CONCLUSIONI

**PIANO DI AZIONE**

AREA DI MIGLIORAMENTO	SINTESI OSSERVAZIONI	RISCHIO	DATA LIMITE ATTUAZIONE MISURE

**RESPONSABILE STRUTTURA AUDITATA**
**COMPONENTI DEL TEAM**

NOMINATIVO	FIRMA

NOMINATIVO	FIRMA