ARES Sardegna
Azienda Regionale Salute

SERVIZIO SANITARIO DELLA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 276 **DEL** 07/12/2022

Proposta n. 390 del 29.11.2022

STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE AZIENDALE
Dott.ssa Annamaria Tomasella

OGGETTO: Adozione "Regolamento di *Internal Auditing* del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna" in attuazione del Mandato di *Internal Auditing* ex DGR 31/16 del 13.10.2022

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Ruolo	Soggetto	Firma Digitale
L'istruttore	Dott.ssa Milena Marciacano	MARCIACANO MILENA Firmato digitalmente da MARCIACANO MILENA Data: 2022.12.07 14:49:59 +01'00'
Il Responsabile del Procedimento		

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda Regionale della Salute - ARES

SI [ ] NO [X] DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO[ ]

La presente Deliberazione è soggetta al controllo preventivo di cui all'art. 41 della L.R. 24/2020

SI [ ] NO [X]

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Annamaria Tomasella, nominata con DGR n. 51/34 del 30.12.2021, coadiuvata dal dott. Giuseppe Dessì – Direttore Sanitario, nominato con deliberazione n. 108 del 22.06.2022, e dal dott. Attilio Murru - Direttore Amministrativo, nominato con deliberazione n. 131 del 01.07.2022;

VISTA la legge regionale n. 24/2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" e ss.mm.ii.;

PREMESSO che La L.R. 24 dell'11.9.2020 art. 3 comma 3 lettera e) attribuisce all'Azienda Regionale della Salute ARES la funzione di omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende ivi compreso il sistema di internal auditing;

PRESO ATTO che con Delibera di Giunta Regionale n. 14/30 del 29.04.2022 e n. 25/14 del 02.08.2022 è stato assegnato ai Direttori Generali delle aziende sanitarie, per l'anno 2022, l'obiettivo di "avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, ala riduzione dei rischi amministrativo-contabile e alla misurazione del miglioramento organizzativo;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 31/16 del 13.10.2022 "Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, in attuazione dell'art. 3 della L.R. 11.9.2020 n.24" che considera l'attività di internal auditing quale strumento essenziale per la valutazione e il miglioramento dei processi di governance, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione, tramite un approccio sistematico, rigoroso, e risk based;

DATO ATTO che le succitate "Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna" acquisiscono, in termini professionali, il valore di "Mandato di Internal Auditing ad Ares e a tutti gli Enti del SSR" nel quale viene precisato che Ares, al fine di curare l'omogeneizzazione del sistema di Internal Auditing del SSR, dovrà:

i. dettare le linee guida minime a cui gli altri enti del SSR dovranno conformarsi;

ii. coordinare e dare impulso alle attività di controllo interno e revisione interna;

iii. proporre tramite i suoi audit, nell'ambito della sua attività consultiva, le linee di omogeneizzazione contabile del SSR;

iv. adottare, entro la fine dell'anno 2022, un regolamento di Internal Audit per tutto il sistema sanitario regionale che definisca i livelli, le metodologie e gli strumenti di controllo nonché la ripartizione operativa dei compiti.

PRESO ATTO che con la Delibera n. 258 del 22.11.2022:

a) sono state recepite le “Linee di indirizzo per l’avvio e l’espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, in attuazione dell’art. 3 della L.R. 11.9.2020 n.24” quale “Mandato di Internal Auditing ad Ares e a tutti gli Enti del SSR” adottate con Delibera di Giunta Regionale n.31/16 del 13.10.2022;

b) è stato dato mandato all’attuale incaricato per la funzione di Internal Audit di formalizzare l’adozione del regolamento di Internal Auditing del Sistema Sanitario della Regione Sardegna.

RITENUTO di dover adottare il “Regolamento di Internal Auditing del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna” in attuazione del Mandato di Internal Auditing ex DGR 31/16 del 13.10.2022, allegato alla presente Deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

RICHIAMATO il decreto legislativo del 14/03/2013 n. 33 e ss.ii.mm. “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

DATO ATTO che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all’oggetto dell’atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

per i motivi esposti in premessa;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Direttore Amministrativo
Dott. Attilio Murru
MURRU ATTILIO
Firmato digitalmente da MURRU ATTILIO
Data: 2022.12.07 15:35:12 +01'00'

Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Dessì
DESSI' GIUSEPPE
Firmato digitalmente da DESSI' GIUSEPPE
Data: 2022.12.07 15:43:35 +01'00'

DELIBERA

1) **DI ADOTTARE** il “Regolamento di Internal Auditing del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna” in attuazione del Mandato di Internal Auditing ex DGR 31/16 del 13.10.2022, allegato alla presente Deliberazione per farne parte integrale e sostanziale.

2) **DI STABILIRE** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico della ARES;

3) **DI TRASMETTERE** copia del presente atto alla SC Segreteria di Direzione Strategica, Affari Generali e Atti Amministrativi ARES per la pubblicazione all’Albo Pretorio on-line dell’Azienda Regionale della Salute ARES.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Annamaria Tomasella
Annamaria Tomasella
07.12.2022 15:26:21 GMT+00:00

ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

"Regolamento di Internal Auditing del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna" in attuazione del Mandato di Internal Auditing ex DGR 31/16 del 13.10.2022

ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'Azienda regionale della salute - ARES dal 07 /12 / 2022 al 22 / 12 / 2022

Il Dirigente Responsabile per la pubblicazione o suo delegato

SPANU FRANCESCO MARCO Firmato digitalmente da SPANU FRANCESCO MARCO
Data: 2022.12.07 17:07:23 +01'00'

Regolamento di Internal Auditing del Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna

In attuazione del Mandato di Internal Auditing ex DGR 31/16 del 13.10.2022

Indice

Premessa

Il presente Regolamento, come da Mandato di *Internal Auditing* (d'ora innanzi IA) approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 31/16 del 13.10.2022 avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, in attuazione dell'art. 3 della L.R. 11.9.2020 n. 24" ha lo scopo di definire i livelli, le metodologie e gli strumenti di controllo, nonché la ripartizione operativa dei compiti tra ARES e le Altre Aziende del SSR.

Ne deriva che gli scopi principali che si intendono perseguire attraverso il presente Regolamento sono i seguenti:

- **definire i livelli di competenza** riconoscendo ad ARES ex art. 3 lettera e) della L.R. 24/2020 il ruolo di "curare l'omogeneizzazione del sistema di internal auditing", che si esplicherà nel dettare le linee guida minime a cui gli enti del SSR dovranno conformarsi, nel coordinamento funzionale per tutte le Funzioni di IA Aziendali del SSR, nel dare impulso alle attività di controllo interno e di revisione interna, che tramite i vari *audit* consentiranno ad ARES di proporre, nell'ambito della sua attività consultiva, le linee di omogeneizzazione contabile del SRR;
- **descrivere le metodologie** necessarie per assistere tutte le aziende del SSR nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e nella predisposizione ed implementazione dei relativi controlli;
- **individuare gli strumenti di controllo** di supporto alla gestione in quanto capaci di individuare le cause operative degli scostamenti dagli obiettivi, così da monitorare e governare i processi verso il miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa e gestionale.
- **ripartire i compiti operativi tra ARES e le altre aziende del SSR** al fine di creare un modello regionale di *Internal Auditing* che supporti l'intero sistema sanitario della regione autonoma della Sardegna verso lo svolgimento di *"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"*[1], nel rispetto degli Standard Professionali emanati dall'I.I.A. *(Institute of Internal Auditors).*

I principali destinatari del presente Regolamento sono:

i. **il responsabile della funzione di IA su ARES**, individuato dal Direttore Generale di ARES;
ii. **i referenti della funzione di IA sulle aziende del SSR**, individuati dalla Direzione Aziendale degli Enti del SSR;
iii. **il gruppo di IA regionale**, proposto dal Responsabile della funzione di IA di ARES al Direttore Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità dell'Assistenza Sociale e al Direttore Generale di ARES, che lo approva mediante Deliberazione;
iv. **la Direzione Aziendale di ARES**;
v. **le Direzioni Aziendali delle aziende del SSR**.

[1] definizione fornita dall'Associazione Italiana *Internal Auditors* (A.I.I.A.)

Il contenuto del presente Regolamento e dei suoi allegati potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di *Risk Assessment*.
Le revisioni della Regolamento dovranno essere approvate seguendo l'*iter* procedurale previsto per l'approvazione del Regolamento stesso.

Art. 1 Posizionamento organizzativo

a) **La funzione di IA su ARES** sarà incardinata, con l'adozione del nuovo Atto aziendale, in una Struttura Semplice Dipartimentale (d'ora innanzi SSD) nel Dipartimento di Staff della Direzione Generale. Il Responsabile è individuato con apposita Deliberazione del Direttore Generale.
Tale posizionamento organizzativo insieme all'assenza in capo a coloro che svolgono la funzione di IA di responsabilità operative nell'ambito dei processi e delle attività esaminate consentirà di rispettare il requisito dell'indipendenza della funzione.
È facoltà del Responsabile della funzione di IA avvalersi di ulteriori professionalità, oltre a quelle assegnate alla struttura, per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo, oggetto di *audit*.

b) **La funzione di IA sulle Altre Aziende del SSR** è garantita dall'individuazione di un Referente dell'IA, esclusivamente dedicato allo svolgimento della funzione di IA, individuato mediante Delibera del Direttore Generale dell'Azienda cui la funzione afferisce, gerarchicamente e organizzativamente inquadrato nella propria azienda, ma coordinato funzionalmente dal Responsabile della funzione di IA di ARES.

Il personale assegnato allo svolgimento della funzione di IA, sia su ARES che sulle altre Aziende del SSR, può svolgere ruoli e responsabilità addizionali purché la Direzione Aziendale nella fase di affidamento di tali ulteriori ruoli e responsabilità adotti le misure compensative di tutela del requisito dell'indipendenza.
Ciascun *auditor*, che sia responsabile o referente, assicura, per gli *audit* ai quali è designato a partecipare, l'insussistenza di conflitti d'interesse e qualora ritenga di trovarsi in una posizione di conflitto d'interesse seppur potenziale deve tempestivamente segnalarlo al Responsabile della Funzione di IA di ARES che provvede alla sua immediata sostituzione.
Gli *auditor* non devono essere stati sottoposti nell'ultimo triennio a procedimenti di natura disciplinare.
Nello svolgimento delle attività di IA il personale assegnato alla funzione di IA non può prescindere dagli obblighi cui è tenuto il dipendente pubblico nell'ambito dell'attività lavorativa, obblighi che derivano dai principi costituzionali, quali l'imparzialità e il buon andamento dei processi svolti, nonché da disposizioni contenute nel codice civile, nelle norme nazionali sul pubblico impiego, nonché negli Standard professionali e del codice etico allegato al mandato di IA, di cui alla DGR 31/16 del 13.10.2022.
Qualora, nel corso dell'attività di *audit* emergano fatti che possano dar luogo a ipotesi di responsabilità civile, penale o amministrativa, il responsabile e i referenti della Funzione di IA sono tenuti ad informare immediatamente il Direttore Generale dell'Azienda di appartenenza, quale rappresentante legale dell'Azienda per l'avvio di eventuali azioni di responsabilità e/o di denuncia qualora gli elementi raccolti siano concreti e attuali o per operare affinché il danno sia evitato.

Art. 2 Definizione dei livelli di competenza

Il modello organizzativo della funzione di IA del SSR, così come meglio specificato nel Mandato di IA adottato con DGR 31/16 del 13.10.2022, è articolato come segue:

a) **ARES**, mediante la sua struttura di IA, cura l'omogeneizzazione del sistema di IA del SSR, e a tal fine:
   i. detta le linee guida minime a cui gli altri enti del SSR dovranno conformarsi;
   ii. coordina e da impulso alle attività di controllo interno e revisione interna e, tramite i suoi audit, propone nell'ambito della sua attività consultiva le linee di omogeneizzazione contabile del SSR;
   iii. fornisce un supporto metodologico alla pianificazione, allo svolgimento degli interventi di audit, al reporting e alla formazione continua.

b) le **Altre Aziende del SSR** (tramite l'attivazione di una funzione che può coincidere o con una struttura organizzativa all'uopo destinata o con l'identificazione di uno o più referenti dell'IA, ma che deve essere comunque composta da personale esclusivamente dedicato allo svolgimento della funzione) si conformeranno, nel rispetto del coordinamento funzionale attribuito ad ARES, alle indicazioni del Responsabile della funzione di IA di ARES.

Ne consegue che **l'attività della SSD IA incardinata su ARES** deve essere strutturata tenendo conto delle due seguenti sotto articolazioni relative da un lato a definire le competenze di coordinamento funzionale, di supporto metodologico e di elaborazione delle linee guida per le funzioni di IA di tutto il SSR, e dall'altro a descrivere le specifiche attribuzioni dell'attività all'interno dell'azienda stessa.

Art. 2.1 Attività di ARES a supporto delle Altre Aziende del SSR

i. **Pianificazione Triennale della Funzione di IA del SSR,** definita sulla base degli obiettivi definiti dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e sulla base del consolidamento, a cura di ARES di tutti i Piani Triennali di IA, adottati dalle aziende del SSR entro il 30 ottobre di ogni anno e tramessi ad ARES entro il 10 novembre di ogni anno.
ii. **Definizione del processo metodologico di *Risk Assessment* da utilizzare nell'ambito del SSR**, quale strumento base di determinazione della Pianificazione Triennale da cui emergeranno le priorità dell'attività di IA.
iii. **Adozione della modulistica, procedure, metodologie e strumenti** da condividere con tutte le Funzioni di IA afferenti agli enti del SSR.
iv. **Creazione e gestione dell'ambiente *Cloud*,** consultabile e utilizzabile come archivio da tutte le funzioni di IA del SSR, ciascuna per la propria Azienda.
v. **Verifica periodica della corretta archiviazione nell'ambiente *Cloud*** da parte di tutti i referenti della funzione di IA presso le aziende del SSR.
vi. **Programmazione e coordinamento del piano di formazione,** previsto per la funzione di IA di ARES e degli altri enti del SSR.
vii. **Organizzazione degli *Audit* sulle aree PAC,** su base regionale avvalendosi dei referenti di IA degli enti del SSR.
viii. **Mappatura del processo** oggetto di audit, con l'individuazione dell'*owner* di processo quale attività propedeutica al corretto avvio del controllo interno.

ix. **Coadiuvare i responsabili delle strutture *auditate*** nella mappatura e identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio.
x. **Monitoraggio continuo** su tutte le fasi del sistema di controllo interno.
xi. **Coordinamento e supporto metodologico** alle funzioni di IA in tutte le fasi del processo di analisi, misurazione e mappatura dei rischi, nella predisposizione del Piano Triennale di *Audit* e in tutte le fasi del processo di *Audit*.
xii. **Curare la redazione del presente** regolamento e dei suoi aggiornamenti qualora se ne ravvisi la necessità.

Art. 2.2 Attività proprie di ARES

i. **Pianificare e coordinare** l'attività di *audit* all'interno di ARES.
ii. **Predisporre il piano triennale e il programma annuale di *audit* di ARES.**
iii. **Eseguire gli *audit*** programmati e i relativi *follow up* in ARES.
iv. **Favorire la comprensione** dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili dei processi *auditati* siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli svolti.
v. **Attività consulenziale e di *assurance*,** nei confronti della Direzione Aziendale e di tutti gli *owner* di processo sulla base delle risultanze degli *audit* condotti sul SSR.
vi. **Alimentare** l'archivio *cloud* con le evidenze degli *audit* svolti.
vii. **Promozione della cultura del processo, dei rischi e dei controlli.**

Le attività relative alla **funzione di IA in capo alle Altre Aziende del SSR** possono essere classificate come di seguito in

Art. 2.3 Attività della funzione di IA delle Aziende su coordinamento della funzione di Ares

i. **Applicazione del processo di *Risk Assessment*** definito da ARES, quale strumento base di determinazione della Pianificazione Triennale da cui emergeranno le priorità dell'attività di IA.
ii. **Pianificazione Triennale della Funzione di IA Aziendale,** definita sulla base delle, linee guida emanate da ARES.
iii. **Alimentazione periodica e costante dell'ambiente *Cloud*,** consultabile e utilizzabile come archivio da tutte le funzioni di IA del SSR, ciascuna per la propria Azienda.
iv. **Partecipazione al piano di formazione,** previsto per la funzione di IA di ARES e degli altri enti del SSR
v. **Partecipazione agli *Audit* sulle aree PAC,** sulla base delle indicazioni del Responsabile della funzione di IA di ARES.
vi. **Supporto alla mappatura dei processi**, quale attività propedeutica al corretto avvio della funzione di IA su base regionale, con l'individuazione dell'*owner* di processo.
vii. **Supporto** al Responsabile della funzione di IA su ARES in tutte le fasi del processo di analisi, misurazione e mappatura dei rischi, nella predisposizione del Piano Triennale di *Audit* e in tutte le fasi del processo di *Audit*.

Art. 2.4 Attività della funzione di IA proprie delle Aziende del SSR

i. **Pianificare e coordinare** l'attività di *audit* all'interno della ASSL.
ii. **Predisporre il piano triennale e il programma annuale di *audit*** della ASSL.
iii. **Eseguire gli *audit* programmati e i relativi *follow up*,** oltreché eventualmente avviare e gestire degli *audit* su specifiche aree individuate della Direzione Aziendale, purché ulteriori rispetto a quelli individuati dal Responsabile della funzione di IA su ARES.
iv. **Favorire la comprensione** dell'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili dei processi *auditati* siano direttamente coinvolti nel giudicare e monitorare l'efficacia dei controlli svolti.
v. **Attività consulenziale e di *assurance*,** nei confronti della Direzione Aziendale e di tutti gli *owner* di processo sulla base delle risultanze degli *audit* condotti sul SSR.
vi. **Alimentare** l'archivio *cloud* con le evidenze degli *audit* svolti.
vii. **Promozione della cultura del processo, dei rischi e dei controlli.**

Art. 3 Ripartizione dei compiti

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

La funzione di IA svolge un controllo di terzo livello focalizzandosi sulle attività di verifica (anche definite come controlli di secondo livello) poste in essere da altre funzioni aziendali quali il Controllo di Gestione, il Risk management etc; inoltre, ha il compito di supervisionare i controlli di primo livello attuati dai referenti responsabili dei vari processi aziendali, ad ogni livello di operatività dell'azienda.

i. **Primo Livello -** svolto dal responsabile del processo.
ii. **Secondo Livello -** svolto dalle funzioni che valutano la conformità alle normative (*compliance*); da quelle che operano per gestire e ridurre i rischi (es. *risk management*); da quelle che valutano le performance (es. controllo di gestione).
iii. **Terzo Livello -** valuta il sistema di controllo interno e di gestione del rischio in un'organizzazione.

La funzione di IA definisce i principi, le procedure e gli strumenti di lavoro utili per svolgere la propria funzione in relazione al raggiungimento degli obiettivi periodicamente prefissati. Gli scopi principali che guidano il lavoro dell' IA sono rappresentati dalla definizione di adeguati metodi per assistere i Direttori ed i Dirigenti chiave nell'identificazione e nel monitoraggio dei rischi, nell'elaborazione di pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare tali rischi, ed infine nella omogeneizzazione e standardizzazione delle differenti fasi e modalità operative svolte all'interno delle varie funzioni aziendali, con l'intento di poter conseguentemente stabilire adeguate tempistiche di programmazione dei processi di *Audit*.

Al fine di svolgere adeguatamente le proprie attività, di seguito vengono riepilogate i principali compiti che il presente regolamento attribuisce ai vari attori del sistema di IA del SSR.

In particolare il **Responsabile della Funzione di IA su ARES** deve:

- riferire alla Direzione Aziendale ogni sei mesi sullo stato di avanzamento dei lavori svolti e su ogni altra questione che necessita di essere sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale;
- ricevuto entro il 30 settembre il Piano Triennale di *Audit* delle ASSL, entro 10 giorni esprimere il suo parere di conformità o in alternativa indicare i tempi e le variazioni da apportare;
- ricevuto il Piano Triennale di *Audit* della ASSL variato secondo le indicazioni e tempi dettati, rilasciare entro 5 giorni il suo parere di conformità che nel caso di silenzio varrà come silenzio-rilascio del parere di conformità;
- predisporre, entro il 30 ottobre, un Piano Triennale di *Audit* di ARES da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale di ARES;
- predisporre, entro il 30 novembre, un Piano Triennale di *Audit* per il SSR mediante consolidamento dei Piani Triennali di *Audit* delle Aziende del SSR da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale di ARES;
- entro il 30 novembre, relazionare sui risultati dell'attività (propria su ARES e del SSR) alla Direzione Aziendale;
- predisporre gli strumenti (*Work Model*) comuni a tutte le Aziende del SSR da approvare con uno specifico provvedimento amministrativo;
- svolgere un'attività di *Risk Assessment* che coinvolge il Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario;
- definire le direttive, le procedure, le metodologie e gli strumenti volti a guidare l'attività di IA sia su ARES che nelle altre Aziende del SSR;
- gestire in maniera efficiente ed efficace l'attività di IA al fine di assicurare che la stessa aggiunga valore all'organizzazione dell'Azienda e del SSR;
- valutare e contribuire al miglioramento dei processi di *governance*, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione presso ARES tramite un approccio sistematico, rigoroso e *risk based* sulla base di quanto stabilito nel piano di *Audit* approvato;
- raccogliere, analizzare e valutare informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili al fine di conseguire gli obiettivi dell'incarico;
- definire un sistema di monitoraggio delle azioni intraprese a seguito dei risultati segnalati alla Direzione Aziendale;
- coordinare e supportare le Funzioni di IA Aziendali nella valutazione dei processi di *governance*, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione;
- coordinare le attività svolte dalle Funzioni di IA Aziendali al fine di garantire che gli obiettivi siano raggiunti e che la qualità sia assicurata;
- definire i criteri di conservazione e archiviazione della documentazione dell'incarico;
- programmare e coordinare il piano di formazione previsto per la SSD IA incardinata su ARES e per le funzioni di IA delle Aziende del SSR;
- partecipare a specifici corsi di formazione e/o aggiornamento.

Il **Referente IA delle aziende del SSR** deve:

- predisporre e inviare al Responsabile della funzione di IA di ARES entro il 30 settembre il Piano Triennale di *Audit* dell'Azienda di afferenza;
- recepire, entro i tempi indicati dal Responsabile della funzione di IA di ARES, le indicazioni del Responsabile della funzione di IA di ARES;

- entro il 30 ottobre, conformarsi alle eventuali indicazioni del Responsabile della funzione di IA di ARES e sottoporre all'esame e all'approvazione del Direttore Generale della ASSL di afferenza il Piano Triennale di *Audit*, che lo adotterà con Delibera del Direttore Generale entro il 30 ottobre;
- riferire entro il 30 ottobre sui risultati, gli obiettivi e l'ambito di copertura dell'incarico mediante comunicazione formale alla propria Direzione e al Responsabile della funzione di IA su ARES;
- trasmettere entro il 10 novembre il Piano Triennale di *Audit* deliberato al Responsabile della funzione di IA di ARES;
- gestire efficacemente l'attività di IA al fine di assicurare che la stessa aggiunga valore all'organizzazione dell'Azienda e del SSR;
- contribuire al miglioramento dei processi di *governance*, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione presso l'Azienda tramite un approccio sistematico, rigoroso e *risk based* sulla base di quanto stabilito nel piano suddetto;
- raccogliere, analizzare e valutare informazioni sufficienti e utili al fine di conseguire gli obiettivi dell'incarico;
- comunicare periodicamente alla Direzione Aziendale dell'azienda alla quale la funzione afferisce e alla SSD IA individuata da ARES in merito allo stato di avanzamento del piano comprensiva dei rischi significativi, dei problemi di controllo e *governance* e ogni altra questione che necessita di essere sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale e alla SSD IA individuata da ARES;
- definire un sistema di monitoraggio delle azioni intraprese a seguito dei risultati segnalati alla Direzione Aziendale e alla SSD IA individuata da ARES;
- conservare la documentazione dell'incarico sulla base dei criteri definiti dalla SSD IA individuata da ARES;
- supportare la SSD IA individuata da ARES nell'espletamento di attività pianificate nell'ambito di altre aziende sanitarie, consistente per lo più nel rendere disponile il personale dedicato alla funzione a svolgere gli interventi di *audit* presso le altre aziende del SSR al fine di preservarne l'indipendenza e l'obiettività;
- partecipazione a specifici corsi di formazione e/o aggiornamento definiti e individuati nel piano di formazione predisposto dalla SSD IA individuata da ARES.

Il **Gruppo di *Audit*** deve:

- alla prima riunione, approvare il regolamento di funzionamento relativo alla sua attività;
- partecipare fattivamente alla redazione, mediante consolidamento dei Piani triennali di *Audit* di tutti gli enti del SSR, del Piano Triennale di *Audit* del SSR;
- avviare degli *audit* specifici su diretto impulso del Direttore Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità dell'Assistenza Sociale;
- svolgere un'attività di studio, di ricerca e di supporto metodologico alla funzione di IA di tutto il SSR;
- rappresentare il fulcro del confronto tra le varie esperienze regionali.

Il responsabile della funzione di IA del SSR e i referenti di IA delle altre Aziende del SSR sono autorizzati all'accesso ai dati, ai documenti, alla procedura SiSar-AMC e ai beni aziendali che risultano necessari per

lo svolgimento degli incarichi. L'ambito di copertura delle attività di IA riguarda tutti gli aspetti, i processi, le procedure, le attività ed i comportamenti che abbiano effetti riflessi o diretti sul Bilancio aziendale.

Il **Direttore Generale di ARES deve**:

- trasmettere, entro il 30 novembre, le risultanze dell'attività di IA sul SSR all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;
- approvare, entro il 30 novembre, il Piano di *Audit* Triennale del SSR a seguito di condivisione con i Direttori Generali delle altre Aziende del SSR;
- fornire al Responsabile della funzione di IA di ARES, in base a specifiche e motivate esigenze di controllo e monitoraggio di aree strategiche, indicazioni in merito al contenuto del Piano di *Audit*.

Il **Direttore Generale delle Aziende del SSR deve**:

- implementare la funzione di IA, favorendo e verificando il rispetto del coordinamento funzionale in capo ad ARES e rendendo disponibile il proprio referente di IA per lo svolgimento degli audit sul SSR avviati da ARES;
- ricevere, entro il 30 ottobre, le risultanze dell'attività di IA svolta sull'azienda di afferenza da parte del referente di IA;
- approvare, entro il 30 ottobre, il Piano di *Audit* Triennale dell'Azienda a cui afferisce.

Art. 4 Definizione delle metodologie e degli strumenti

L' IA, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto, assiste la Direzione Aziendale nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementa misure idonee per ridurli.

Svolge un'attività di verifica indipendente operante all'interno dell'Azienda, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali.

Verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte a rischi ed implementa misure idonee per ridurli. Rappresenta un'attività esclusiva ed indipendente, pertanto la relativa funzione aziendale, per svolgere il proprio compito in modo obiettivo, dovrà godere della necessaria autonomia, libera da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti d'interesse individuali, limitazione del campo d'azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di indipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verifica o difficoltà analoghe.

L'attività di controllo svolta dall' IA, si articola in cinque fasi:

1. **Analisi e valutazione dei rischi;**
2. **Pianificazione Triennale e Programmazione operativa;**
3. **Esecuzione del lavoro;**

4. **Reporting e comunicazione dei risultati;**
5. ***Follow-up audit.***

Le verifiche si articolano in:

- **Verifiche sul campo**, che consistono in verifiche presso specifiche strutture alla presenza del referente aziendale responsabile della struttura e del responsabile del processo (se individuato), nonché degli operatori coinvolti nelle diverse fasi e attività del processo.
- **Verifiche documentali,** che consistono nell'analisi di documenti e/o dati forniti dalle strutture interessate.

Fase I: Analisi e Valutazione dei Rischi

L'analisi e la valutazione dei Rischi (*Risk Assessment)* è il processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi. Tale analisi consente di comprendere come i rischi potenziali influenzano il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

Tale analisi individua le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, con particolare riferimento alla Percorso Attuativi di Certificabilità del Bilancio (d'ora innanzi PAC), infatti l'individuazione delle aree critiche del SSR coincide con le Aree di Intervento Individuate nei PAC:

A) Generale
B) Immobilizzazioni
C) Rimanenze
D) Crediti e Ricavi
E) Disponibilità Liquide
F) Patrimonio Netto
G) Debiti e Costi

Un'altra modalità per individuare le aree critiche è l'analisi delle fonti informative interne ed esterne (es. Verbali del Collegio Sindacale, richieste di informazioni da parte della Corte dei Conti, dei Ministeri, della Regione, etc) o input specifici da parte dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità dell'Assistenza Sociale.

Una volta conclusa la fase di individuazione dei rischi segue la valutazione degli stessi (*Risk Assessment)* che si effettua:

1. Individuando i rischi inerenti per ogni processo
2. Indentificando i controlli posti in essere dall'azienda al fine di mitigarne i rischi inerenti
3. Determinando per differenza il rischio residuo

La misurazione del rischio, inteso come evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal management, avviene moltiplicando la probabilità per l'impatto, in cui per:

- **valutazione della probabilità** (Qual è la probabilità che un errore si verifichi?) s'intende la frequenza del manifestarsi del rischio o del possibile accadimento dell'evento negativo identificato;
- **valutazione dell'impatto**: (Quale sarebbe il suo impatto se il rischio si verificasse?) s'intende la misurazione dell'effetto che si genererebbe se il rischio si manifestasse.

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'		
Quasi Certo	**C**	È presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
Molto Probabile	**PR**	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, superiore al 50%
Possibile	**PO**	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo e comunque inferiore al 50%
Raro	**R**	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO		
Alto	**A**	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici
Medio	**M**	Impatto rilevante sulle attività operative dell'organizzazione
Basso	**B**	Impatto contenuto, Inefficienza o interruzioni nell'operatività

Tale strumento consente di misurare sia i rischi inerenti che i rischi residui relativi ad ogni processo analizzato.

Graficamente, per ogni rischio analizzato, l'esito dell'analisi combinata suddetta viene rappresentato utilizzando una matrice a doppia entrata, come di seguito.

Si precisa che il colore rosso individua i **rischi elevati**, ovvero quei rischi che rappresentano una minaccia concreta e forte (quasi certa o molto probabile) al raggiungimento degli obiettivi di più alto livello (strategici e operativi), mentre il colore giallo individua i **rischi alti** (quasi certi, molto probabili e possibili) che rappresentano una minaccia al raggiungimento degli obiettivi strategici, operativi e attuativi, il colore rosa individua i **rischi medi** che rappresentano una minaccia (molto probabile, possibile e rara) al raggiungimento degli obiettivi strategici, operatevi e attuativi, mentre il colore verde individua i **rischi bassi** (possibili e rari) che rappresentano una minaccia al raggiungimento di obiettivi di più basso livello (operativi e attuativi).

	B	**M**	**A**
C			
PR			
PO			
R			

Il *Risk Assessment* rappresenta l'attività preliminare alla formazione dei piani annuali di *audit*.

L'attività di IA in particolare deve valutare l'efficacia dei processi di gestione del rischio e contribuire al loro continuo miglioramento, con particolare riferimento alla rappresentazione di tutti i fatti amministrativi in maniera chiara, veritiera e corretta in seno al Bilancio, risulta pertanto necessario verificare:

- che i rischi siano identificabili e valutabili;
- che vengano individuate opportune azioni di risposta ai rischi, al fine di ricondurli entro i limiti di accettabilità dell'organizzazione;
- che le informazioni relative ai rischi vengano raccolte e diffuse tempestivamente.

La funzione di IA procede alla definizione dell'elenco dei rischi principali con la relativa valutazione. Generalmente, nella fase di *Risk Assessment* finalizzata alla pianificazione degli interventi di *audit*, la valutazione dei rischi viene effettuata al "lordo" del controllo ovvero si valuta il rischio inerente e, quindi, non si tiene 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'analisi riguarda le seguenti macro tipologie di rischio:

TIPOLOGIE DI RISCHI		
Tipologia di rischio	**Codice**	**Descrizione**
Rischio di *Compliance*	**RC**	Rischi di non conformità a norme, regole standard, nonché a disposizioni e regolamenti, procedure interni alla azienda stessa.
Rischio Amministrativo Contabile	**RAC**	Rischi connessi al mancato rispetto delle norme, direttive, procedure e istruzioni operative dirette a garantire la correttezza e la tempestività di una informativa attendibile, in accordo con i principi contabili adottati dall'Azienda.
Rischio di Frode	**RF**	Rischi connessi alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno della struttura aziendale, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati dell'Azienda.
Rischio Operativo	**RO**	Rischi connessi alla normale operatività dei processi, flessibilità, efficacia ed efficienza operativa, tutela del patrimonio e della reputazione aziendale.
Rischio di *Reporting*	**RR**	Rischi relativi alla produzione veritiera e tempestiva della qualità dell'informazione, intesa sia come informazione interna che esterna.
Rischio Strategico	**RS**	Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Fase II: Pianificazione Triennale e Programmazione Operativa

L'analisi sin qui descritta alimenta il Piano Triennale di *Audit*, approvato dal Direttore Generale che lo adotta mediante propria Deliberazione.
Il Piano Triennale di *Audit* pianifica infatti le attività di *audit* sulla base dei rischi prioritari individuati e misurati con il *Risk assessment,* evidenziando per ogni intervento di *audit* l'area PAC di riferimento, la tipologia di rischio che si vuole analizzare, il responsabile del processo oggetto di analisi e la distribuzione degli interventi di *audit* nel triennio considerato.
Definita la pianificazione triennale, la fase di programmazione operativa rappresenta la risposta annuale ai rischi identificati nella Pianificazione Triennale.
In particolare, il Responsabile della funzione di IA su ARES forma, per ogni Azienda del SSR, un gruppo di *auditor*, avendo cura di individuarne anche un responsabile/referente e tenendo conto che il referente della funzione di IA di un'azienda non può svolgere gli interventi di *audit* nell'azienda alla quale appartiene, ma solo nelle altre aziende del SSR. Ciò al fin di preservarne il requisito dell'indipendenza.[2]
Il Gruppo di *Auditing* individuato avvia quindi i lavori di preparazione della successiva fase di Esecuzione del Lavoro caratterizzata dall'Osservazione sul Campo (*walkthrough*).
In particolare, questa fase di programmazione operativa riguarda l'analisi e lo studio della normativa, dei regolamenti, delle procedure esistenti e delle regole di funzionamento del processo, dell'organizzazione dell'attività e si conclude con l'invio della "lettera di comunicazione di avvio dell'*Audit*" che il Responsabile della funzione di IA su ARES invia alla Direzione dell'Azienda sottoposta d *Audit*, al gruppo di *audit*, al responsabile del processo analizzato e per conoscenza al Direttore Generale di ARES.

Fase III: Esecuzione del Lavoro

Conclusa la fase di programmazione, il Gruppo di *Auditing* avvia l'esecuzione dell'*Audit*, mettendo a punto un questionario da utilizzare durante l'osservazione diretta (*walkthrough).*
Il questionario o *check-list* predefinita consentirà un ulteriore approfondimento delle conoscenze acquisite nel corso dello studio del processo, con lo scopo di chiarire i punti dubbi.
Il questionario viene strutturato prevedendo un ventaglio di possibili risposte a sistema riduttivo: (SI, NO, NA), articolato suddividendo dapprima il processo in macro-fasi e individuando per ogni macro-fase un insieme di operazioni elementari, oggetto di domande specifiche e di un'analisi di dettaglio.
Ad ogni domanda così creata viene associata la corrispondente tipologia di rischio, mentre in fase di intervista verranno raccolte eventuali ulteriori osservazioni.
A tal punto può iniziare l'osservazione diretta (*walkthrough*) preceduta da una riunione d'apertura, il cui obiettivo principale sarà quello di chiarire alla struttura sottoposta a verifica 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. All'incontro partecipa il responsabile della struttura sottoposta a verifica, i collaboratori dallo stesso individuati e il Gruppo di *Audit*; una sintesi degli argomenti discussi e delle conclusioni raggiunte nella riunione di apertura viene formalizzata in un verbale della riunione.

[2] Si veda al riguardo il paragrafo 1.2 Standard 1100 – Indipendenza e Obiettività delle "Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di IA nel Sistema Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, in attuazione dell'art. 3 della L.R. 11.9.2020 n. 24" DGR 31/16 del 13.10.2022

L'osservazione diretta (*walkthrough*) proseguirà con l'intervista rivolta ai principali attori del processo e il questionario così strutturato sarà uno strumento integrativo e fondamentale per condurla, utile sia per raccogliere dati e informazioni che per evitare errori e omissioni di fasi del processo nelle quali possono celarsi eventuali anomalie e irregolarità.
Gli ulteriori strumenti di valutazione utilizzati, anche in combinazione tra di loro, possono essere:

- *Work-shop*: possono essere organizzati in forma collegiale, per raccogliere i punti di vista e confrontare le differenti posizioni dei responsabili e dei funzionari che partecipano al processo, nelle sue diverse fasi;
- Questionari a risposta aperta/chiusa: utili per richiedere informazioni sulle procedure e sul funzionamento delle diverse fasi del processo. Nel caso si scelga di somministrare questionari, però, occorre sempre avvisare il Responsabile della struttura sottoposta a revisione;
- Azioni di re-performance: tecnica utilizzata per testare l'efficacia della procedura di controllo; nel corso dell'*audit* viene "provata" e rifatta la procedura di controllo alla presenza degli operatori addetti per determinare se si perviene allo stesso risultato;
- Campionamento: si intende l'applicazione delle procedure di verifica a meno del 100% della popolazione, in modo da trarre una valida conclusione valutando le caratteristiche del campione esaminato. Il campionamento può essere casuale, mirato o sistematico.

Fase IV: Reporting e Comunicazione dei Risultati

Conclusa la fase esecutiva, si procede con la predisposizione di un rapporto preliminare, che riassume le constatazioni formulate in fase di analisi del processo. Nell'incontro di chiusura vengono discusse tutte le constatazioni ed i rilievi emersi tramite l'attività *Auditing* e viene redatto il rapporto finale che 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 sul sistema dei controlli di primo e secondo livello.

Il Report finale 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*;
- i rischi rilevati e gli adeguamenti raccomandati;
- il *follow-up* previsto.

Per ciascun intervento di *audit* viene creato un fascicolo contenete tutte le evidenze atte a documentare l'attività di *Audit*.
Il responsabile/referente del Gruppo di *Audit* conserva tutta la documentazione relativa all'attività di *audit*. Il materiale viene fascicolato e custodito all'interno di apposito archivio informatico (area *Cloud* per tutte le aziende del SSR), che consenta di mantenere la segretezza degli atti e sia facilmente consultabile e reperibile dal Responsabile della Funzione di IA di ARES.
Qualora dall'attività di *audit* emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale) o venga acquisita notizia di un reato perseguibile penalmente, il

responsabile/referente del Gruppo di *Audit* ne informerà per iscritto il Direttore Generale dell'Azienda sottoposta ad *Audit* e per conoscenza il Responsabile della finzione di IA di ARES.
L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva.

Fase V: Il *Follow-Up Audit*

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

Spetta al Responsabile della Funzione di IA di ARES 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.

Con la fase del *follow up,* vengono verificate le esecuzioni delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel rapporto finale. Con l'obiettivo di formalizzare adeguatamente le attività svolte e tenere traccia degli interventi correttivi apportati nel corso del tempo, per ogni intervento di *audit* viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata e tutti i documenti redatti.