

**AZIENDA U.S.L.
PESCARA**

Il giorno 07 FEB. 2019 nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara.

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Armando Mancini, nominato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 119 del 29/02/2016 acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento

N. 169

OGGETTO: Adozione Piano Audit 2019

IL DIRETTORE GENERALE

- Preso atto della relazione di cui all'Allegato A e ritenuto di condividerne il contenuto,
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e Sanitario, espressi nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto;

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa che qui si intendono integralmente trascritti ed approvati;

1. **DI APPROVARE** il Piano Audit 2019, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **DI RENDERE** il presente atto immediatamente esecutivo, onde permettere la tempestiva predisposizione dei successivi livelli di progettazione;
3. **DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio dell'Azienda;
4. **DI DISPORRE LA PUBBLICAZIONE** del presente atto nell'Albo Pretorio aziendale on line, ai sensi del D.Lgs n 33/2013.

ALLEGATO A

Relazione del Dirigente Responsabile di Internal Audit

Premesso che:

- Il D.Lgs. 118/2011 reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di Bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della Legge n. 42 del 5 maggio 2009 ed in particolare il Titolo II, recante "Principi generali e applicati per il settore sanitario";
- la DGR 124 del 2 Marzo 2018 reca l'Aggiornamento del percorso attuativo di Certificabilità (PAC), nonché i contenuti della Relazione di accompagnamento al PAC di cui all'Allegato B) del Decreto Ministeriale 1 marzo 2013, tenuto conto delle richieste del Tavolo di Monitoraggio Ministeriale;
- il D.Lgs. n. 286 del 30/06/1999 ha fornito disposizioni in tema di riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio dell'attività svolta dalle pubbliche amministrazioni, operando una completa revisione del sistema dei controlli interni;
- il D. Lgs n. 165/2001 ha disciplinato l'attività delle amministrazioni pubbliche, i rapporti tra direzione politica e dirigenza e lo stato giuridico del personale pubblico e che importanti modifiche sono avvenute per effetto del D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009, sulla disciplina del governo e dei sistemi di controllo nelle amministrazioni pubbliche;
- l'Art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012 (Rep. Atti n. 243 CSR) stabilisce che, per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dal richiamato art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012 dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, si applicano le disposizioni di cui all'Art. 79, comma 1 sexies, lettera c) del D.L. 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 133 del 6 agosto 2008;
- la D.G.R. n. 78 del 28.02.2017 recante le "Nuove Linee guida per la redazione degli Atti Aziendali", in particolare il punto 7 "Sistema di controlli interni", cita testualmente: "//

sistema di controlli interni supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza, ne fanno parte il Controllo di Gestione e la funzione di Internal Audit”;

CONSIDERATO che il D.Lgs. n. 118 del 23/06/2011, recante “ Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi ...”, disciplina l'implementazione e la tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale, nonché l'obbligo di redazione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata e del bilancio sanitario consolidato regionale, al fine della realizzazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito anche PAC) da parte delle Aziende Sanitarie;

RICHIAMATO il Decreto del Ministro della Salute, che di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, reca disposizioni in materia di certificabilità dei Bilanci degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il DCA n. 9/2015 recante la “ Riadozione Percorso Attuativo di certificabilità (PAC) DM 17.09.2012. Adeguamento del DCA n. 35/2014 alle richieste del tavolo di monitoraggio Ministeriale”, con cui si è provveduto a riadottare un nuovo PAC ed una nuova relazione in ottemperanza a quanto richiesto dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei LEA del 20 novembre 2014;

ATTESO che il Decreto Commissariale n. 55/2016 "Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario regionale 2016-2018" prevede all'obiettivo 6 la Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR;

ATTESO altresì, che Il Decreto 17/09/2012 del Ministero della Salute prevede che gli enti del SSN devono garantire, sotto la propria responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci nel rispetto del PAC, nei modi e ai tempi previsti dal medesimo decreto;

RICHIAMATA la deliberazione n. 934 del 4/9/2018, con la quale veniva istituita la funzione di Internal Auditing con contestuale conferimento di incarico alla dott.ssa Vilma Rosa;

RICHIAMATO altresì il "REGOLAMENTO INTERNAL AUDIT", adottato con deliberazione n. 1355 del 10/12/2018, il quale definisce le competenze dell' Internal Audit, ovvero, assistere la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare misure idonee per ridurli;

RILEVATO che la fase di elaborazione del piano di audit consente di identificare gli obiettivi di audit a livello di ciclo aziendale e di definire la portata degli interventi, ovvero di identificare la natura, l'estensione e la tempistica delle procedure riferite agli obiettivi di verifica, al fine di svolgere il lavoro in maniera efficace ed efficiente.

PROPONE

per le motivazioni espresse in narrativa e che s'intendono integralmente riportate di:

1. **APPROVARE** il Piano Audit 2019, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **RENDERE** il presente atto immediatamente esecutivo, onde permettere la tempestiva predisposizione dei successivi livelli di progettazione;
3. **DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio dell'Azienda.
4. **DI DISPORRE LA PUBBLICAZIONE** del presente atto nell'Albo Pretorio aziendale on line, ai sensi del D.Lgs n 33/2013.

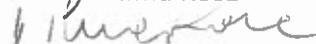
Funzionario estensore

Ing. Giorgia Agresta



Dirigente Responsabile di Internal Audit

Dott.ssa Vilma Rosa





ASL di Pescara

***DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE
DELL'ATTIVITA' DI INTERNAL AUDIT***

INDICE DEL DOCUMENTO

PREMESSA.....	3
1. LA FUNZIONE INTERNAL AUDIT.....	3
2. PIANO INTERNAL AUDIT 2019 (PIA 2019).....	4
2.1 ANALISI PRELIMINARE.....	5
2.2 ESECUZIONE DEL LAVORO SUL CAMPO	5
2.2.1 Predisposizione del Programma di verifica	6
2.3 REPORTING E COMUNICAZIONE DEI RISULTATI	6
2.3.1 Incontro di chiusura o exit meeting	6
2.3.2 Follow-Up.....	7
2.3.3 Archiviazione della Documentazione.....	7
3. DIVULGAZIONE DEL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E MODIFICHE SUCCESSIVE.....	7

PREMESSA

L'obbligo della certificabilità dei dati, così come disposto dall'art.2 del D.M.17/09/2012 (Decreto Certificabilità), impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1 comma 291, della L.n.266 del 23/12/2005 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

A tal fine il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

La Regione Abruzzo, con i Decreti del Commissario ad Acta 21 marzo 2014, n.35; 11 febbraio 2015, n.9 e con la DGR 2 marzo 2018, n.124, ha provveduto all'adozione, nonché all'aggiornamento dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda, nell'espletamento delle attività necessarie all'adempimento delle azioni e degli obiettivi contenuti nel Cronoprogramma PAC ha posto in essere un'intensa attività che ha condotto alla predisposizione e all'adozione di un set di procedure amministrativo-contabili redatte sulla scorta delle Linee Guida Regionali approvate con Determinazione n. DG22/29 del 29 giugno 2015.

Inoltre, per consentire e facilitare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Cronoprogramma PAC, è stato approvato dall'Azienda con Delibera del Direttore Generale 3 Luglio 2018, n. 733 il Piano degli Interventi necessari al raggiungimento di ciascun'azione del Cronoprogramma PAC e, quindi, alla condizione di certificabilità.

L'Azienda, in ottemperanza all'azione A1.5 del Cronoprogramma PAC che prevede: "*l'Istituzione dell'Unità Operativa Internal Audit per la costruzione di un sistema di controllo periodico delle procedure e per effettuare verifiche sul sistema di controllo interno e definirne il livello di affidabilità*", ha provveduto, con Delibera n. 934 del 4 Settembre 2018 del Direttore Generale n., ad individuare tale funzione in staff alla Direzione Generale ed a designare quale responsabile il Dirigente Dr.ssa Vilma Rosa.

1. LA FUNZIONE INTERNAL AUDIT

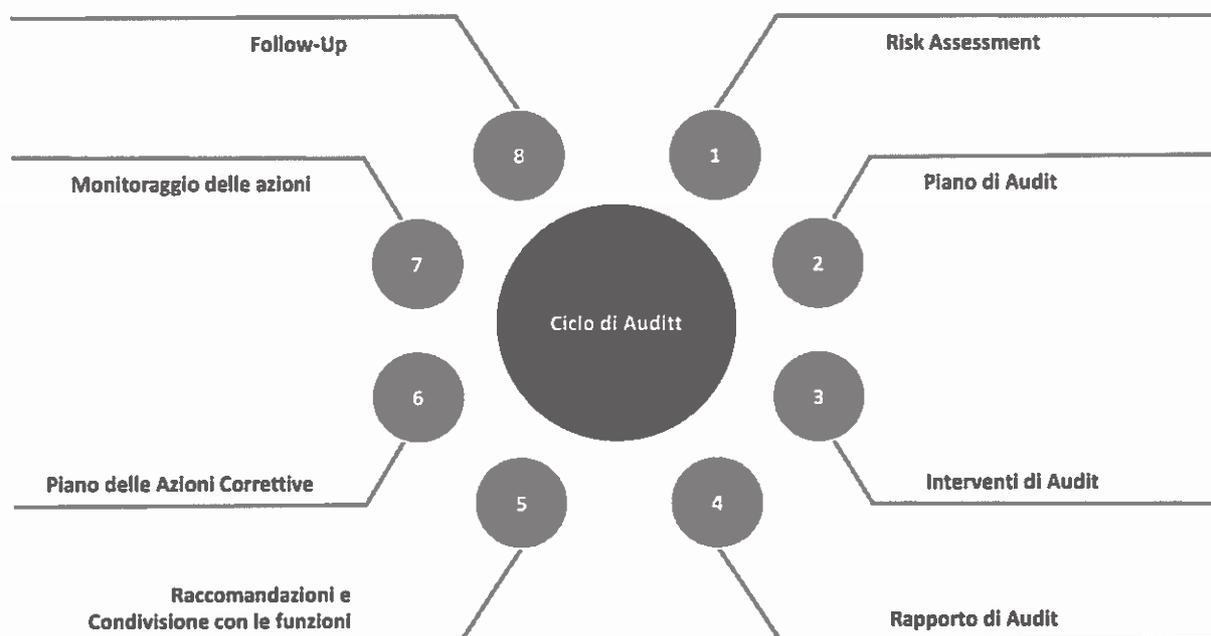
La Funzione di Internal Audit aziendale, si inserisce in un più ampio panorama di controlli e sistemi di valutazione interni, già operativi, all'interno dell'Azienda e deve agire in sinergia con gli stessi, così da evitare inutili duplicazioni ed ottimizzare il perseguimento degli obiettivi.

Tale funzione:

- Svolge un'attività di verifica indipendente con la finalità di esaminare e valutare i processi amministrativo-contabili e gestionali;
- Opera in supporto alla Direzione Strategica aziendale, in stretta collaborazione e sinergia con gli altri uffici aziendali che, direttamente o indirettamente, svolgono funzioni di controllo;
- Ha l'obiettivo di fornire un supporto alla Direzione per un costante miglioramento della gestione ed a tutti componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento delle loro responsabilità;
- Ha un ruolo consultivo/propositivo rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento in coerenza con gli obiettivi e le azioni contemplate nel PAC regionale;
- E' un'attività esclusiva ed indipendente, pertanto la funzione deve godere della necessaria autonomia, libera da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti d'interesse individuali, limitazioni del campo d'azione, restrizioni nell'accesso ad informazioni o, qualora sussistano rapporti di dipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verifica;

Dalla lettura delle azioni contenute nel PAC della Regione Abruzzo, appare evidente l'intento di prevedere nelle procedure PAC, un'espressa attribuzione delle "*azioni di controllo da espletare per garantire il corretto, completo e tempestivo raggiungimento dell'obiettivo*" all'unità operativa di Internal Audit ed incardinare tale funzione, in termini organizzativi/funzionali, in staff ed a diretto supporto della Direzione Generale.

L'attività dell'Internal Audit, può schematizzarsi nel Ciclo di Audit di seguito rappresentato:



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

L'Internal Audit, dopo aver individuato le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione aziendale, ed effettuato la preventiva valutazione dei rischi, deve predisporre e documentare un piano che comprenda gli obiettivi dell'incarico, l'ambito di copertura, la tempistica e l'assegnazione delle risorse.

Oltre all'attività istituzionale sul PAC, la funzione è impegnata, altresì, in costanti interventi di controllo e supervisione, ancorché non pianificati o pianificabili, in conformità al ruolo e alla mission tipici della funzione, orientati alla concreta prevenzione delle criticità in itinere.

2. PIANO INTERNAL AUDIT 2019 (PIA 2019)

Nel Piano di Audit predisposto dalla funzione Internal Audit aziendale sono definite le azioni/procedure nonché la documentazione che saranno verificate nell'anno in corso ed individua per ciascun processo, sottoposto ad audit, le correlate Strutture Organizzative soggette all'attività di verifica.

Gli scopi principali che si intendono perseguire attraverso il Piano sono:

- Definire gli ambiti e le aree di verifica oggetto delle attività di audit;
- Individuare le Strutture aziendali interessate nell'anno alle attività di controllo;
- Definire il ruolo della funzione di audit rispetto alle strutture organizzative aziendali coinvolte nelle attività di audit;
- Verificare i processi contenuti nel PAC che in fase di assessment hanno presentato maggiori criticità;
- Rispondere alle aspettative del management in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi;
- Verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento;
- Accertare attraverso interventi di follow-up, l'effettiva implementazione delle eventuali raccomandazioni e degli eventuali Piani degli Interventi relativi agli audit effettuati

- Definire la metodologia per assistere i Direttori e Dirigenti aziendali nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli sulle attività svolte nel rispetto delle procedure aziendali;
- Definire le tempistiche del processo di audit.

Il Piano di Audit 2019, esula dall'attività di risk assessment tipica dell'attività di Audit, in quanto si concentrerà sulle aree di rischio già individuate dal PAC regionale nonché dall'attività di assessment già eseguita e volta ad individuare le principali criticità delle Aree PAC.

L'attività di Audit nell'anno 2019, si svolgerà attraverso le seguenti fasi:

- 1) Analisi Preliminare;
- 2) Esecuzione del lavoro sul campo;
- 3) Reporting e comunicazione dei risultati

2.1 ANALISI PRELIMINARE

L'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.

A tal fine è necessaria un'attività preliminare, di preparazione conoscitiva del processo da verificare, anche attraverso l'utilizzo dei seguenti strumenti:

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

L'avvio dell'attività di audit verrà comunicato alla Struttura/Servizio sottoposto ad audit, tramite protocollo aziendale, prima dell'avvio effettivo dell'attività di verifica sul campo.

La comunicazione di avvio dell'attività di Audit deve necessariamente contenere i seguenti requisiti:

- Obiettivo dell'attività di Audit;
- Durata ipotizzata dell'attività di audit;
- Nominativi del Team di Audit;
- Indicazione della Struttura/Servizio auditata con specifica indicazione dei referenti per ciascuna UU.OO., che fungerà da interfaccia con il Team di Audit per le attività di verifica;
- Data dell'incontro di apertura;
- Programma delle attività;
- Eventuale richiesta di documentazione;
- Eventuale invio di un questionario riguardante il funzionamento dell'azione/procedura

Già dall'attività di analisi preliminare il Team di Audit inizierà a predisporre lo specifico Verbale di Audit nel quale verranno indicate tutte le attività connesse a ciascuna verifica indicata nel Piano di Audit.

Precedentemente allo svolgimento della vera e propria attività sul campo, verrà svolto un Kick-off meeting nel quale verranno specificati gli obiettivi dell'attività di audit, verranno valutate eventuali obiezioni o segnalazioni da parte del Responsabile nonché dei referenti delle Strutture/Servizi auditati e consegnata eventuale documentazione richiesta in sede di comunicazione. Di tale riunione ne deve essere data espressa menzione all'interno del Verbale di Audit indicando le attività svolte e le eventuali eccezioni avanzate durante l'incontro.

2.2 ESECUZIONE DEL LAVORO SUL CAMPO

Consiste nell'acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire alle conclusioni relative all'efficacia dei controlli interni sui processi oggetto dell'attività di audit.

L'efficacia dei controlli di primo livello va valutata, da parte della Funzione Internal Audit, in relazione ai seguenti obiettivi:

- Legittimità/regolarità dell'azione amministrativa: il controllo garantisce che l'attività sia svolta coerentemente alle previsioni di legge o regolamenti;
- Efficacia dell'attività: essa è svolta in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi;
- Efficienza dell'attività: essa è svolta in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi;
- Correttezza;
- Completezza/accuratezza;
- Tracciabilità;
- Valutazione di eventuali transazioni, secondo imparzialità ed indipendenza;
- Evidenza del controllo che va sempre documentato

Tale attività verrà svolta attraverso l'effettuazione di apposite interviste/colloqui con gli operatori coinvolti in ciascuna procedura, presa visione degli strumenti di lavoro utilizzati, acquisizione documentazione, verifiche a campione, analisi dei controlli di I livello, ecc...

L'esito di questa attività deve essere integralmente riportato nel Verbale di Audit da sottoporre al Responsabile del processo oggetto delle verifiche, per permettergli di avanzare osservazioni, eccezioni o richiedere integrazioni a quanto verbalizzato.

Le attività vengono svolte con il supporto check list appositamente predisposte e costruite partendo dall'analisi dei processi individuati nel Cronoprogramma PAC, identificando per ciascuna fase i relativi controlli da svolgere.

Qualora la complessità dell'attività di verifica lo renda necessario, si possono programmare e svolgere incontri tecnici intermedi con gli owner del processo per validare le risultanze e per ottenere eventuali chiarimenti.

2.2.1 PREDISPOSIZIONE DEL PROGRAMMA DI VERIFICA

Il Programma di verifica è il documento nel quale vengono riportate e sintetizzate le attività effettuate durante le operazioni di Audit.

Al fine di redigere un Programma di Verifica completo ed esaustivo, è necessario che il Team di Audit acquisisca tutte le procedure, la documentazione integrativa, nonché tutte le informazioni utili e ritenute necessarie a conseguire una conoscenza particolareggiata dei processi oggetto di verifica.

Solo dopo l'analisi del materiale raccolto, conformemente agli obiettivi fissati nel Piano di Audit, è possibile definire le priorità di verifica, le procedure di controllo da effettuare, procedendo così alla predisposizione del Programma di Verifica specifico per i processi e le UU.OO. auditati.

Il Programma di Verifica deve essere predisposto sulla scorta del format allegato.

2.3 REPORTING E COMUNICAZIONE DEI RISULTATI

Conclusa la fase operativa di verifica sul campo, il Team di Audit procede alla redazione di un Rapporto Preliminare in versione draft sullo stato attuale della struttura auditata.

Il Report di Audit contiene l'indicazione sintetica delle contestazioni e delle criticità rilevate sui singoli processi con specifico riferimento ai soggetti coinvolti ed alla documentazione prodotta ed analizzata.

Il Report di Audit deve essere redatto sulla base dello specifico format predisposto ed allegato al Regolamento di Audit.

Le risultanze dell'attività di audit così come riportate all'interno del Report devono essere dapprima discusse e condivise con la Direzione Strategica e successivamente inviate ai Responsabili delle UU.OO. verificate.

I contenuti del Report di Audit devono essere discussi durante l'incontro di chiusura.

2.3.1 INCONTRO DI CHIUSURA O EXIT MEETING

Tutte le contestazioni avanzate alla Struttura soggetta ad audit e riportate nel Piano di Audit vengono discusse con il Team di Audit, la Direzione Strategica ed i Responsabili delle UU.OO. durante un incontro da svolgersi nei termini previsti all'interno del Programma di Verifica e comunque non oltre 15 giorni dall'invio del Report di Audit.

Obiettivo dell'incontro di chiusura è quello di condividere con i Responsabili delle varie Strutture esaminate e con la Direzione Strategica le non conformità rilevate, concertando le azioni correttive/migliorative ed i relativi tempi di attuazione per giungere ad un livello accettabile di rischio.

In caso di mancata condivisione di uno o più aspetti è necessario che di ciò ne venga dato atto nel documento definitivo.

Conclusa la fase di condivisione con le strutture coinvolte nell'Audit ed entro 15 giorni dal exit meeting, viene predisposto il Rapporto di Audit definitivo sull'attività svolta ed i risultati emersi.

Il Rapporto di Audit descrive lo scopo, l'ampiezza ed i risultati dell'audit, riporta i rilievi, le conclusioni e le raccomandazioni formulate a seguito delle verifiche effettuate, indicando le azioni correttive e migliorative condivise con la Direzione Strategica e con i Responsabili delle Strutture sottoposte ad audit.

Al termine del ciclo di Audit, quindi, deve essere prodotta la seguente documentazione:

- Report di Audit definitivo;
- Relazione sintetica per la Direzione Strategica;
- Proposta di modifica delle procedure, secondo gli esiti degli audit;
- Copia del verbale delle attività di Audit;
- Eventuale ulteriore documentazione a supporto che si rendesse necessaria

2.3.2 FOLLOW-UP

Si tratta dell'attività di monitoraggio delle azioni correttive raccomandate alle strutture sottoposte ad audit, secondo il calendario previsto dalla programmazione delle azioni di follow-up contenuto all'interno del Report di Audit.

2.3.3 ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Per ciascuna verifica svolta, tutta la documentazione comprovante le attività effettuate, deve essere archiviata e custodita presso l'apposito Ufficio, per poter consentire, in qualsiasi momento, ad un soggetto terzo, di ricostruire tutti i passaggi intrapresi e verificarne l'attendibilità.

Più in particolare devono essere archiviati e conservati:

- Le note di comunicazione effettuazione audit interno;
- Per le verifiche documentali: copie di tutta la documentazione esaminata;
- Per le interviste/colloqui diretti al personale: una breve relazione/verbale con indicazione del soggetto intervistato (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica), data intervista, domande fatte e risposte ottenute, conclusioni raggiunte, firma sia degli IA che del soggetto intervistato;
- Per i questionari/check-list: tutti i questionari/check-list somministrati con indicazione del soggetto intervistato (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica) della data di somministrazione e la firma sia degli IA che del soggetto che lo ha compilato;
- Per il ricalcolo: tutti i fogli elettronici utilizzati con la spiegazione della loro utilità ai fini della verifica;
- Per i software: una relazione firmata dagli IA e, ove coinvolti, dagli esperti esterni in cui sia chiaramente ripercorribile il controllo svolto e le conclusioni a cui si è pervenuti;
- Per le richieste di conferma scritta: tutta la documentazione formale relativa alle richieste e alle risposte ottenute;
- Altro: tutta ciò che può comprovare l'effettiva realizzazione della verifica a soggetti terzi.

3. DIVULGAZIONE DEL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E MODIFICHE SUCCESSIVE

Le presenti linee di indirizzo dovranno essere diffuse con le seguenti modalità:

- pubblicazione sul portale Intranet aziendale;
- divulgazione sul sito web aziendale

Il Piano, inoltre, potrà essere variato ed integrato sulla base di specifiche esigenze aziendali attualmente non pianificabili o di carattere straordinario. Gli eventuali scostamenti rispetto al presente Piano saranno comunque giustificati con Relazione ed approvati con le stesse modalità di adozione del Piano.

4. PIANIFICAZIONE ATTIVITA' DI AUDIT 2019

Di seguito la pianificazione degli Audit previsti per l'anno 2019 ed il Cronoprogramma delle relative attività

Area PAC	Controllo	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Crediti	Crediti - C1_2019				
Crediti	Crediti - C2_2019				
Crediti	Crediti - C3_2019				
Debiti	Debiti - C1_2019				
Debiti	Debiti - C2_2019				
Debiti	Debiti - C3_2019				
Disponibilità Liquide	DL - C1_2019				
Disponibilità Liquide	DL - C2_2019				
Disponibilità Liquide	DL - C3_2019				
Patrimonio netto	PN - C1_2019				
Patrimonio netto	PN - C2_2019				
Patrimonio netto	PN - C3_2019				
Immobilizzazioni	Immobilizzazioni - C1_2019				
Immobilizzazioni	Immobilizzazioni - C2_2019				
Immobilizzazioni	Immobilizzazioni - C3_2019				
Rimanenze	Rimanenze - C1_2019				
Rimanenze	Rimanenze - C2_2019				
Rimanenze	Rimanenze - C3_2019				

ASL di Pescara



ALLEGATO 1: FORMAT PIANO DI AUDIT

AREA: IMMOBILIZZAZIONI

NOME AZIENDA	ASL PESCARA
RESPONSABILE IA	VILMA ROSA
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	01.01.2019 - 31.12.2019
OBIETTIVI DELL'AUDIT	VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI CHIAVE AFFERENTI L'AREA IMMOBILIZZAZIONI
VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO	
VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO	
VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO	
ESTENSIONE DELL'AUDIT	
U.O. COINVOLTE	

	Immobilitazioni - C1_2019	Immobilitazioni - C2_2019	Immobilitazioni - C3_2019	
AREA AZIENDALE	Immobilitazioni	Immobilitazioni	Immobilitazioni	
PROCESSO AZIENDALE	Acquisto immobilizzazioni	Acquisto immobilizzazioni	Acquisto immobilizzazioni	
FASE PAC	Autorizzazione acquisto cespiti	Ricezione cespiti	Inserimento libro cespiti	
ID FASE	4.1.2	4.2.1	4.2.3	
TIPOLOGIA VERIFICA	Ispezione documentale	Ispezione documentale	Ispezione documentale	
FREQUENZA VERIFICA	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale	
DESCRIZIONE VERIFICA	Verifica dell'utilizzo del modulo aziendale previsto per la richiesta di acquisto cespiti e relativo inserimento a sistema	Verifica del controllo eseguito in fase di ricezione dei cespiti (evidenza sul DDT) e adeguato scambio informativo con ditta aggiudicataria	Verifica del corretto aggiornamento del libro cespiti a seguito di ricezione di un nuovo cespiti	
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO	Richiesta di acquisto cespiti	DDT ricezione cespiti	DDT ricezione cespiti / verbale di collaudo	
REFERENTE AREA AZIENDALE				
PERIODO VERIFICA	1° e 3° trimestre 2019	2° e 4° trimestre 2019	2° e 3° trimestre 2019	
CAMPIONAMENTO				

ASL di Pescara



ALLEGATO 2: FORMAT PIANO DI AUDIT

AREA: RIMANENZE

NOME AZIENDA	ASL PESCARA
RESPONSABILE IA	VILMA ROSA
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	01.01.2019 - 31.12.2019
OBIETTIVI DELL'AUDIT	VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI CHIAVE AFFERENTI L'AREA RIMANENZE
VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO	
VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO	
VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO	
ESTENSIONE DELL'AUDIT	
LUOGO COINVOLTE	

AREA AZIENDALE	Rimanenze - C1 2019	Rimanenze - C2 2019	Rimanenze - C3 2019		
PROCESSO AZIENDALE	Rimanenze	Rimanenze	Rimanenze		
FASE PAC	Approvvigionamento / gestione farmaci e dispositivi medici nelle Farmacie Ospedaliere	Approvvigionamento beni economici	Inventario periodico		
ID FASE	Distribuzione alle UU.OO. 2.2.1	Richiesta materiale economico 1.1.1	Verifica a termine inventario 6.2.5		
TIPOLOGIA VERIFICA	Ispezione documentale	Ispezione documentale	Ispezione documentale		
FREQUENZA VERIFICA	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale		
DESCRIZIONE VERIFICA	Verifica del corretto e tempestivo allineamento carichi/scarichi a sistema	Verifica dell'utilizzo dell'apposito modulo aziendale per la richiesta di beni economici	Verifica dell'autorizzazione da parte del Responsabile funzionale al recepimento dei delta inventariali emersi a seguito della conta fisica		
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO	Tabulati di magazzino, richiesta da reparti	Modulo di richiesta beni economici debitamente firmato e conforme al format aziendale	Report delta inventariali debitamente autorizzato		
REFERENTE AREA AZIENDALE					
PERIODO VERIFICA	1° e 3° trimestre 2019	2° e 3° trimestre 2019	1°, 2°, 3° e 4° trimestre 2019		
CAMPIONAMENTO					

ASL di Pescara



ALLEGATO 3: FORMAT PIANO DI AUDIT

AREA: DISPONIBILITA' LIQUIDE

NORE AZIENDA	ABL PESCARA
RESPONSABILE IA	VILMA ROSA
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	01.01.2019 - 31.12.2019
OBIETTIVI DELL'AUDIT	VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI CHIAVE AFFERENTI L'AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE
VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO	
VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO	
VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO	
ESTENSIONE DELL'AUDIT	
UO COINVOLTE	

AREA AZIENDALE	Disponibilità Liquide - C1_2019	Disponibilità Liquide - C2_2019	Disponibilità Liquide - C3_2019		
PROCESSO AZIENDALE	Disponibilità Liquide	Disponibilità Liquide	Disponibilità Liquide		
FASE PAC	Ticket per prestazioni sanitarie	Riconciliazioni bancarie periodiche	Mandato di pagamento		
DI FASE	Predisposizione riepilogo giornaliero	Riconciliazione bancaria trimestrale	Autorizzazione al pagamento		
TIPOLOGIA VERIFICA	1.6.2	4.4.1	4.4.2		
FREQUENZA VERIFICA	Ispezione documentale	Ispezione documentale	Ispezione documentale		
DESCRIZIONE VERIFICA	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale		
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO	Verifica corrispondenza report giornaliero con chiusure cassa giornaliera	Verifica della corretta registrazione in co.ge. degli incassi presenti nel conto corrente	Verifica emissione richiesta di pagamento/acquisto tramite apposita modulistica aziendale, con pagamento successivo alla data di liquidazione		
REFERENTE AREA AZIENDALE	Resoconto incasso giornaliero, report POS e conta di cassa	Estratto conto bancario, schede contabili	Fattura liquidata, contabile addebito		
PERIODO VERIFICA	1° e 3° trimestre 2019	2° e 4° trimestre 2019	2° e 4° trimestre 2019		
CAMPIONAMENTO					

ASL di Pescara



ALLEGATO 4: FORMAT PIANO DI AUDIT

AREA: PATRIMONIO NETTO

NOME AZIENDA RESPONSABILE IA COMPONENTI TEAM DI AUDIT DATA INIZIO - DATA FINE OBIETTIVI DELL'AUDIT VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO ESTENSIONE DELL'AUDIT UU.OO.COINVOLTE	ASL PESCARA VILMA ROSA 01.01.2019 - 31.12.2019 VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI CHIAVE AFFERENTI L'AREA PATRIMONIO NETTO

	PN - C1 2019	PN - C2 2019	PN - C3 2019	
AREA AZIENDALE	Patrimonio Netto	Patrimonio Netto	Patrimonio Netto	
PROCESSO AZIENDALE	Quadratura libro cespiti	Rendicontazione al soggetto finanziatore	Contributi in conto capitale	
FASE PAC	Ricognizione contributi per finanziamenti	Report utilizzo contributo in conto capitale	Calcolo sterilizzazioni	
ID FASE	2.6.1	3.2.1	2.5.1	
TIPOLOGIA VERIFICA	Ispezione documentale	Ispezione documentale	Ispezione documentale	
FREQUENZA VERIFICA	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale	
DESCRIZIONE VERIFICA	Verifica corrispondenza delibera per assegnazione contributo e scheda cespiti	Verifica corrispondenza tra contributo erogato ed investimento effettuato	Verifica corrispondenza tra ammortamento e quota sterilizzata	
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO	Libro cespiti e schede contabili	Delibera regionale di assegnazione e investimenti effettuati, report di	Scheda cespiti: contributo in conto capitale e piano ammortamento	
REFERENTE AREA AZIENDALE				
PERIODO VERIFICA	4° trimestre 2019	4° trimestre 2019	1° 2° 3° e 4° trimestre 2019	
CAMPIONAMENTO				

ASL di Pescara



ALLEGATO 5: FORMAT PIANO DI AUDIT

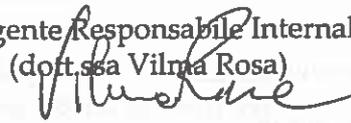
AREA: DEBITI/COSTI

INDICE AZIENDA	ASL PESCARA
RESPONSABILE IA	VILMA ROSA
COMPONENTI TEAM DI AUDIT	
DATA INIZIO - DATA FINE	01.01.2019 - 31.12.2019
OBIETTIVI DELL'AUDIT	VERIFICA DELL'EFFICACIA DEI CONTROLLI CHIAVE AFFERENTI L'AREA DEBITI E COSTI
VALUTAZIONE RISCHIO INTRINSECO	
VALUTAZIONE RISCHIO DI CONTROLLO	
VALUTAZIONE RISCHIO COMPLESSIVO	
ESTENSIONE DELL'AUDIT	
UU.OO.COINVOLTE	

	Debiti - C1 2019	Debiti - C2 2019	Debiti - C3 2019		
	Debiti/Costi	Debiti/Costi	Debiti/Costi		
AREA AZIENDALE					
PROCESSO AZIENDALE					
FASE PAC	Acquisto beni	Acquisto servizi	Acquisto prestazioni sanitarie		
ID FASE	Predisposizione Ordine di Acquisto	Delibera aggiudicazione e stipula del contratto	Verifiche NOC		
	3.1.1	3.3.3	6.1.3		
TIPOLOGIA VERIFICA	Ispezione documentale	Ispezione documentale	Ispezione documentale		
FREQUENZA VERIFICA	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale		
DESCRIZIONE VERIFICA	Verifica dell'autorizzazione apposta nell'OdA e relativo inserimento a sistema	Verifica autorizzazione Direzione ed inserimento a sistema	Verifica corrispondenza tra contratto con strutture accreditate e prestazioni erogate		
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO	Ordine di acquisto beni sanitari	Delibera aziendale, contratto	Contratto, report prestazioni, fattura, verbale NOC		
REFERENTE AREA AZIENDALE					
PERIODO VERIFICA	1° e 3° trimestre 2019	2° e 4° trimestre 2019	1° e 4° trimestre 2019		
CAMPIONAMENTO					

Il Direttore proponente, con la sottoscrizione, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento

Il Dirigente Responsabile Internal Audit
(dott.ssa Vilma Rosa)

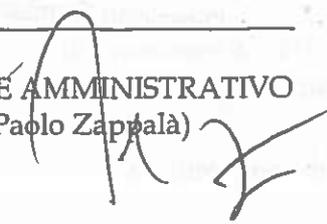


Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(dott. Paolo Zappalà)



favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Valterio Fortunato)



IL DIRETTORE GENERALE

dr. Armando Mancini



Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Ausl di Pescara in data **10 8 FEB. 2019** ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n. 15 giorni consecutivi

- Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Ausl di Pescara
- Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

Direzione Sanitaria

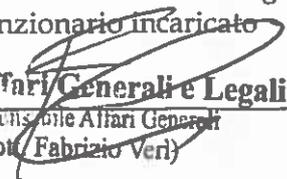
per conoscenza a:

alla Giunta Regionale in data con nota prot.

alla Conferenza dei Sindaci in data con nota prot.

al Collegio Sindacale in data con nota prot.

U.O.C. Affari Generali e Legali
Il funzionario incaricato


U.O.C. Affari Generali e Legali
Il Responsabile Affari Generali
(dot. Fabrizio Veri)