AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

ORIGINALE ☐

COPIA ☐

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1646 **del** 22-12-2017

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)

OGGETTO: Regolamento aziendale "Procedure di Controllo interno." Adozione Regolamento

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno: 22 DIC. 2017

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

Il Responsabile Ufficio Delibere e Determine

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :
n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

☒ Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Regolamento aziendale "Procedure di controllo interno". Adozione Regolamento

La Dott.ssa Alessandra Antocicco,in qualità di Direttore U.O.C. Segreteria Generale

PREMESSO che:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2013 " Atto di indirizzo per l' adozione dell' Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania " al punto 11.3 *Regolamenti* , così recita: *" I Direttori Generali o i Commissari Straordinari, entro 90 gg dalla approvazione dell' Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procedono all'adozione di regolamenti interni; tutti i regolamenti adottati dovranno essere pubblicati sui siti web aziendali";*
- l' Atto Aziendale della ASL Avellino con delibera n. 1154 del 13/09/2017, al punto 3. Regolamenti ed al punto 2 capo VI " Adozione dei Regolamenti interni " ribadisce quanto indicato al punto 11.3 Regolamenti del succitato DCA n. 18/2013;
- il Decreto del Commissario ad Acta della regione Campania n. 40 del 25/09/2017 approva l' Atto Aziendale dell' Azienda Sanitaria Locale Avellino;

CONSIDERATO che:

- il Direttore Generale ha chiesto, ai dirigenti aziendali interessati, con nota prot. n. 11725/DG del 05 dicembre 2016 e con nota prot. n. 11726/DG del 06 dicembre 2016 di avviare la stesura o la revisione dei Regolamenti, relativi a svariate materie sia previste al punto 3 dell' Atto Aziendale sia ulteriori, e con successivi solleciti prot. n. 2124/ del 14 marzo 2017, prot. n. 1512/DG e 8513/DG del 07 novembre 2017, e con apposita riunione convocata con nota prot. n. 7838/DG del 06 ottobre 2017;

VISTO :

il testo del Regolamento aziendale **"Procedure di controllo interno"**, allegato al presente provvedimento e che ne forma parte integrante e sostanziale;

PRECISATO che con l'adozione del presente Regolamento sono abrogate eventuali disposizioni aziendali in contrasto con lo stesso;

DATO ATTO CHE:

- Tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso la U.O.C. proponente;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. L'adozione del Regolamento aziendale **"Procedure di controllo interno"**, che abroga eventuali disposizioni aziendali in contrasto con lo stesso.

Direttore UOC Segreteria Generale
Dott.ssa Alessandra Antocicco

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario Dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente

delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell' U.O.C Segreteria Generale **"Procedure di controllo interno"**. *Adozione Regolamento"*

Preso atto

- Dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell' U.O.C. *Segreteria Generale a seguito della istruttoria dallo stesso effettuata e come dallo stesso* attestato ed articolato;
- Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Segreteria Generale e sulla scorta ed in conformità della stessa;

***Con i pareri favorevoli resi, alla** luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e* dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo
Dr. Ferdinando Memoli

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

- **di prendere atto**, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Segreteria Generale e sulla scorta ed in conformità della stessa;
- **di adottare** il Regolamento dal titolo **"Procedure di controllo interno"**, allegato al presente provvedimento, a formarne parte integrante e sostanziale, che abroga eventuali disposizioni aziendali in contrasto con lo stesso;
- ***di disporre** che il succitato Regolamento sia pubblicato sul sito web istituzionale, a cura del dirigente* proponente;
- **di inviare** la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, e al dirigente proponente per il seguito di competenza.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Maria Morgante

☐ Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. -27503 *del* 22 DIC. 2017

Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine

AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO

Via degli Imbimbo 10/12

REGOLAMENTO

PROCEDURE DI CONTROLLO INTERNO

INDICE

Art.1 – Premesse

Art.2- Oggetto

Art. 3- Finalità

Art. 4- Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Art. 5- Controllo di Gestione

Art. 6- Valutazione e controllo strategico

Art. 7- Valutazione del personale

Art. 8- Sistema dei controlli interni

Art. 9 – Internal auditing procedure PAC

Art. 10- Campo di applicazione

Art. 11- Organizzazione, responsabilità e compiti

Art.12 – Gestione delle procedure

Art. 13 – Ciclo di audit

Art.14 Identificazione Aree critiche

Art. 15 – Identificazione dei rischi

Art. 16 – Risk Assessment

Art. 17 – Piano di audit

Art. 18 - Interventi di Audit

Art.19 – Follow up

Art. 20 – Archiviazione

Art. 21 – Segnalazione eventuale danno erariale

Art. 22 – Segnalazione eventuale denunzia penale

Art.23 – Norme finali e di rinvio

Art. 24 - Entrata in vigore del presente regolamento

ART. 1
Premesse

Il presente regolamento intende dare operatività alla normativa di rilevante complessità che ha previsto gli strumenti tesi a garantire la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità della stessa, nonché la definizione di sistemi di pianificazione e di controllo, nel rispetto dei principi costituzionali in tema di legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa.

Nell'ambito del quadro normativo di riferimento, si parte dal D.Lgs. 286 del 30/6/99 che ha operando una completa revisione del sistema dei controlli interni della Pubblica Amministrazione, passando dal D.L.vo 165/01 che ha disciplinato l'attività delle amministrazioni pubbliche e lo stato giuridico del personale pubblico. Successivamente il D.Lgs. n. 150 del 27/10/09 ha apportato importanti modifiche sulla disciplina dei sistemi di controllo nelle amministrazioni pubbliche che vede rafforzato il confronto dialettico tra direzione politica e dirigenza, specificando i singoli obiettivi gestionali da definire analiticamente in tutte le scansioni esecutive.

In tale contesto, occorre menzionare anche il D. Lgs. n. 118 del 23/6/11, recante: "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi.....*", che 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, alla luce del DCA n. 60 del 04.08.2011 della Regione Campania avente ad oggetto, l'implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale.

ART. 2
Oggetto

Il presente Regolamento disciplina l'organizzazione, la metodologia, gli strumenti e le procedure di controllo interno idonee a garantire l'affidabilità e la funzionalità dei sistemi di controllo interno, fondamentali strumenti di governo aziendale.

ART. 3
Finalità

Il presente Regolamento, attraverso l'applicazione di norme attuative ed integrative della disciplina generale sulle procedure relative ai controlli interni e l'implementazione dei processi amministrativi e contabili, ha la finalità di definire l'insieme di strumenti gestionali ed operativi e le procedure atti a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (*controllo di regolarità amministrativa e contabile*), nonché di verificare, attraverso adeguati strumenti di misurazione e monitoraggio, l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (*controllo di gestione*). Altresì, tale strumento tende a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (*valutazione e controllo strategico*) e di valutazione delle prestazioni del personale (*valutazione del personale*).

Tali forme di controllo interno sono gestite in modo integrato al fine di garantire gli obiettivi di cui sopra.

ART. 4

Controllo di regolarità amministrativa e contabile

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile si realizza nella fase preventiva alla adozione delle deliberazioni e determinazioni e nella fase successiva all'adozione degli atti amministrativi.

Ad esso provvede il collegio sindacale ex art.3–ter del D.Lgs.229/99, ivi compresi quelli di cui all'art. 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza della Ragioneria generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale.

ART. 5

Controllo di Gestione

Il controllo di gestione provvede alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati) e dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione economico gestionale ed amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. Esso permette di valutare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e la funzionalità dell'organizzazione aziendale, mediante l'analisi delle risorse acquisite e la comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti.

Ai fini di cui sopra è assicurata la tenuta della contabilità analitica e la metodica budgetaria, nel rispetto delle indicazioni regionali.

Tale strumento supporta il sistema di valutazione dei dirigenti; altresì, ha la funzione di sostenere i responsabili di struttura nelle loro attività gestionali.

ART. 6

Valutazione e controllo strategico

La valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti è affidata alla Direzione aziendale con il supporto del Collegio di Direzione e del Controllo di Gestione. Lo staff aiuta la direzione ad interpretare la coerenza tra le scelte strategiche effettuate ed i risultati della gestione operativa, con particolare riguardo alla qualità dei servizi erogati ed alla rispondenza rispetto ai bisogni degli utenti. Le strutture e i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono in via riservata al Direttore Generale, con apposite relazioni sulle risultanze delle analisi effettuate.

ART. 7

Valutazione del personale

La valutazione del personale è affidata, in prima istanza, ai dirigenti stessi ed in seconda istanza all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai Collegi Tecnici.
L'azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti di lavoro, le prestazioni ed i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative in coerenza con l'incarico di posizione ricoperto e le potenzialità individuali dei singoli dirigenti. L'Azienda utilizza il sistema della formazione e dell'aggiornamento professionale quale metodo permanente e strumento essenziale per lo sviluppo della professionalità degli operatori, attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

Art. 8
Sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni costituisce, quindi, strumento di attuazione dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'amministrazione di cui all'art. 97 della Costituzione.
Tale sistema incentiva la cultura di un controllo diffuso, basato sul principio del lavorare in qualità e improntato all'autocontrollo degli atti, dei documenti e delle attività svolte dai singoli centri di responsabilità (D.L.vo 150/09), svolgendo anche la funzione di supporto nella prevenzione del fenomeno della corruzione (Legge 6 novembre 2012, n. 190).
In tale ottica l'internal audit rappresenta lo strumento con cui verificare l'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.
In tal senso, il citato Decreto n. 60 del 04.08.2011 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del Settore Sanitario della Regione Campania, adotta i modelli di processi amministrativi e contabili che definiscono il supporto alle attività aziendali e mappano le attività relative ai seguenti cicli:

1. Ciclo attivo;
2. Ciclo passivo;
3. Ciclo magazzino;
4. Ciclo cespiti;
5. Ciclo personale;
6. Ciclo planning, budget e reporting.

Nell'ambito delle attività dell'Azienda, ogni singola fase di tali processi amministrativi e contabili, viene definita e dettagliata, nella mappatura dei cicli, così composta:

- Ciclo attivo:
  Ciclo attivo
  Ciclo attivo-Intramoenia;
- Ciclo passivo:
  Ciclo passivo– Gestione Fornitori;
  Ciclo passivo– Gestione Acquisti;
  Ciclo passivo- Gestione Acquisti So.Re.Sa.;
- Ciclo Magazzino;
- Ciclo cespiti;
- Ciclo personale;
- Ciclo planning, budget e reporting;

ART. 9
Internal Auditing procedure PAC

L'internal Auditing (IA) è una funzione di controllo indipendente che ha il compito di seguire il sistema di gestione delle procedure relative ai processi amministrativi e contabili svolgendo attività di controllo di secondo livello rispetto a quello di primo livello svolto dai dirigenti responsabili dei singoli processi aziendali, la verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali e la valutazione del rischio dell'accadimento dei fatti che evidenziano aree non presidiate..
E' una funzione che ha come fine ultimo la corretta corporate governante aziendale, a patto che sia intesa e riconosciuta come una funzione di management (approccio valutativo) e non come una funzione di tipo ispettivo-vigilanza che si aggiunge a quelle già esistenti, anestetizzando gli slanci organizzativi e scatenando la corsa all'elusione dei controlli stessi (approccio ispettivo). Esiste quindi un equilibrio fra gli obiettivi

ART. 10
Campo di applicazione

Destinatari del presente Regolamento sono:

- il Coordinatore del GRUPPO DI RIFERIMENTO AZIENDALE PER LE PROCEDURE PAC (GRAP)
- la Cabina di Regia procedure PAC
- la Direzione Strategica
- tutte le strutture aziendali interessate all'attività di audit

ART. 11
Organizzazione Responsabilità e compiti

La funzione di IA è svolta all'interno dell'ASL dal GRAP, individuato con apposita deliberazione. E' facoltà del GRAP avvalersi di ulteriori professionalità per favorire la piena implementazione delle attività associate a ciascun oggetto di audit. Ciascun componente del GRAP assicura, per gli audit ai quali è designato a partecipare, il suo non coinvolgimento nella attività oggetto di audit. In tale ipotesi il Coordinatore del GRAP propone al Direttore Generale un sostituto e provvede alla sua sostituzione.
Alle funzioni di IA compete:

- assistere la Direzione strategica nel valutare l'operatività e l'efficacia delle procedure amministrativo contabili identificando le aree di rischio;
- coordinare e pianificare le attività di audit;
- predisporre piano annuale di audit
- gestire gli audit redigendo il relativo rapporto di audit
- redigere la mappa dei rischi
- coadiuvare i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle procedure amministrativo-contabili nel far comprendere al personale direttamente coinvolto l'importanza dei processi formali, documentali,
- curare l'aggiornamento del presente Regolamento al verificarsi dei presupposti;
- tenere l'archivio della documentazione delle attività di audit
- relazionare periodicamente (almeno trimestralmente) alla Direzione strategica;

ART. 12
Gestione delle procedure

1. VERIFICA

La verifica delle procedure già approvate e in essere verrà effettuata dal GRAP, in seno al quale saranno, di volta in volta, presenti i Dirigente di U.O. o Dipartimento interessati, presso cui la procedura stessa dovrà essere applicata.

2. APPLICAZIONE

La corretta applicazione delle procedure, previa adeguata informazione e formazione, è vincolante per tutti gli operatori cui la procedura è rivolta.

3. CONTROLLO E MONITORAGGIO

• Controllo operativo (primo livello)

Il controllo operativo sulla corretta applicazione delle procedure e dei rischi dell'accadimento dii fatti che evidenziano aree non presidiate. avverrà a cura dei Direttori/Responsabili Dirigenti delle varie Unità Operative, coadiuvati dai eventuali facilitatori laddove presenti.

• Monitoraggio di sistema (secondo livello)

Il monitoraggio di sistema viene effettuato in prima applicazione su a campione sul corretto funzionamento dei controlli operativi effettuati all' interno delle varie UU.OO..Viene effettuato da membri del GRAP, o da loro delegati.

4. REVISIONE

La necessità di revisione delle procedure può scaturire da:

• Evidenze operative;
• Evoluzione della tecnica;
• Evoluzione della normativa;
• Criticità scaturite dalla esperienza pratica degli operatori, da suggerimenti, proposte di miglioramento, ecc….

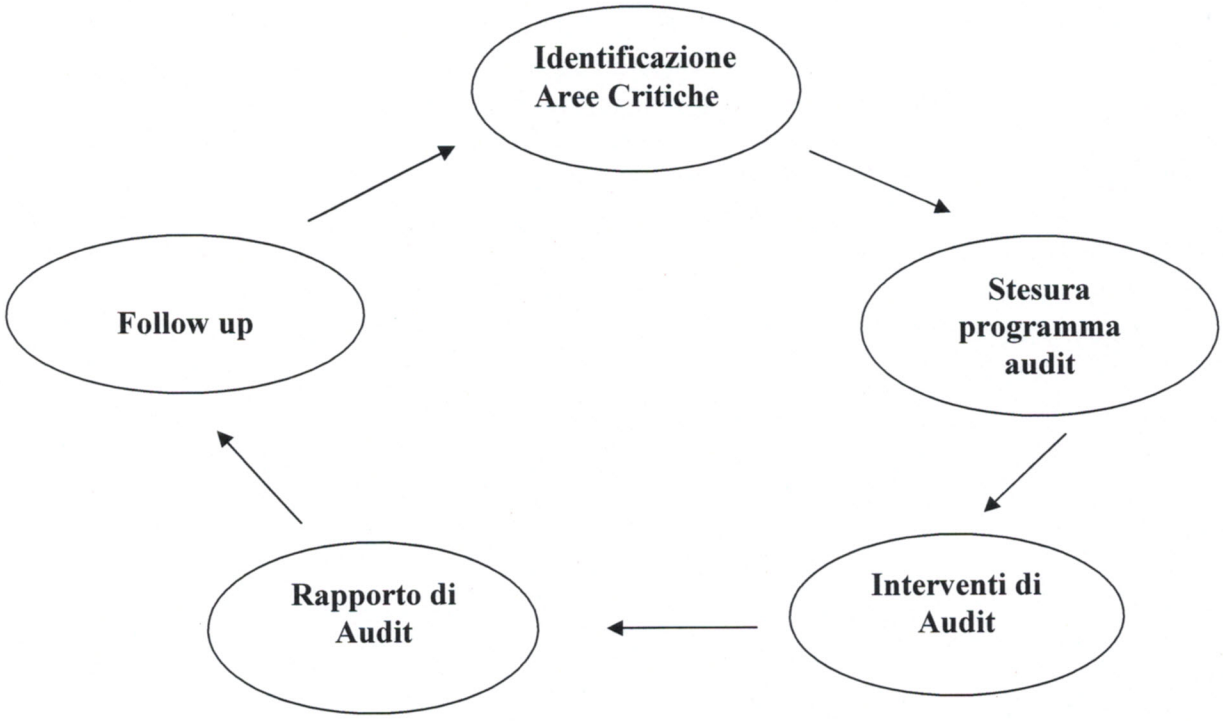
I Direttori/Responsabili delle varie UU.OO. sono tenuti ad evidenziare, per scritto, al GRAP:

• eventuali criticità evidenziatesi nella corretta applicazione delle procedure,
• proposte di modifica e/o di revisione

Il GRAP prende in carico, unitamente al Direttore/Responsabile della struttura, le revisioni delle procedure, potendo usufruire della collaborazione degli operatori appartenenti ai vari gruppi di lavoro che le hanno elaborate. Detta revisione dovrà essere consegnata alla Direzione strategica per la sua formale adozione nei tempi stabiliti nel rapporto finale di audit.

ART. 13
Ciclo di audit

Il ciclo dell'audit è rappresentato nello schema sotto riportato:



ART.14
Identificazione aree critiche

Obiettivo di questa fase è individuare le aree maggiormente critiche e potenzialmente esposte a rischio che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.
Si articola nelle seguenti fasi:

- identificazione dei rischi
- risk assessment

ART. 15
Identificazione dei rischi

Nella fase di avvio le Aree organizzative critico gestionali sono quelle individuate nel PAC:

1. Area Generale
2. immobilizzazioni
3. rimanenze
4. crediti e ricavi
5. disponibilità liquide
6. patrimonio netto
7. debiti e costi.

L'individuazione delle aree critiche è il risultato dell'analisi e valutazione di rilievi, richieste, indicazioni di organismi interni e/o esterni, di documenti e dati aziendali, di accadimenti che fanno emergere aree di rischio non adeguatamente presidiate.

ART.16
Risk assessment

Lo strumento metodologico adottato per il RA è la matrice di RACM che permette di valutare il rischio di probabilità di accadimento e di impatto.
RISCHIO: evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'azienda di perseguire gli obiettivi prefisasti dal management da misurare in termini di probabilità di accadimento e di impatto.

PROBABILITA: frequenza del manifestarsi del rischio o di possibile accadimento dell'evento negativo identificato

VALUTAZIONE DELLA PROBABILTA	
QUASI CERTO	è presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
MOLTO PROBABILE	La probabilità dell'evento è reale ma non con carattere di sistematicità
POCO PROBABILE	L'evento ha qualche probabilità di verificarsi nel periodo
RARO	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota

IMPATTO: livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare le strategie per il raggiungimento degli obiettivi aziendali – danno economico potenziale provocato dal manifestarsi dell'evento.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
GRAVE	Impatto rilevante per il raggiungimento obiettivi strategici
SIGNIFICATIVO	Impatto rilevante sulle attività operative e organizzazione
MODERATO	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi
IRRILEVANTE	Nessun impatto

La matrice di RACM è la seguente:

			IMPATTO			
PROBABILITA			**1**	**2**	**3**	**4**
			IRRILEVANTE	**MODERATO**	**SIGNIFICATIVO**	**GRAVE**
	4	Quasi certo	**M**	**A**	**E**	**E**
	3	Molto probabile	**M**	**M**	**A**	**E**
	2	Poco probabile	**B**	**M**	**M**	**A**
	1	raro	**B**	**B**	**M**	**A**

Legenda valutazione del rischio	
B	**Rischio basso**
M	**Rischio medio**
A	**Rischio alto**
E	**Rischio elevato**

La valutazione dei rischi si conclude con un rapporto riepilogativo conclusivo in cui vengono evidenziati i processi che, sulla base del rischio residuo, si ritiene prioritario analizzare. Il rapporto viene trasmesso alla Direzione strategica.

ART.17
Piano di Audit

In base al risultato del identificazione e valutazione dei rischi è predisposto il paino di audit che definisce ambiti di azione e tipologie di controlli da svolgere sulla base di:

- risultato processo valutazione rischi
- richieste della direzione strategica di ambiti specifici da valutare

Deve contenere le seguenti informazioni:

- definizione dei processi da sottoporre ad audit
- programmazione attività e tempi

Tale piano è definito annualmente e proposto alla direzione strategica per una formale approvazione.
Nel piano di Audit va specificato:

- il gruppo di audit
- la funzione, l'area e procedura coinvolta
- scopo verifica
- luogo della visita
- richiesta messa a disposizione di tutti gli elementi informativi utili
- crono programma dettagliato

ART.18
Interventi di Audit

Attraverso la notifica del Piano di Audit i soggetti interessati ricevono comunicazione dell'avvio dell'attività di audit.
E' contattata la struttura interessata per la fissazione di un appuntamento per la riunione di apertura.
Sono studiati gli obiettivi da perseguire, gli ambiti da coprire, i processi e le procedure da esaminare, la metodologia, il campione da verificare
E' redatto calendario dei lavori.
Il GRAP dovrà raccogliere evidenze necessarie a concludere l'audit. Se necessario sarà possibile effettuare più incontri, cui dovrà essere sempre presente il Direttore/Responsabile della struttura con i collaboratori dallo stesso individuati. La riunione è sempre formalizzata con apposito verbale.
Operativamente il GRAP potrà procedere come meglio ritiene es attraverso interviste, questionari, osservazione diretta, campionamenti etc.
A seguito dell'ultimo incontro sarà redatto rapporto finale di audit a cura del GRAP che dovrà specificare:

1. risultati dell'audit
2. rilevi del Direttore/Responsabile struttura
3. conclusioni del GRAP
4. azioni di miglioramento e/o revisione procedura

con dettagli circa le sedute di verifica, pianificazione di un followup, sintesi del livello di adeguatezza della procedura e dei suoi controlli.

ART.19
Follow up

E' la verifica successiva del GRAP circa l'esecuzione e messa in essere della eventuale procedura di revisione della procedura, delle correzioni suggerite, dei miglioramenti dopo un certo intervallo di tempo che sarà definitivo nel rapporto finale di audit.

ART.20
Archiviazione

Per ogni audit sarà creato un fascicolo che dovrà contenere tutta la documentazione utilizzata. Tale fascicoli resteranno agli atti d'ufficio del GRAP.

ART.21
Segnalazione eventuale danno erariale

Nel caso in cui durante l'attività di audit emergano ipotesi di responsabilità per danni causati alla finanza pubblica o solo la potenzialità lesiva il GRAP dovrà tempestivamente informarne la Direzione strategica che disposta l'istruttoria necessaria provvederà all'inoltro alla Procura Regionale c/o la Sez. giurisdizionale della Corte dei Conti

ART.22
Segnalazione eventuale denunzia penale

Nel caso in cui durante l'attività di audit venga acquisita notizia di reato penale chi ne è venuto a conoscenza predispone una relazione alla direzione strategica con evidenza e prove delle circostanze rappresentate. La stessa disposta l'istruttoria necessaria provvederà a trasmettere gli atti alla Procura della Repubblica.

ART.23
Norme finali e di rinvio

E' fatto obbligo ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori delle U.O.C. aziendali di vigilare, nelle strutture di propria competenza, sulla corretta applicazione dei processi amministrativo-contabili definiti nelle mappature, nonché di segnalare ogni eventuale variazione dovuta a successivi interventi normativi e/o a revisioni organizzative che coinvolgono i percorsi descritti.
Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento, si rimanda alle disposizioni legislative se ed in quanto applicabili in materia.

ART. 24
Entrata in vigore e pubblicità del presente regolamento

Dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, si intendono abrogate le precedenti disposizioni regolamentari in materia.