



REGIONE ABRUZZO  
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI  
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti  
C.F. e P. Iva 02307130696

**DELIBERAZIONE  
DEL  
DIRETTORE GENERALE**

N. 636 DEL 06 NOV. 2015

**DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA**

**OGGETTO: Costituzione "Gruppo di Auditor" per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC)-Aggiornamento 2015. Provvedimenti.**

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

Nella persona del Direttore Sanitario Aziendale, Dott. Pasquale Flacco, per i poteri a lui attribuiti ai sensi dell'art.3, comma 6, del vigente Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTA** l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing, in qualità di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, datata 6/11/2015;

**DATO ATTO** dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

**DELIBERA**

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

(Dott. Pasquale Flacco)



**Proposta di deliberazione**  
**per il**  
**Direttore Generale**

**OGGETTO: Costituzione “Gruppo di Auditor” per la Verifica Ispettiva Interna (Auditing) della corretta applicazione delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC)-Aggiornamento 2015. Provvedimenti.**

Il Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Sistema Informazione Comunicazione e Marketing, in qualità di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

**PREMESSO:**

- che la L. 190 del 6/11/2012 avente ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” ha introdotto nuove misure e migliorate quelle esistenti per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità all’interno della P.A.;
- che con delibera n° 400 del 28.3.13 è stata confermata la disposizione di servizio n. 10937 del 7/2/13 con la quale la Dott.ssa Giustinantonia Chieffo, Dirigente Responsabile della UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing è stata nominata quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza della Asl Lanciano Vasto Chieti;
- che con deliberazione n°57 del 29/01/2015, è stato approvato l’aggiornamento 2015 del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 al quale è stata data la massima diffusione in quanto è stato pubblicizzato nella home page del sito istituzionale e pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “altri contenuti – corruzione”.

**CONSIDERATO** che, il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che il P.T.P.C. “è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l’applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il P.T.P.C. non è un documento di studio o di indagine ma uno strumento per l’individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione”.

**CONSIDERATO ED EVIDENZIATO:**

- che è necessario determinare, per ciascuna area di rischio, le esigenze di intervento utile a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi con l’indicazione di modalità, responsabili e tempi di attuazione e che, pertanto, nell’ambito del PTPC per ciascuna area di rischio debbono essere indicate le misure di prevenzione da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi;

- che con l'aggiornamento 2015 del PTPC aziendale è stato implementato il sistema di contrasto e di prevenzione ai fenomeni corruttivi attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di ulteriori misure specifiche, riportate in apposite tabelle allegato al Piano, in cui vengono elencate tutte le misure previste, che si distinguono in misure obbligatorie, quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative e misure ulteriori, quelle che pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel P.T.P.C.. Esse si inseriscono nella più specifica attività di gestione del rischio di corruzione che si attua, appunto, con misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, secondo specifici monitoraggi e un'azione diretta in materia di prevenzione da parte del responsabile anticorruzione, coadiuvato e affiancato dai Referenti e da tutti i Dirigenti/Responsabili di strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi. Infatti, è necessaria una attenta e rigorosa applicazione delle procedure di verifica delle attività, stabilendo regole e condotte per l'attuazione di un modello organizzativo interno che permetta di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e, quindi, faciliti l'osservanza delle stesse e conseguentemente la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione come richiesto dalla legge n. 190/2012.

#### **RITENUTO NECESSARIO :**

- ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione delle misure previste nel P.T.P.C. , attraverso un dialogo con le U.O. coinvolte risultate a rischio rilevante/critico, al fine di avere contezza dello stato di applicazione delle misure, per avviare un processo documentato di miglioramento continuo attraverso la verifica ispettiva interna (auditing) che costituisce l'elemento azione/correzione del PTPC, secondo la procedura che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale ;
- istituire un flusso informativo che faccia pervenire al Responsabile anticorruzione gli esiti dei diversi controlli (Audit) condotti all'interno dell'Azienda, affinché tali informazioni possano rappresentare uno strumento per l'aggiornamento del PTPC;

**RAVVISATA**, pertanto, l'esigenza della costituzione di un Gruppo di Auditor incaricato di condurre l'Audit, per avviare un processo attraverso il quale verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPC viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi;

**RITENUTO** di affidare la responsabilità organizzativa del Gruppo alla Dott.ssa Laura Ottaviani in quanto già Responsabile aziendale dell'Audit e Marketing Sociale;

**SENTITO** per le vie brevi il personale costituente il suddetto Team di lavoro che è stato individuato previa acquisizione di disponibilità da parte del dipendente e del Direttore dell'U.O. al quale afferisce, si individuano i seguenti componenti:

- Dr.ssa Laura Ottaviani (Collaboratore Amministrativo UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing)
- Dr. Arturo Di Girolamo (Dirigente Medico UOC Qualità Accreditamento e Risk Management)
- Dr. Di Sciascio Antonio (Dirigente Amministrativo UOC Ingegneria Clinica)

- Dr.ssa Gina Fratta (Collaboratore Amministrativo UOC Governo dei Contratti Servizi e Forniture)
- Sig.ra Paola Zappacosta (Assistente Amministrativo Staff-Sviluppo Strategico);

**PRECISATO:**

- che il Gruppo di Lavoro, sotto il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione, opera su richiesta dello stesso;
- che, per la delicatezza dei compiti e delle funzioni ad esso affidati è tenuto a svolgere il proprio lavoro con onestà, diligenza e responsabilità, prevedendo casi di astensione, nell'eventualità di ipotetici conflitti di interesse;
- che i soggetti così come identificati risultano essere tutti in possesso di competenze multidisciplinari;
- che sarà strutturato con un numero di tre Auditor per verifica (il Responsabile coadiuvato da due componenti);

**RITENUTO** di dover conferire al presente atto l'immediata esecutività stante la necessità di dare celere attuazione alle verifiche ispettive interne (auditing);

**PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:**

*per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,*

**DI ISTITUIRE** il Gruppo di Auditor nella seguente composizione:

- Dr.ssa Laura Ottaviani (Collaboratore Amministrativo UOSD Sistema Informazione Comunicazione e Marketing)
- Dr. Arturo Di Girolamo (Dirigente Medico UOC Qualità Accreditamento e Risk Management)
- Dr. Di Sciascio Antonio (Dirigente Amministrativo UOC Ingegneria Clinica)
- Dr.ssa Gina Fratta (Collaboratore Amministrativo UOC Governo dei Contratti Servizi e Forniture)
- Sig.ra Paola Zappacosta (Assistente Amministrativo Staff-Sviluppo Strategico);

**DI APPROVARE** la procedura con la quale si definiscono le modalità di svolgimento, all'interno della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, delle verifiche ispettive interne (auditing) per verificare le attività delle singole U.O. e se quanto previsto nel PTPC viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

**DI DARE ATTO** che il personale costituente il suddetto Team di lavoro, individuato previa acquisizione di disponibilità da parte del dipendente e del Direttore dell'U.O. al quale afferisce, svolgerà la propria attività secondo la procedura allegata;

**DI PRECISARE** altresì che i compiti e le attività del Gruppo di Lavoro sono:

- ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione delle misure previste nel PTPC, attraverso un dialogo con le U.O. coinvolte risultate a rischio rilevante/critico, al fine di avere contezza dello stato di applicazione delle misure, per avviare un processo

documentato di miglioramento continuo attraverso la verifica ispettiva interna (auditing), secondo la suddetta procedura;

- istituire un flusso informativo che faccia pervenire al Responsabile anticorruzione gli esiti dei diversi controlli (Audit) condotti all'interno dell'Azienda, affinché tali informazioni possano rappresentare uno strumento per l'aggiornamento del PTPC;

**DI CONFERIRE** al presente atto l'immediata esecutività per i motivi espressi in narrativa;

**DI TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai componenti il "Gruppo di Auditor" nonché a tutte le Unità Operative coinvolte nel vigente Piano Anticorruzione Aziendale;

**DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line di questa ASL, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009 n°69 nonché sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "corruzione" presente nella home-page.

La presente proposta di deliberazione consta di n.6 pagine e di n. 1 allegato.

L'Istruttore e Responsabile del Procedimento  
(Dott.ssa Laura Ottaviani)

Il Responsabile dell'U.O.S.D.  
che attesta la legittimità e la regolarità dell'atto  
(Dott.ssa Giustiantonia Chieffo)

Data 6/11/2015

Data 6/11/2015

Firma Laura Ottaviani

Firma J. Chieffo

### CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n..... del bilancio (anno)

Il Direttore/Responsabile U.O. \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

### RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

\_\_\_\_\_

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

10 NOV. 2015

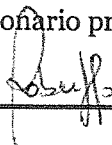
con prot. n. 53311

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto





# Piano Auditing

## PROTOCOLLO OPERATIVO

### INDICE:

1. Premessa
2. Definizioni
3. Campo di applicazione
4. Obiettivi dell'attività di auditing
5. Ruoli e responsabilità
6. Programmazione
7. Esecuzione dell'audit
8. Rapporto di audit

# Sistema di Prevenzione della Corruzione - Attività di Auditing

---

## 1. PREMESSA

L'introduzione del Sistema di Auditing Interno assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema dei controlli interni finalizzati alla prevenzione del rischio di corruzione.

Il modello di Internal Auditing (IA) è radicato nel sistema di gestione del Rischio di corruzione e trova il suo riferimento negli Standard emessi dall' Institute of Internal Auditors (IIA) e nelle relative Guide Interpretative finalizzate a sostenere la diffusione della cultura del Risk Management, del controllo interno e della governance.

L'attività di IA seguirà i principi per la gestione del rischio secondo le linee guida della norma UNI EN ISO 19011:2012. che è applicabile in qualsiasi contesto (impresa pubblica o privata, gruppo o individuo singolo, ecc..).

- La gestione del rischio non può prescindere da una valutazione specifica della struttura a cui si riferisce, tenendo in considerazione il contesto interno (quindi la struttura organizzativa dell'Ente, i ruoli, le responsabilità, le politiche, gli obiettivi e le strategie messe in atto per conseguirli, il capitale umano e le conoscenze in essere, i flussi informativi, ecc...).
- La gestione del rischio tiene conto in modo esplicito dell'incertezza e del modo di affrontarla (l'incertezza è essa stessa intrinseca al rischio). Per raggiungere tale scopo, la gestione del rischio deve essere sistematica, strutturata, tempestiva, basata sulle migliori informazioni possibili, su misura e trasparente.
- La gestione del rischio deve essere quindi dinamica e rispondere cioè in modo adeguato al cambiamento continuo: strumento idoneo a tale scopo è il monitoraggio e il riesame, al fine di far emergere eventualmente nuovi rischi o modificarne/eliminarne alcuni, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'Amministrazione (cd audit tecnico operativo).
- L'approccio sopra delineato permette di cogliere così le interrelazioni presenti tra le diverse attività svolte e di integrare metodologie e strumenti diversi per un'efficace ed efficiente azione di controllo per l'attuazione delle misure di contenimento dei rischi, nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione, in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione e al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione(PTPC)



## Sistema di Prevenzione della Corruzione - Attività di Auditing

2014-2016- aggiornamento 2015. Infatti è fondamentale determinare, per ciascuna area di rischio trattata, le esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi con l'indicazione di modalità, responsabili e tempi di attuazione e che, pertanto, nell'ambito del PTPC per ciascuna area di rischio debbono essere indicate le misure di prevenzione necessarie per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi.

- Consente, inoltre, nell'ottica della creazione del valore, un costante presidio del sistema di controllo interno e dei rischi che possono compromettere la capacità di raggiungimento degli obiettivi dell'ente. Infatti, è necessaria una attenta e rigorosa applicazione delle procedure di verifica delle attività, stabilendo regole e condotte per l'attuazione di un modello organizzativo interno che permetta di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e, quindi, faciliti l'osservanza delle stesse e conseguentemente la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione come richiesto dalla legge n. 190/2012.

Poiché l'attività dell'Auditing Interno fa propri i risultati e i metodi di gestione del rischio di corruzione, essa si svolgerà monitorando l'efficace e corretta gestione delle azioni di risposta ai rischi attivate in base alle priorità emerse; pertanto, saranno verificati i processi, i sistemi, le operazioni, le funzioni e le attività programmate per mitigare ed eliminare i rischi identificati, tenendo conto di possibili evoluzioni dello scenario di contesto e dell'ambiente organizzativo.

Per salvaguardarne l'indipendenza e l'autonomia, è importante prevedere un adeguato assetto organizzativo della funzione di IA.

Inoltre, le attività di IA devono essere condotte in accordo con il codice di comportamento dell'ente che rappresenta la prima barriera predisposta dall'organizzazione allo scopo di assicurare un'efficace attività di prevenzione, rilevazione e contrasto di violazioni delle leggi e delle disposizioni regolamentari applicabili alle attività svolte.

Monitorare l'effettiva attuazione  
dei Protocolli Operativi



Audit di conformità/processo

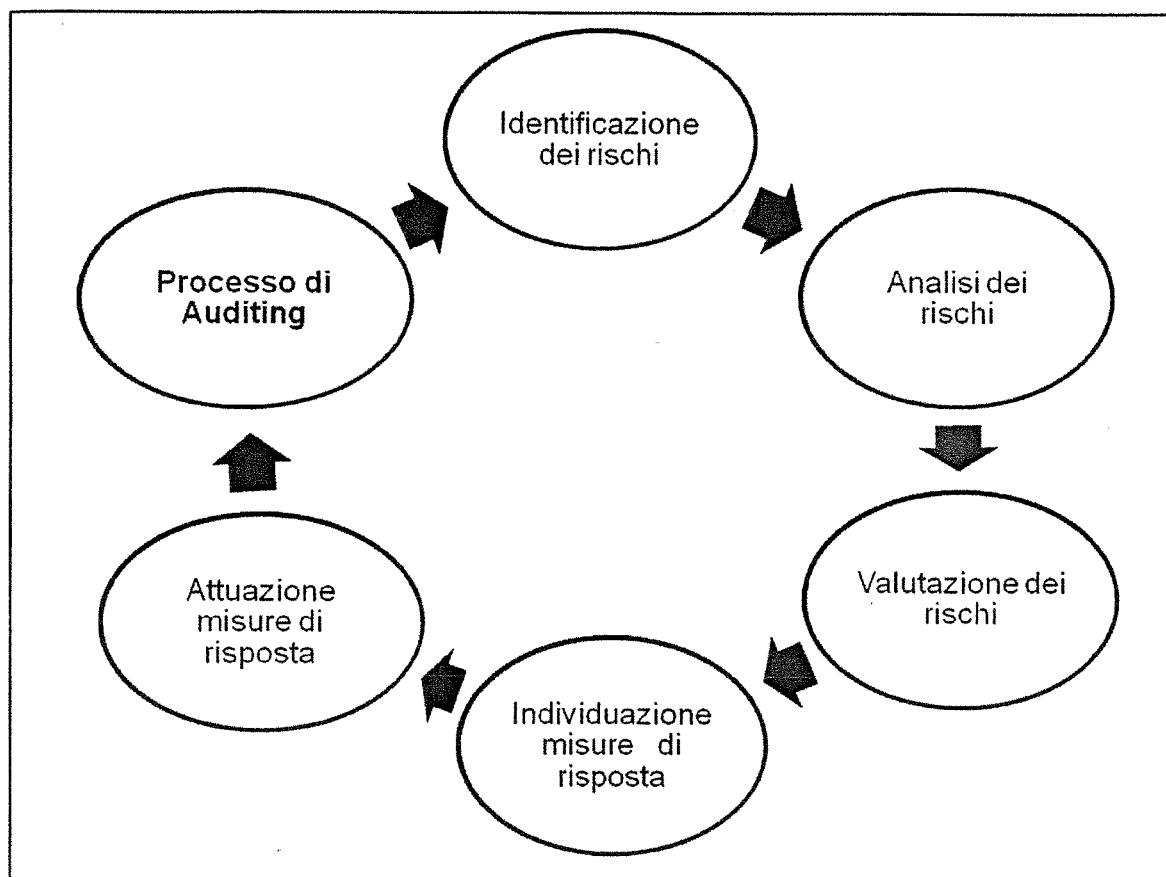
Ottica di miglioramento continuo



Audit tecnico operativo

## Sistema di Prevenzione della Corruzione - Attività di Auditing

Il Risk Management del Sistema di Prevenzione della Corruzione dell'ASL 2 Abruzzo può essere descritto nelle fasi seguenti:



### 2. DEFINIZIONI

**Audit:** strumento di gestione comprendente una valutazione sistematica, documentata, periodica e obiettiva delle prestazioni dell'organizzazione, del sistema di gestione e dei processi destinati alla realizzazione dei servizi, al fine di facilitare il controllo gestionale dei comportamenti che possono avere un impatto sul contesto operativo, e valutare la conformità in termini di efficienza/efficacia, compresi gli obiettivi e i target dell'organizzazione.

**Ciclo di audit:** periodo in cui tutte le attività di una data organizzazione sono sottoposte ad audit (piano annuale)

**Auditor:** individuo del Team, appartenente al personale dell'Azienda, dotato delle competenze necessarie e sufficientemente indipendenti dall'attività che controlla per esprimere un giudizio obiettivo.

**Non conformità:** non soddisfacimento di un requisito specifico.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'attività di auditing avrà ad oggetto le attività delle UO che, nella prima fase ed in quella di integrazione effettuata nel corso dell'aggiornamento annuale del piano, sono state esaminate da parte dei Responsabili delle strutture, coadiuvati dal referente individuato per la rispettiva area, attraverso l'elaborazione di apposite "schede di descrizione di un potenziale evento di corruzione" e descritte nella tabella inserita nel PTPC 2014-2016- aggiornamento 2015, approvato con deliberazione n°57 del 29.01.2015, in cui sono individuati le strutture coinvolte, i singoli processi esposti al rischio del verificarsi del fenomeno corruttivo ed il relativo livello di rischio .

### 4. OBIETTIVI DELL'ATTIVITA' DI AUDITING

Lo scopo di questa procedura è descrivere l'attività di Auditing Interno i cui Obiettivi sono:

- 1) Verificare la corretta applicazione ed efficacia delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) vigente;
- 2) assicurare che gli audit interni siano accuratamente pianificati e che l'esito di tali audit sia documentato.

L'attività di auditing dovrà quindi verificare la conformità degli atti/processi alle norme e alle procedure introdotte (cd. auditing di conformità/qualità), nonché valutare l'adeguatezza, l'affidabilità e la funzionalità dei processi in relazione alle finalità perseguite e il grado di conoscenza delle procedure da parte dei dipendenti coinvolti, nell'ottica di un miglioramento continuo e di un affinamento delle attività in essere (cd. auditing tecnico-operativo).

L'attività di auditing potrà quindi evidenziare eventuali problemi organizzativi, formativi e procedurali che potranno portare alla formulazione di eventuali raccomandazioni necessarie per orientare le azioni e innovazioni necessarie per risolvere le criticità riscontrate.

Le raccomandazioni, da indirizzare ai Dirigenti interessati, verranno preventivamente condivise con la Direzione Generale.

### 5. RUOLI E RESPONSABILITA'

Il servizio di auditing è gestito dal **Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC)** che funge da coordinatore degli audit e si occupa di organizzare il piano annuale dei medesimi, all'interno del quale sono esplicitamente riportati: le date di svolgimento dell'audit, l'obiettivo dell'audit, i criteri dell'audit e le aree coinvolte nella verifica. Inoltre, valuta eventuali azioni correttive/miglioramenti da apportare sulla base delle risultanze del processo di audit.

Il Piano degli audit verrà annualmente condiviso con la Direzione Generale e farà parte dell'aggiornamento annuale del PTPC, in modo da rendere così maggiormente trasparente l'attività medesima.

I **Dirigenti** dei Servizi interessati rivestono un ruolo molto importante all'interno del processo in quanto:

- devono garantire e assicurare che l'attività di auditing venga svolta nel migliore dei modi possibili;
- proporre eventuali soluzioni correttive e dare attuazione alle eventuali raccomandazioni ricevute;
- individuare all'interno del proprio servizio un collaboratore che possa fungere da punto di riferimento per gli auditor.

La responsabilità della conduzione dell'audit viene affidata al "**gruppo di auditor**" (coordinato da un Capo Team). Il gruppo dovrà operare in posizione di imparzialità e obiettività rispetto all'attività verificata. Inoltre deve avere capacità di gestione, conoscenze tecniche (con particolare riferimento alla normativa, ed ai procedimenti di carattere amministrativo, etc..) e conoscenza delle dinamiche di processo caratterizzanti l'azione amministrativa sottoposta ad audit.

Proprio per il ruolo di terzietà che l'auditor deve ricoprire, i dipendenti dell'Azienda che effettueranno l'attività di auditing non devono avere alcuna diretta responsabilità nell'esecuzione della attività soggette a verifica.

### 6. PROGRAMMAZIONE

Il RPC, dopo l'aggiornamento annuale del PTPC, prepara/aggiorna il Programma delle Verifiche Ispettive, utilizzando il Mod. 001 "Piano Verifiche Ispettive".

Per la redazione del Piano, il RPC deve tenere conto che tutte le U.O. individuate nel PTPC risultate a Rischio "rilevante/critico", devono essere verificate almeno una volta, nel corso dell'anno.

## Sistema di Prevenzione della Corruzione - Attività di Auditing

La Direzione Generale è responsabile dell'attivazione del programma delle verifiche ispettive interne, approvando il Piano o il suo aggiornamento che verrà pubblicato a cura del RPC.

L'attività di audit verrà effettuata presso ciascuna UO su un campione di azioni identificato per singolo procedimento e differenziato sulla base del numero totale delle pratiche trattate e del grado di difficoltà.

### **7. ESECUZIONE DELL'AUDIT**

L'attività di audit inizia con una comunicazione di avvio della procedura che viene inviata a cura del RPC con congruo anticipo (almeno 15 giorni prima), indicante la data di esecuzione della verifica comunicando al Dirigente di UO i nominativi del team audit di verifica, affinché possa pianificare l'impegno e garantire la relativa disponibilità.

Verranno così definiti con massima chiarezza gli obiettivi che dovranno essere raggiunti ed indicati i documenti oggetto di analisi.

Una volta individuate le pratiche oggetto di Auditing, gli auditor procederanno con la verifica, attraverso il riscontro dell'evidenza oggettiva della conformità degli aspetti esaminati ai processi e ai documenti di riferimento.

Le risultanze sono attestate, con riferimento ai documenti esaminati (identificazione dei documenti o delle parti esaminate, nomi delle persone contattate, ecc), assegnando ad ogni Requisito previsto il giudizio "OK", a raccomandazione/Oportunità di Miglioramento "OM", a Non Conformità "NC" (a seconda che vi sia o meno il soddisfacimento di uno specifico requisito.), definito nel questionario allegato al "Rapporto di Verifica Ispettiva" Mod. 002 (è necessario giustificare i requisiti non applicabili).

Ogni audit può svolgersi secondo modalità e tempi diversi, soprattutto in ragione delle caratteristiche quanti-qualitative dei procedimenti oggetto della verifica.

Tuttavia ogni audit interno deve includere le seguenti attività:

- valutare lo stato di risoluzione delle evidenze emerse durante l'effettuazione degli audit interni precedenti nonché di eventuali verifiche esterne;
- effettuare colloqui con il personale al fine di valutare se le procedure ed i documenti di interesse del sistema di gestione sono conosciuti, disponibili, compresi ed attuati dal personale;
- esaminare la documentazione prodotta (anche con metodi di campionamento) comprese le procedure gestionali e quelle operative utilizzate dall'organizzazione, accertando:

---

## Sistema di Prevenzione della Corruzione - Attività di Auditing

---

1. l'adeguatezza e la completezza delle procedure;
2. l'applicazione sistematica e il costante aggiornamento;
3. l'accessibilità, la conoscenza e la comprensione da parte di tutti i livelli operativi coinvolti.

Il team auditor formalizza il risultato della verifica ispettiva e le eventuali non conformità rilevate e/o osservazioni/raccomandazioni sul Mod. 002 "Rapporto di Verifica Ispettiva" e lo invia al Dirigente della UO interessata e al RPC.

### 8. RAPPORTO DI AUDIT

Gli originali dei "Rapporto di Verifica Ispettiva" sono archiviati dal RPC che utilizza i dati in essi contenuti per tenere informata la Direzione Generale sull'efficacia del PTPC e per la redazione della Relazione annuale.

Il RPC registra le Non Conformità e le Opportunità di Miglioramento rilevate in sede di audit e ne monitora l'effettiva esecuzione, in termini di correttezza, completezza ed efficacia, che può essere accertata in sede di successivo audit o alla acquisizione di evidenza di effettiva risoluzione. In caso di eventuali problemi od insuccessi, viene concordata una nuova azione correttiva e/o uno studio approfondito del problema.

La definizione e l'attuazione delle azioni correttive per risolvere le non conformità rilevate nel corso degli audit è compito dell'organizzazione verificata.

Il Gruppo di audit ha il solo compito di rilevare le non conformità: la sua responsabilità nell'individuazione delle azioni correttive è limitata ad eventuali suggerimenti sul tipo di azioni da intraprendere.

I Piani di Verifica Ispettiva sono conservati dal RPC almeno per cinque anni.

