



**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA**  
**POLICLINICO "G.RODOLICO-SAN MARCO"**  
**CATANIA**

**MANUALE**  
**"INTERNAL AUDIT"**

*Allegato alla Deliberazione n. **2558** del **30 DIC 2021***



# INDICE

1.	<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
2.	<b>SCOPO ED OGGETTO DEL MANUALE.....</b>	<b>3</b>
3.	<b>ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPITI .....</b>	<b>3</b>
3.1	Assetto organizzativo della funzione di Internal Auditing.....	3
3.2	Compiti della funzione di Internal Auditing .....	4
4.	<b>PROCESSO DI INTERNAL AUDITING .....</b>	<b>4</b>
4.1	Tipologia di controlli.....	4
4.2	Il ciclo di Audit .....	5
4.2.1	<i>Risk Assessment</i> .....	5
4.2.2	<i>Stesura del Piano di audit</i> .....	7
4.2.3	<i>Interventi di audit</i> .....	8
4.2.4	<i>Archiviazione della documentazione di audit</i> .....	9
4.2.5	<i>Follow-up</i> .....	9
5.	<b>PRINCIPI ETICI, REGOLE DI CONDOTTA E STANDARD INTERNAZIONALI .....</b>	<b>10</b>
5.1	Principi etici .....	10
5.2	Denuncia di danno erariale .....	10
5.3	Denuncia penale.....	10
6.	<b>RAPPORTI CON ALTRI ORGANI INTERNI E CON L'ESTERNO.....</b>	<b>11</b>
6.1	Organi e Funzioni aziendali.....	11
6.2	Entità esterne.....	11
7.	<b>MODALITÀ E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO DEL MANUALE DI I.A.....</b>	<b>12</b>
8.	<b>ALLEGATI.....</b>	<b>12</b>



## **1. INTRODUZIONE**

Con deliberazione del Direttore Generale n.1176 del 19/06/2020 è stata istituita l'UOS Internal Auditing in Staff alla Direzione Generale, attribuendo alla stessa i compiti di attuazione delle procedure di controllo e verifica finalizzate al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.

L'Internal Audit (di seguito denominato per brevità I.A.) svolge un'attività indipendente ed 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 migliorare e valutare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di Governo dell'ente.

## **2. SCOPO ED OGGETTO DEL MANUALE**

Il presente manuale descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di Internal Auditing per l'attività di auditing sui processi aziendali dell'AOU Policlinico "G.Rodolico – San Marco".

I destinatari del Manuale sono il Responsabile della funzione di Internal Auditing, la Direzione Strategica, tutte le Direzioni, Strutture e Servizi dell'AOU Policlinico "G.Rodolico – San Marco" interessati dall'attività di audit.

Il contenuto del manuale stesso potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di audit.

## **3. ORGANIZZAZIONE, RESPONSABILITÀ E COMPITI**

### **3.1 Assetto organizzativo della funzione di Internal Auditing**

La funzione di Internal Auditing è svolta all'interno dell'Azienda da un Responsabile, individuato con apposita deliberazione.

Per lo svolgimento di ciascun audit l'I.A. si avvale di personale della struttura le cui competenze professionali sono più attinenti al tema e al processo da verificare.

In relazione a questioni specialistiche che non costituiscono necessariamente patrimonio dell'I.A., il direttore della struttura richiede il supporto di esperti tecnici, appartenenti a specifiche professionalità, esclusivamente aziendali, che sono tenuti a prestare la loro collaborazione secondo modalità concordate con i direttori delle strutture di appartenenza. Gli esperti tecnici che collaborano con il team operano e svolgono le loro valutazioni limitatamente all'ambito professionale di competenza.

Ciascuna professionalità assicura, per gli audit ai quali è designato a partecipare, l'insussistenza di

conflitti di interessi. Qualora uno di essi sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell'attività oggetto di analisi, l'I.A., può valutare la sostituzione dello stesso con una diversa figura aziendale, nei principi di obiettività, trasparenza ed imparzialità che sottendono la funzione di I.A.

Alla funzione di I.A. devono essere resi disponibili ed accessibili le informazioni, i rilievi e tutta la documentazione proveniente da strutture interne e da organi ed organismi di controllo interni ed esterni all'Azienda.

### 3.2 Compiti della funzione di Internal Auditing

Alla funzione di Internal Auditing compete:

- ✓ assistere la Direzione nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- ✓ coordinare e pianificare l'attività di audit;
- ✓ coadiuvare i responsabili delle strutture *auditate* nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio;
- ✓ predisporre il piano annuale di audit e stendere insieme al gruppo di lavoro il rapporto di audit;
- ✓ eseguire gli audit programmati e i relativi follow-up;
- ✓ 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 esistenti;
- ✓ curare la redazione del presente Manuale e dei suoi aggiornamenti qualora se ne verificano i presupposti;
- ✓ tenere l'archivio della documentazione e delle evidenze necessarie a supporto dell'attività di audit.

## 4. PROCESSO DI INTERNAL AUDITING

### 4.1 Tipologia di controlli

L'attività di Internal Auditing, riferita ai principali obiettivi del controllo interno nelle aziende, assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

- ✓ conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore, conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne, adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: **audit di conformità (compliance audit)**;
- ✓ efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: **audit operativo (operational audit)**;
- ✓ attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): **audit finanziario-contabile (financial audit)**.

Ulteriori tipologie di audit sono:

- ✓ **IT audit:** per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali e alle normative vigenti (es. livelli di sicurezza ed affidabilità);
- ✓ **Audit direzionale:** per analizzare definizione e livello di condivisione aziendale degli obiettivi strategici e rischi correlati e verificare nel tempo la coerenza dei comportamenti gestionali rispetto a tali obiettivi;
- ✓ **Follow up:** per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni concordate a seguito di osservazioni formulate durante interventi precedenti.

## 4.2 Il ciclo di Audit

Il processo legato alle attività della funzione di I.A. può essere sintetizzato nelle seguenti fasi:

- ✓ Risk assessment
- ✓ Stesura del Piano di audit
- ✓ Interventi di audit
- ✓ Archiviazione della documentazione di audit
- ✓ Follow-up

### 4.2.1 Risk Assessment

Al fine di formulare il Piano annuale di audit si procede preliminarmente all'identificazione delle aree critiche. L'obiettivo di questa fase è quello di individuare le aree (funzioni, processi, etc.) maggiormente critiche, e quindi potenzialmente esposte a rischi, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

La Funzione di I.A. adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto.

Per "probabilità di accadimento", in tal sede si è voluto intendere la possibilità che l'evento negativo identificato si verifichi, tenuto conto di quanto indicato al paragrafo precedente, dell'effetto dei controlli aziendali esistenti nonché della percezione acquisita in merito agli stessi all'esito delle attività di auditing condotte dall'I.A.

Ai fini della valutazione dei rischi, si considerano cinque livelli di probabilità di accadimento:

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	
<b>MOLTO PROBABILE</b>	È presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (ad es. anno)
<b>PROBABILE</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità
<b>POSSIBILE</b>	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo e si è verificato in realtà analoghe
<b>IMPROBABILE</b>	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota ove l'evento negativo si può generare solo in particolari circostanze
<b>IMPOSSIBILE</b>	Evento negativo mai o raramente verificatosi o verificabile

Con il termine “impatto”, invece, si intende la misura in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento degli obiettivi e delle strategie in termini di danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno). Ai fini della valutazione dei rischi, si considerano cinque livelli di possibile impatto:

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
<b>ELEVATO</b>	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali o sulle attività operative dell'organizzazione che rende necessario un presidio prioritario e costante
<b>ALTO</b>	Impatto rilevante sull'efficienza e adeguatezza della strategia aziendale o sulle attività operative dell'organizzazione
<b>MEDIO</b>	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda che influenzano l'efficiente conduzione dell'attività e in quanto tali meritevoli di considerazione
<b>BASSO</b>	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi, che non genera priorità di intervento
<b>IMMATERIALE</b>	Conseguenze praticamente nulle sull'attività e sugli obiettivi

Lo strumento metodologico utilizzato per definire lo “scoring” del rischio e dunque il livello di rischio in cui l'Azienda incorre è rappresentato dalla matrice RACM (Risk Assessment Control Matrix).

Il livello di rischio può essere misurato in termini di probabilità di accadimento e di impatto, secondo la seguente equazione:

$$\text{RISCHIO} = \text{PROBABILITA}' \times \text{IMPATTO}$$

Attribuendo un valore a ciascun livello di probabilità di accadimento e di impatto e applicando la proporzione suddetta nell'ambito della matrice RACM, si ottengono i seguenti scoring.

RACM - Risk Assessment Criteria Matrix			IMPATTO				
			1	2	3	4	5
PROBABILITA'	5	MOLTO PROBABILE	IMMATERIALE	BASSO	MEDIO	ALTO	ELEVATO
	4	PROBABILE	5	10	15	20	25
	3	POSSIBILE	4	8	12	16	20
	2	IMPROBABILE	3	6	9	12	15
	1	IMPOSSIBILE	2	4	6	8	10
			1	2	3	4	5

Definiti in tal modo il rischio, la probabilità di accadimento e l'impatto, la matrice di RACM, in termini qualitativi, è la seguente:

RACM - Risk Assessment Criteria Matrix			IMPATTO				
			1	2	3	4	5
PROBABILITA'	5	MOLTO PROBABILE	IMMATERIALE	BASSO	MEDIO	ALTO	ELEVATO
	4	PROBABILE	BASSO	MEDIO	ALTO	ELEVATO	ELEVATO
	3	POSSIBILE	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO
	2	IMPROBABILE	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
	1	IMPOSSIBILE	REMOTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

In fase di avvio dell'attività di I.A., l'individuazione delle aree critiche dell'Azienda coincide con le Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC):

- A) Generale,
- D) Immobilizzazioni,
- E) Rimanenze,
- F) Crediti e Ricavi,
- G) Disponibilità Liquide,
- H) Patrimonio Netto,
- I) Debiti e Costi.

Altra modalità per individuare le aree critiche è l'analisi e la valutazione delle Fonti interne ed Esterne (ad es. Verbali del Collegio sindacale, confronto con l'ufficio Legale, richiesta di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero, della Regione, etc.), ossia dell'insieme dei rilievi/richieste/indicazioni che provengono da strutture interne e/o organismi esterni all'Azienda, dell'esito di analisi di documenti e dati aziendali, degli accadimenti di fatti dai quali emergano aree di rischio non adeguatamente presidiate.

#### *4.2.2 Stesura del Piano di audit*

Le attività di audit sono pianificate sulla base dei rischi prioritari individuati con il Risk Assessment.

La Pianificazione triennale delle attività di audit, approvata dal Direttore Generale, evidenzia l'area di riferimento (che in questa prima fase coincide con le aree previste dal PAC), la tipologia di audit (normativo/operativo/documentale), l'unità operativa coinvolta e la distribuzione delle attività nel triennio considerato.

Il Piano annuale di audit, anch'esso approvato con provvedimento del Direttore Generale, definisce le azioni e/o procedure che saranno verificate nell'anno, con calendario trimestrale.

Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni; eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

Eventuali interventi speciali, richiesti dalla Direzione Generale, dovranno essere pianificati in modo da rispondere nel modo più esaustivo possibile alle esigenze da questiespresse.

Nel caso in cui l'analisi della procedura oggetto dell'audit emerga la necessità di sviluppare l'attività di verifica attraverso successivi audit di processi correlati, la pianificazione di tali interventi verrà effettuata dal Responsabile della funzione di Internal Auditing.

#### 4.2.3 *Interventi di audit*

L'avvio dell'attività di audit viene comunicato al soggetto/Unità operativa *auditata* con nota scritta.

L'I.A. dovrà preliminarmente definire gli obiettivi dell'intervento, l'ambito di copertura, i processi e le procedure da esaminare, le caratteristiche del campione da sottoporre a test e l'eventuale distribuzione dei compiti nell'ambito del gruppo di audit appositamente costituito per la verifica specifica.

L'I.A. ed il suo gruppo devono conseguire una piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati. Devono, inoltre, comprendere in che modo ciascun processo influisca sul conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica.

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

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

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

Conclusa la fase di esecuzione dell'audit sul campo, il team di audit predisponde un rapporto preliminare che riassume le constatazioni formulate in fase di analisi di processo. Il rapporto preliminare viene inviato per la condivisione al responsabile della Struttura *auditata*.

Le constatazioni contenute nel rapporto preliminare sono discusse dal team di audit e dal Responsabile e referenti della Struttura *auditata* in un incontro da svolgersi entro pochi giorni dall'invio del rapporto preliminare.

L'incontro è volto a valutare l'importanza delle eventuali non conformità rilevate nel corso dell'audit in relazione agli obiettivi programmati e le misure necessarie per conseguire un livello accettabile di rischio delle operazioni. In caso di mancata condivisione di uno o più aspetti del rapporto, il punto di vista della Struttura *auditata* dovrà essere documentato nel rapporto definitivo.

In sostituzione potrà essere svolto contraddittorio in forma scritta se la complessità degli aspetti controversi lo richiede oppure qualora risulti impossibile tenere tempestivamente l'incontro di chiusura.

Dopo la condivisione con le strutture *auditate*, si provvede alla stesura del rapporto di audit

definitivo.

#### 4.2.4 Archiviazione della documentazione di audit

Relativamente alla documentazione prodotta e raccolta nel corso delle verifiche, tutto questo materiale deve essere conservato per consentire la ricostruzione del lavoro svolto e di giustificare e supportare le conclusioni raggiunte.

La documentazione a corredo delle attività svolte dalla Funzione di I.A. deve consentire di:

- verificarne la correttezza e pertinenza;
- supportare il riesame dell'intervento e la pianificazione ed esecuzione delle future verifiche;
- facilitare il riesame dell'intervento da parte di terze parti.

La documentazione da raccogliere comprende:

- la documentazione relativa alla pianificazione dell'intervento di audit (es. campionamento);
- il rapporto dell'intervento di audit;
- la documentazione acquisita dall'unità oggetto di controllo;
- le evidenze raccolte perché ritenute rilevanti ed atte a supportare le valutazioni effettuate e il giudizio finale;
- l'evidenza delle conformità, delle anomalie rilevate, delle conclusioni e delle raccomandazioni;
- l'evidenza circa la corrispondenza interna connessa con lo svolgimento delle attività di verifica (mail, comunicazioni, ecc.).

#### 4.2.5 Follow-up

E' la fase in cui viene verificata l'esecuzione delle azioni di miglioramento e delle correzioni suggerite e contenute nel rapporto di audit definitivo.

Il follow-up è indicato nel rapporto di audit definitivo e programmato nei successivi Programmi di audit.

Il Team di audit definisce il livello di approfondimento e la tempistica del follow-up sulla base dei rilievi emersi in fase di audit e del tempo necessario per approntare le azioni di miglioramento previste dal rapporto di audit definitivo.

I risultati del follow-up sono esplicitati in un rapporto riportante il livello di attuazione delle azioni correttive.

## **5. PRINCIPI ETICI, REGOLE DI CONDOTTA E STANDARD INTERNAZIONALI**

### **5.1 Principi etici**

L'attività effettuata dalla funzione di I.A. viene svolta nel rispetto dei principi contenuti nel Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors (Allegato n.1) e si conforma agli Standard Internazionali del IIA (Institute of Internal Auditor) di indipendenza, obiettività riservatezza e competenza (Allegato n.2)

Lo scopo del Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors è di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di internal auditing.

### **5.2 Denuncia di danno erariale**

Qualora, nel corso dell'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale), il responsabile I.A. informa il Direttore Generale che, dopo averne accertata la responsabilità, provvederà alla denuncia alle autorità competenti.

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi, la funzione di I.A. informerà la Direzione dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto.

### **5.3 Denuncia penale**

Qualora, nel corso dell'attività di audit, venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio deve essere fatta denuncia.

Il Responsabile I.A. ed il Team di auditors che hanno appreso la notizia predispongono una relazione al Direttore Generale nella quale si dà evidenza dei fatti riscontrati e dell'obbligo di denuncia.

La denuncia è inviata a firma del Direttore Generale alla Procura della Repubblica e deve contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, il giorno di acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Quando possibile deve contenere anche gli elementi utili all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti

## 6. RAPPORTI CON ALTRI ORGANI INTERNI E CON L'ESTERNO

Si indicano di seguito le principali interazioni della Funzione di Revisione Interna con gli organi e le altre strutture aziendali, oltre che con altre entità esterne.

### 6.1 Organi e Funzioni aziendali

Il Direttore Generale, sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario adotta il Manuale di Internal Audit, il Piano di audit triennale ed annuale proposti dalla Funzione di I.A.

L'I.A. riporti direttamente al Direttore Generale in merito alle verifiche effettuate. A tal fine, il Direttore Generale viene informato dalla Funzione di I.A. con cadenza trimestrale relativamente all'attività svolta ed alle risultanze della stessa, con particolare riferimento alle criticità rilevate. Il Direttore Generale, ricevute le relazioni periodiche, ne valuta il contenuto per l'adozione di tutti gli interventi necessari ad assicurare l'aderenza dell'organizzazione e del sistema dei controlli interni ai principi e requisiti previsti, ed ulteriori rispetto ai suggerimenti ed alle azioni migliorative direttamente formulati dall'Internal Audit nei confronti delle Unità Organizzative destinatarie in sede di verifica. Ad ulteriore supporto, e per garantire una comprensione immediata della situazione esistente rispetto ai rischi di controllo aziendali, alla relazione periodica in oggetto può essere allegato l'aggiornamento del piano delle azioni correttive. Dato lo stretto rapporto di scambio informativo e di collaborazione esistente tra la Funzione di I.A. e la Direzione Generale, quest'ultima informa la Funzione di I.A. di ogni evento, elemento o cambiamento significativo per le responsabilità di competenza, al fine di garantire la tempestività e l'efficacia dei controlli che la funzione di Internal Audit deve porre in essere nell'esercizio delle proprie funzioni.

La Funzione I.A., inoltre, scambia informazioni, almeno una volta l'anno, con i seguenti attori interni all'organizzazione aziendale:

- Dirigenti di Funzione e/o funzionari incaricati;
- Responsabile Controllo di Gestione;
- Collegio Sindacale;
- Responsabile prevenzione della corruzione e Trasparenza
- OIV.

Gli organi e le funzioni di cui all'elenco sovrastante vengono informati dall'I.A., ciascuno per la propria materia di competenza:

- delle eventuali criticità rilevate nell'ambito delle proprie attività di controllo con eventuali implicazioni nelle materie di competenza;
- dei ritardi e/o delle anomalie riscontrate nell'applicazione della normativa di riferimento da parte delle funzioni operative oggetto di verifica;
- dell'individuazione delle azioni da intraprendere per la prevenzione o il contenimento del rischio di

non conformità nel rispetto delle reciproche autonomie e compiti, al fine di sfruttare possibili sinergie. In particolare, il Collegio Sindacale riceve dalla Funzione di revisione interna, su richiesta, idonea informativa sulle risultanze degli accertamenti effettuati, collaborando al fine di elevare il grado di conoscenza sulla regolarità della gestione aziendale. In ogni caso la Funzione di revisione interna trasmette semestralmente al Collegio Sindacale la Relazione dell'Internal audit già trasmessa all'Assessorato alla Salute.

Similmente, tutti gli organi e le funzioni di cui sopra sono tenuti a fornire tempestivamente alla Funzione I.A.:

- tutte le informazioni necessarie per consentire l'efficace adempimento della sua attività;
- segnalazioni circa le eventuali disfunzioni riscontrate nel corso delle proprie attività.

I diversi attori della *Governance* devono operare con "indipendenza di giudizio" e non possono attribuire agli altri attori le proprie responsabilità, né le proprie attività da svolgere a relazione periodica in oggetto può essere allegato l'aggiornamento del piano delle azioni correttive.

## 6.2 Entità esterne

In considerazione del compito che istituzionalmente compete alla Funzione di I.A., quest'ultima è chiamata a relazionare all'Assessorato Regionale della Salute in merito allo stato di attuazione delle verifiche di Internal Audit previste dal piano di audit annuale, avendo riguardo all'esito del controllo, ai fattori di criticità rilevati, alle misure correttive da intraprendere, con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità medesime.

## 7. MODALITÀ E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO DEL MANUALE DI I.A.

Il presente Manuale sarà aggiornato a seguito dell'eventuale variazione delle norme nazionali o regionali sul tema, di mutamenti negli standard tecnici della professione di auditor, (standard IIA-AIIA), o a seguito di mutamenti nelle strategie o nelle esigenze organizzative aziendali. Trattandosi di una funzione in continua evoluzione dal punto di vista metodologico e normativo, la revisione sarà effettuata almeno ogni 3 anni.

## 8. ALLEGATI

Costituiscono allegati al presente Manuale, i seguenti documenti:

- Allegato 1: "Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors";
- Allegato 2: "Standard internazionali per la pratica professionale dell'Internal Auditing".

**L'Internal Audit**

**(Dott.ssa Simona Di Virgilio)**



**Il Direttore Generale**

**(Dott. Gaetano SIRNA)**

