

MANUALE DELLE ATTIVITA' DI AUDIT DELL'UNITÀ COMPLESSA CONTROLLO INTERNO

Approvato con decreto n.

INDICE

INTRODUZIONE	3
PARTE I	4
AMBITO FUNZIONALE, ORGANIZZAZIONE E PERSONALE	4
DELL'UNITÀ COMPLESSA CONTROLLO INTERNO	4
1.1 Ambito funzionale dell'Unità complessa controllo interno in AVEPA	4
1.2 Destinatari delle comunicazioni dell'Unità complessa controllo interno	4
1.3 Organizzazione dell'Unità complessa controllo interno	5
1.4 Approccio del personale dell'Unità complessa controllo interno	6
PARTE II	9
LINEE GUIDA DI ATTUAZIONE DELL'AUDITING INTERNO	9
2.1 Il processo di auditing interno	9
2.2 La pianificazione delle attività di <i>audit</i>	9
2.2.1 Il Piano pluriennale di <i>audit</i>	9
2.2.2 Il Piano annuale di <i>audit</i>	9
2.3 Il processo di <i>Risk assessment</i>	12
2.3.1 La valutazione del rischio complessivo a livello di processo	14
2.3.2 Le modalità di valutazione della rischiosità degli organismi delegati (OD)	14
2.4 La valutazione del Sistema di controllo interno	14
PARTE III	16
L'INTERVENTO DI AUDIT	16
3.1 Formazione dei gruppi di lavoro e codificazione dell'intervento di <i>audit</i>	16
3.2 Fasi dell'intervento di <i>audit</i>	16
3.2.1 Analisi preliminare e programmazione	16
3.2.2 Notifica alle strutture/soggetti che saranno oggetto di <i>audit</i> e avvio dell' <i>audit</i>	17
3.2.3 Riunione iniziale e definizione del programma preliminare dei controlli da eseguire	17
3.2.4 Esecuzione dei test	17
3.2.5 Eventuale riunione conclusiva ed emissione <i>report</i>	24
3.2.6 <i>Follow up</i>	25
3.3 Le carte di lavoro	26
3.4 La supervisione	27
PARTE IV	28
L'AUDIT DEI SISTEMI IT	28
4.1 Definizione degli obiettivi	28
4.2 Analisi del processo "Sistemi Informativi" dell'Agenzia	28
4.3 IT <i>Risk assessment</i>	28
4.4 Pianificazione <i>audit</i> IT	29
4.5 Esecuzione di test sull'ambiente IT	29
4.6 Utilizzo di <i>standard</i> di IT <i>auditing</i>	30
SUPPORTO IT ALL'AUDIT OPERATIVO	31
PARTE V	33
PROGETTI SPECIALI	33
5.1 Definizione	33
5.2 Approccio metodologico	33
5.3 Adozione principi di revisione contabile	33
PARTE VI	35
RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ COMPLESSA CONTROLLO INTERNO E VALUTAZIONE DELL'UNITÀ COMPLESSA	35
ALLEGATI	35

INTRODUZIONE

I regolamenti comunitari cui fare riferimento in materia di organismi pagatori sono il regolamento (CE) n. 1290/2005 del Consiglio e successive modifiche e integrazioni, tra cui in particolare il regolamento (CE) n. 1437/2007 del Consiglio del 26 novembre 2007 ed il regolamento (CE) n. 885/2006 della Commissione, modificato dai regolamenti (CE) n. 1233/2007 e n. 1034/2008.

I regolamenti citati definiscono, tra l'altro, le condizioni di riconoscimento e di revoca del riconoscimento degli organismi pagatori e degli organismi di coordinamento da parte degli stati membri.

I criteri per il riconoscimento ai quali gli organismi pagatori devono conformarsi sono riportati nell'allegato I al regolamento (CE) n. 885/2006. In particolare, ai sensi dell'art. 1 del regolamento (CE) n. 885/2006, gli organismi pagatori *"devono disporre di una struttura amministrativa e di un sistema di controllo interno conformi ai criteri di cui all'allegato I"* dello stesso regolamento e relativi alle seguenti componenti:

- a) ambiente interno;
- b) attività di controllo;
- c) informazione e comunicazione;
- d) monitoraggio.

La costituzione dell'Unità complessa controllo interno nell'ambito dell'organismo pagatore è prevista dal regolamento CE n. 885/2006 del 21 giugno 2006, dalla legge regionale n. 31/2001, e successive modifiche e dal regolamento di organizzazione e del personale dell'Agenzia.

In particolare, il regolamento comunitario n. 885/2006 prevede al punto 4, lettera B) dell'allegato I, quanto segue:

"Il Servizio di controllo interno è indipendente dagli altri servizi dell'organismo stesso e deve riferire al Direttore dell'organismo.

Il Servizio di controllo interno verifica che le procedure adottate dall'organismo pagatore siano adeguate per garantire la conformità con la normativa comunitaria e che la contabilità sia accurata, completa e tempestiva. Le verifiche possono essere limitate a determinate misure o a campioni di operazioni, a condizione che il programma di lavoro garantisca la copertura di tutti i settori importanti, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione per un periodo non superiore a cinque anni.

L'attività del servizio si svolge conformemente a criteri accettati a livello internazionale, va registrata in documenti di lavoro e deve figurare nelle relazioni e nelle raccomandazioni destinate alla direzione dell'organismo pagatore."

PARTE I

AMBITO FUNZIONALE, ORGANIZZAZIONE E PERSONALE DELL'UNITÀ COMPLESSA CONTROLLO INTERNO

1.1 Ambito funzionale dell'Unità complessa controllo interno in AVEPA

L'Unità complessa controllo interno dell'AVEPA adotta una metodologia che si struttura sulla base dell'analisi dei processi e dei relativi rischi e controlli, oltre che sulla base delle pratiche professionali "*Professional practices framework*" e sugli *standard* per la pratica professionale rilasciati dall'*Institute of internal auditors* (IIA).

L'attività dell'Unità complessa controllo interno si svolge conformemente ai criteri accettati a livello internazionale, così come previsto dall'allegato I al reg. CE 885/2006 (punto 4 lett. B) par. iii).

Obiettivo principale dell'Unità complessa controllo interno, pertanto, è quello di garantire un monitoraggio continuo del sistema di controllo interno mediante attività di controllo interne, individuando, attraverso l'analisi dei processi e dei relativi flussi informativi, eventuali opportunità di miglioramento dello stesso in termini di efficacia e di efficienza.

L'Unità complessa controllo interno focalizza la sua attività principalmente nell'analisi dei comportamenti, intendendo in questo modo verificare la loro conformità sia alle procedure operative prestabilite sia alla vigente normativa comunitaria e nazionale, sull'effettività ed efficacia dei controlli posti in essere e sull'accuratezza, completezza e tempestività delle registrazioni contabili.

L'attività dell'Unità complessa controllo interno si caratterizza per il ruolo consultivo e di garanzia esterna che esercita in modo obiettivo e indipendente; a tal fine collabora con i vari ambiti dell'Agenzia nel perseguimento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico, inteso a generare valore aggiunto con il miglioramento dei processi di controllo, di gestione dei rischi e di governo aziendale.

Per tali ragioni ci si riferisce all'Unità complessa controllo interno, come funzione di *audit o*, meglio, di *Internal auditing* piuttosto che di funzione di controllo, mutuando una terminologia anglosassone recepita in ambito internazionale.

Gli ambiti interessati dall'attività dell'Unità complessa controllo interno sono l'intera Agenzia e gli organismi delegati per quanto attiene ai processi oggetto di specifica delega.

Inoltre le risultanze dell'operato dell'Unità complessa controllo interno forniscono informazioni utili al Direttore nella redazione della "Dichiarazione di affidabilità" (di cui all'articolo 8, paragrafo 1, lettera c), punto iii), del regolamento (CE) n. 1290/2005). In merito alla dichiarazione di affidabilità, al Direttore dell'organismo pagatore, è richiesto di porre in essere una serie di attività al fine di poter dichiarare: che i conti dell'esercizio finanziario di riferimento sono veritieri, completi ed accurati; che il sistema di controllo interno dell'organismo pagatore è adeguato/efficace; che le procedure adottate dall'organismo pagatore in relazione all'ammissibilità delle domande e, nel caso dello sviluppo rurale, la procedura di assegnazione degli aiuti sono gestite, verificate e documentate in conformità della normativa comunitaria. L'allegato II al reg. (CE) 885/2006 prevede che il Direttore tenga conto anche delle risultanze dell'operato del Servizio di Controllo interno.

1.2 Destinatari delle comunicazioni dell'Unità complessa controllo interno

Le comunicazioni dell'Unità complessa controllo interno sono essenzialmente rivolte verso i seguenti soggetti:

a) Il Direttore dell'Agenzia

Allegato A al decreto n. del

È il primo destinatario dei rapporti di *audit* elaborati dell'Unità complessa controllo interno.

Il Direttore dell'Agenzia viene sentito preventivamente all'adozione del *Piano di audit* annuale e delle sue eventuali variazioni che possono intervenire nel corso dell'anno.

Il Direttore dell'Agenzia è altresì destinatario di periodici rapporti circa il lavoro svolto dall'Unità complessa controllo interno e circa lo stato di avanzamento del *Piano di audit*.

b) *I soggetti auditati*

Sono i destinatari dei soli rapporti di *audit* che li riguardano, con le modalità di comunicazione esplicitate nel presente Manuale, sia per quanto concerne la fase preliminare ed esecutiva all'intervento di *audit*, sia relativamente alla fase di rendicontazione dei risultati dell'intervento stesso.

c) *Altri soggetti*

I programmi di controllo e i relativi rapporti di *audit* vanno tenuti a disposizione dell'organismo di riconoscimento, dell'organismo di certificazione dei conti dell'OPR e dei funzionari dell'Unione Europea con mandato di intraprendere verifiche finanziarie.

1.3 Organizzazione dell'Unità complessa controllo interno

L'Unità complessa controllo interno dell'AVEPA è costituita, in conformità a quanto previsto dalla legge regionale n. 31/2001 istitutiva dell'Agenzia e dal Regolamento di organizzazione e del personale, da una struttura dirigenziale, equivalente a una Direzione regionale, articolata in uffici preposti al coordinamento ed effettuazione delle singole attività.

Nell'ambito dell'Unità complessa controllo interno sono distinguibili diversi ruoli e livelli di responsabilità, come di seguito descritto:

▪ *Dirigente dell'Unità complessa controllo interno*

Le principali funzioni/responsabilità del Dirigente dell'Unità complessa sono:

- a. coordinare l'attività complessiva per l'attuazione dei programmi ed il conseguimento degli obiettivi di *auditing*;
- b. formulare al Direttore proposte in ordine agli obiettivi dell'Unità complessa controllo interno e alle conseguenti necessità di risorse ai fini del miglioramento delle procedure interne;
- c. attivare collaborazioni con soggetti esterni all'organismo pagatore per l'affidamento di parti dell'attività dell'area, nel caso siano ritenute necessarie conoscenze, competenze o capacità aggiuntive rispetto a quelle presenti nella struttura;
- d. definire le linee guida pluriennali, il Piano annuale di *audit*, nonché l'allocazione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- e. riferire direttamente al Direttore dell'attività di *audit* eseguita, attraverso specifici rapporti;
- f. stabilire l'avvio delle attività di *audit*, in particolare indica il responsabile e gli *auditor*, cui affidare i singoli interventi di *audit* o progetti speciali;
- g. comunicare al Direttore le eventuali non conformità rilevate nel corso di un intervento di *audit*;
- h. supportare gli organismi di controllo esterno;
- i. programmare le iniziative necessarie per garantire un'adeguata formazione ed aggiornamento del personale dell'Unità complessa;
- j. assicurare la gestione e lo sviluppo del sistema di monitoraggio delle attività dell'Agenzia provvedendo anche allo sviluppo degli strumenti di "*business intelligence*" per l'analisi dei dati, e per il *reporting*;

Allegato A al decreto n. del

- k. fornire il supporto alle operazioni di controllo da parte di soggetti terzi e particolarmente per la società di certificazione dei conti;
 - l. provvedere all'organizzazione e al coordinamento dei programmi di attuazione del Piano di *audit* e all'utilizzo delle risorse assegnate;
 - m. verificare la distribuzione del lavoro ed effettuare il monitoraggio dello stato di attuazione dei procedimenti in essere;
 - n. coordinare interventi di *audit* al fine di valutare l'adeguatezza dei sistemi di gestione della sicurezza dell'informazione secondo la norma ISO/IEC 27001:2005;
 - o. partecipare alla formalizzazione delle raccomandazioni per il miglioramento delle procedure interne conseguentemente all'attività di *audit* di competenza;
 - p. sottoscrivere le relazioni finali delle attività di *audit*.
- **Responsabili degli interventi di *audit***
 - a. collaborano alla redazione della pianificazione di *audit*;
 - b. gestiscono la pianificazione puntuale degli interventi;
 - c. assicurano l'aggiornamento del modello di valutazione dei rischi - *Risk assessment*, sulla base dei risultati degli interventi di *audit*;
 - d. conducono gli incontri con i soggetti auditati nell'ambito degli interventi di *audit*;
 - e. supervisionano e gestiscono le varie attività necessarie a pianificare e svolgere i singoli interventi;
 - f. assicurano la raccolta e l'archiviazione di tutta la documentazione e le evidenze necessarie a supportare le conclusioni tratte nel corso degli interventi di *audit*;
 - g. supportano la Dirigenza dell'Unità complessa controllo interno nel corso delle operazioni di controllo da parte di organismi esterni.
 - **Auditor**
 - a. mantengono aggiornato il modello di valutazione dei rischi - *Risk assessment* sulla base dei risultati degli interventi di *audit*;
 - b. svolgono tutte le attività necessarie per l'esecuzione dei singoli interventi;
 - c. raccolgono, ordinano ed archiviano tutta la documentazione e le evidenze necessarie a supportare le conclusioni tratte nel corso degli interventi di *audit*;
 - d. redigono il Programma di *audit* (*Audit program*) e il Rapporto finale di *audit*;
 - e. al termine di ciascun intervento sottopongono agli interessati le proprie conclusioni e le proprie eventuali osservazioni, raccogliendone gli eventuali commenti;
 - f. al termine di ciascun intervento di *audit* procedono alla costituzione del fascicolo di intervento;
 - g. provvedono alle attività di *follow-up* al termine di ciascun intervento di *audit*;
 - h. supportano la Dirigenza dell'Unità complessa controllo interno nel corso delle operazioni di controllo da parte di organismi esterni.

1.4 Approccio del personale dell'Unità complessa controllo interno

I componenti dell'Unità complessa controllo interno hanno accesso incondizionato a tutta la documentazione e a tutte le informazioni necessarie all'espletamento degli interventi di *audit* su processi e strutture, anche di organismi delegati.

Al personale dell'Unità complessa controllo interno è richiesto di avviare e mantenere un approccio di positiva collaborazione con i soggetti auditati, tenendo in adeguata considerazione i propri compiti di istituto.

Allegato A al decreto n. del

Lo stesso personale, nello svolgimento delle proprie funzioni, dovrà tenere conto, in quanto compatibili, dei principi e regole di condotta accettati a livello internazionale, come quelli riconosciuti dall'IIA e dall'*Information systems audit and control association* (ISACA).

L'*internal auditor* è tenuto in particolare ad applicare e sostenere i seguenti principi etici e regole di condotta.

▪ *Integrità*

L'integrità dell'*auditor* consente lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.

L'*auditor*:

- deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità;
- deve rispettare la legge e relazionare solo in merito a quanto previsto dalle leggi e secondo i principi sopra riportati;
- non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per l'organizzazione per cui opera;
- deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando conformi alla legge.

▪ *Obiettività*

Nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il processo in esame, l'*auditor* deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale.

L'*auditor* deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.

L'*auditor*:

- non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione;
- non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione;
- deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa dare un quadro alterato delle attività analizzate.

▪ *Riservatezza*

L'*auditor* deve rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, a meno che lo impongano motivi di ordine legale.

L'*auditor*:

- deve esercitare la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico;
- non deve usare le informazioni ottenute per vantaggio personale o secondo modalità contrarie alla legge o che siano di nocimento ai legittimi obiettivi dell'organizzazione.

▪ *Competenza*

L'*auditor* deve continuamente aggiornare e migliorare il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

L'*auditor*:

- deve prestare i propri servizi in accordo con gli standard per la pratica professionale dell'*Internal auditing*;

Allegato A al decreto n. del

- deve continuamente migliorare la propria preparazione professionale, nonché l'efficacia e la qualità dei propri servizi.

▪ *Indipendenza*

L'attività di *Internal auditing* deve essere libera da ogni interferenza nella definizione dell'ambito di copertura, nell'esecuzione del lavoro, nella comunicazione dei risultati dell'intervento.

PARTE II

LINEE GUIDA DI ATTUAZIONE DELL'AUDITING INTERNO

2.1 Il processo di auditing interno

L'*auditing* è un processo, cioè una sequenza coordinata di attività, volta alla valutazione e monitoraggio del sistema di controllo interno, che in linea di massima si sviluppa lungo i seguenti stadi:

- l'identificazione dell'*audit universe*, ossia dell'insieme di tutte le specifiche attività svolte in seno all'organizzazione, le quali raggruppate a livello di unità organizzativa o di processo, costituiscono singole entità assoggettabili ad *audit* che hanno un loro significato autonomo;
- la valutazione dei rischi associati a ciascuna attività svolta dall'Agenzia che possono pregiudicare il conseguimento degli obiettivi aziendali (*risk assessment*);
- la pianificazione delle attività di *audit*;
- l'esecuzione del piano annuale di *audit* e il *reporting*;
- il monitoraggio delle azioni correttive (*follow-up*)

2.2 La pianificazione delle attività di *audit*

2.2.1 Il Piano pluriennale di *audit*

L'Unità complessa controllo interno sviluppa un Piano di attività pluriennale.

Il Piano pluriennale di *audit*, costruito sulla base delle risultanze del *risk assessment*, è un piano di attività di *assurance* priorizzate in funzione dell'importanza dei rischi e della necessità che il programma di lavoro garantisca la copertura di tutti i settori importanti, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione per un periodo non superiore a cinque anni.

Il Piano pluriennale di *audit* considera un arco temporale di almeno 4 anni e viene aggiornato annualmente.

In coincidenza con la predisposizione del Piano annuale di *audit* si provvede all'aggiornamento annuale del Piano pluriennale di *audit*.

Dal Piano pluriennale di *audit* si estrapola il Piano annuale di *audit*, tenendo conto delle priorità della Direzione, dell'esigenza di copertura di tutti i settori importanti nell'arco di 5 anni e delle risorse professionali disponibili nell'Unità complessa controllo interno.

2.2.2 Il Piano annuale di *audit*

Con riferimento ai citati "Standard internazionali per la pratica professionale dell'*Internal auditing*", in tema di pianificazione, l'attività dell'Unità complessa controllo interno è programmata mediante un piano delle attività (Piano annuale di *audit*) che viene approvato dal Direttore e successivamente adottato con decreto del Dirigente dell'Unità complessa controllo interno, al fine di determinare le priorità, in linea con gli obiettivi dell'organizzazione.

Il Piano annuale di *audit* viene, impostato sulla base delle seguenti considerazioni:

- individuazione di quei processi che sono particolarmente critici per il raggiungimento degli obiettivi dall'Agenzia, individuati con il Direttore nel corso dell'attività di sviluppo congiunto delle aspettative;
- individuazione di aree particolarmente a rischio, desunte a seguito dell'attività di analisi e valutazione dei processi, rischi e controlli (*risk assessment*);
- l'esigenza di copertura di tutti i settori importanti nell'arco di un quinquennio;

Allegato A al decreto n. del

- le risorse disponibili dell'Unità complessa controllo interno, espresse in termini di giornate lavorabili.

Gli atti presupposti per la formazione del Piano annuale di *audit* sono:

- scheda di servizio
- matrice rischi e controlli
- Piano pluriennale di *audit*.

Il momento dell'approvazione del Piano è l'occasione per lo svolgimento di uno specifico incontro con il Direttore dell'Agenzia (*csd. sviluppo congiunto delle aspettative*), nel quale vengono rilevati/aggiornati gli obiettivi, le priorità e le strategie dell'Agenzia. Questa riunione viene gestita dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno. Sulla base delle informazioni ricevute dal Direttore, si procede successivamente alle seguenti attività:

- aggiornamento ovvero conferma degli obiettivi, strategie e particolari temi di attenzione dell'Agenzia e conseguente individuazione delle "priorità dell'Unità complessa controllo interno";
- verifica dell'esistenza di eventuali esigenze del Direttore nella copertura dei rischi;
- verifica della disponibilità di risorse sulle quali l'Unità complessa controllo interno potrà contare nell'esercizio e negli esercizi successivi, in considerazione delle eventuali richieste del Direttore di svolgere progetti speciali e/o altre attività;
- definizione dei protocolli di comunicazione e delle aspettative del Direttore nei confronti dell'Unità complessa controllo interno e dei criteri per valutare i risultati ottenuti dalla stessa e per la valutazione dei rischi.

Queste attività si concludono con la redazione della *scheda di servizio (Service charter)*, elemento fondamentale per la successiva redazione del Piano di *audit*.

Definite le priorità dell'Unità complessa controllo interno nell'ambito dello sviluppo congiunto delle aspettative e al fine della successiva predisposizione del Piano annuale di *audit*, si procede alla definizione della significatività dei processi in funzione degli obiettivi prioritari della Direzione. A tal scopo può essere utilizzata la matrice nell'esempio sotto riportato, che costituisce un *input* per la realizzazione del Piano di *audit* in quanto permette di valutare l'importanza dei processi in funzione degli obiettivi e delle priorità dell'Agenzia.

Esempio di matrice per la definizione della significatività dei processi

Processi Mega	PROCESSI dell'AGENZIA															
	AUTORIZZAZIONE				ESECUZIONE PAGAMENTI		CONTABILIZ. PAGAMENTI			Direzionale		Sistemi informativi		Servizio tecnico		
Processi Major	Accoglienza	Accollo delle domande	Autorità	Comunicazione post	Esecuzione	Gestione degli	Contabilizzazione	Ripartizione	Gestione delle entrate	Gestione dei capitoli di bilancio	Comunicazione verso l'esterno	Planificare ed organizzare l'ambiente dei SI	Sviluppare ed acquisire le soluzioni dei SI	Gestire i sistemi informativi e supportare gli utenti	Proceduralizzare l'autorizzazione	Collaborare con la regione nel definire i Bondi
PRIORITA' DELL'AREA DI CONTROLLO INTERNO:																
Allineamento procedure e struttura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Modalità e procedure di comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Efficienza Servizio Tecnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aderenza OD alle procedure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Velocità di erogazione e contabilità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Efficienza Servizio Informatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Requisiti legali di procedure, procedimenti e atti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Adeguatezza dei flussi informativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Allineamento delle strategie organizzative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMPORTANZA GENERALE	A	A	A	A	M	M	M	M	M	M	B	M	A	A	A	M

Allegato A al decreto n. del

Le eventuali modifiche apportate al Piano nel corso dell'esercizio vengono adottate dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno, sentito il Direttore, ad eccezione delle variazioni apportate alla pianificazione temporale degli interventi e delle risorse, per le quali non è richiesto alcun atto di adozione e sono portate a conoscenza del Direttore solo se considerate significative dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno.

In merito ai contenuti del Piano annuale di *audit*, i servizi di *Internal auditing* possono essere classificati in:

- servizi di *assurance*, che comportano un'obiettivo valutazione delle evidenze da parte dell'*Internal auditor*, finalizzata all'espressione di un giudizio indipendente in merito ai processi di gestione del rischio, del controllo o di *governance*;
- servizi di consulenza, che si concretano in attività di supporto e assistenza, effettuate dietro specifica richiesta della struttura committente, intese a fornire valore aggiunto e migliorare i processi di *governance* e di controllo.

Le tipologie di attività che vengono normalmente esercitate dall'*Internal auditor* possono venire così rappresentate:

- *audit* di valutazione dell'efficacia del controllo interno;
- *audit* di conformità (alle leggi, alle norme, alle procedure, ecc.);
- *audit* contabili o finanziari, intesi a verificare la correttezza dei bilanci e delle registrazioni contabili;
- *audit* amministrativi, a verifica dell'esistenza di fondati segnali di frode;
- *audit* operativi, tesi a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali;
- *manager audit*, per verificare la coerenza del sistema organizzativo aziendale;
- insieme dei precedenti;
- progetti speciali;
- coordinamento delle attività propedeutiche alla dichiarazione di affidabilità;
- altri incarichi (il rapporto con la revisione esterna, ecc).

Il Piano annuale di *audit* è suddiviso per interventi ed è formalizzato all'interno di una struttura come quella di seguito descritta.

Esempio di tabella riepilogativa interventi di *audit*/progetti speciali relativi all'esercizio FEAGA FEASR anno n

N	Descrizione	Processo auditato	Unità auditata	Tipologia	Obiettivo	GG	Risorse
1	Nome del singolo intervento/progetto speciale	Processo/i principali auditati	Struttura/e interessate	<i>Assurance</i> / Consulenza	Obiettivi di ciascun intervento/progetto speciale	Giorni allocati per ciascun intervento/progetto speciale	n. risorse impiegate per ciascun intervento/progetto speciale

Le colonne indicano:

- a) **N**: numero progressivo dell'intervento;
- b) **Descrizione**: è il nome attribuito a ciascuno degli interventi; tale nome deve richiamare l'oggetto dell'intervento stesso;
- c) **Processo auditato**: si tratta del processo principale auditato nel corso dello svolgimento dell'intervento;
- d) **Unità auditata**: va indicata la struttura organizzativa interessata allo svolgimento dell'attività;
- e) **Tipologia**: descrive la tipologia del servizio, distinta tra *assurance* o consulenza;
- f) **Obiettivo**: descrive gli obiettivi che si intendono perseguire con l'esecuzione dell'intervento/progetto;
- g) **GG**: vanno indicate le giornate che saranno impegnate per l'esecuzione di ciascun intervento; il suddetto valore è in funzione degli obiettivi e delle risorse dedicate all'intervento /progetto speciale stesso;
- h) **Risorse**: si riportano il numero delle risorse attribuite all'intervento/progetto speciale.

Allegato A al decreto n. del

Il Piano di *audit* riporta, inoltre, la programmazione temporale degli interventi nell'arco dell'esercizio di riferimento.

2.3 Il processo di Risk assessment

Il *Risk assessment* è inteso come il processo volto alla valutazione dei rischi associati a ciascuna attività svolta dall'Agenzia che possono pregiudicare il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Comprende le attività di identificazione dei rischi e quantificazione degli stessi e consiste nel:

- identificare e misurare il livello di rischio associato ai diversi processi aziendali (rischio inerente);
- identificare e valutare il disegno dei principali controlli tesi a ridurre il rischio inerente ad un livello accettabile;
- misurare il rischio che l'Agenzia si trova a fronteggiare nonostante l'applicazione dei controlli (rischio residuo).

L'individuazione e la valutazione dei rischi di ciascun processo viene svolta dagli *auditor* dell'Unità complessa controllo interno in collaborazione con i soggetti responsabili (*owner*) dei processi stessi.

I rischi possono essere identificati direttamente dagli *auditor* dell'Unità complessa controllo interno sulla base delle esperienze maturate presso processi/unità organizzative simili o con qualunque altro metodo ritenuto idoneo a tal fine. Ad ogni modo, il personale dell'Unità complessa controllo interno dovrebbe sempre condividere le valutazioni effettuate con il personale responsabile dei processi analizzati.

In merito alle tipologie di rischio si possono individuare le categorie seguenti:

- strategici
- legali
- economico finanziari
- organizzativi
- operativi
- etici - frodi
- informativi
- conformità normativa
- ambientali.

Matrice per la valutazione dei rischi (RCM)

IMPATTO	4 Catastrofico	4	8	12	16
	3 Rilevante	3	6	9	12
	2 Circoscritto	2	4	6	8
	1 Trascurabile	1	2	3	4
		1 Remoto	2 Occasionale	3 Verificabile	4 Frequente
		PROBABILITA'			

Legenda:

	Alto	}	Zona di non accettabilità
	Medio-Alto		
	Medio		
	Basso	}	Zona di accettabilità

Al fine di limitare il più possibile la discrezionalità nell'effettuazione della valutazione dei rischi, l'Unità complessa controllo interno si avvale dello strumento *della **Matrice per la valutazione dei rischi***. I rischi sono posti in una graduatoria in base al loro impatto sul raggiungimento degli obiettivi ed in base alla frequenza, ossia alla probabilità di accadimento dell'evento.

La severità di impatto del rischio è il livello in cui il manifestarsi del rischio influenzerebbe il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi dell'ente. La valutazione si basa sulla seguente tabella.

Matrice per la valutazione dell'impatto

IMPATTO	
Definizione	Descrizione
CATASTROFICO	Impatto di rilevanza tale da comportare la chiusura dell'OP, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> • perdita di requisiti per il riconoscimento ad OP • perdita di fondi per correzioni finanziarie
RILEVANTE	Impatto significativo sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'OP, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> • interruzioni o significative inefficienze nel processo delle domande • frodi o malversazioni • sistematiche inefficienze nei flussi e nelle operazioni
CIRCOSCRITTO	Inefficienza delle normali operazioni con un effetto limitato sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'OP, ad es: <ul style="list-style-type: none"> • problemi temporanei di qualità / servizio • temporanee inefficienze nei flussi e nelle operazioni
TRASCURABILE	Nessun impatto concreto sulla strategia dell'OP. Si tratta di situazioni diverse dalla norma che richiedono comunque azioni correttive

La valutazione della probabilità/frequenza del rischio viene basata sull'esperienza e capacità di giudizio servendosi della seguente tabella.

Matrice per la valutazione della probabilità

PROBABILITA'	
Definizione	Descrizione
FREQUENTE	<ul style="list-style-type: none"> • L'evento si può verificare con un'intensità elevata (es.: già in essere o con frequenza >= 50%) • L'evento si può verificare entro i prossimi tre mesi
VERIFICABILE	<ul style="list-style-type: none"> • L'evento si può verificare con un'intensità media (es.: con frequenza >=25 <50%) • L'evento si può verificare entro i prossimi sei mesi
OCCASIONALE	<ul style="list-style-type: none"> • L'evento si può verificare con un'intensità media (es.: con frequenza >=10 <25%) • L'evento si può verificare entro i prossimi dodici mesi
REMOTO	<ul style="list-style-type: none"> • L'evento si può verificare con un'intensità molto bassa (es.: con frequenza < 10%) • L'evento si può verificare entro i prossimi trentasei mesi

Allegato A al decreto n. del

2.3.1 La valutazione del rischio complessivo a livello di processo

La definizione del livello di rischio complessivo di un processo deve tener conto della valutazione di tutti i rischi e relativi controlli associati allo stesso.

L'effettuazione di tale valutazione non può essere ricondotta all'interno di una specifica metodologia e, pertanto, deve essere il frutto di una valutazione professionale dell'Unità complessa controllo interno sul complesso degli elementi a sua disposizione.

2.3.2 Le modalità di valutazione della rischiosità degli organismi delegati (OD)

La valutazione della rischiosità degli OD rientra nell'ambito della valutazione generale di processo riportata al precedente paragrafo, in quanto si tratta di un processo affidato in delega ad un organismo esterno all'AVEPA, regolamentato da una specifica convenzione/contratto stipulato fra le parti.

A titolo di esempio si terrà conto, in varia misura, dei seguenti parametri:

- *Elementi quantitativi:*
 - importi liquidati: si intende il valore annuo per ciascuna misura/settore di intervento ovvero, qualora non ancora effettuate le liquidazioni, il valore del finanziamento della medesima misura;
 - domande presentate: si intende il numero annuo delle domande presentate per ciascuna misura/settore di intervento;
 - numero sanzioni erogate: si intende il numero annuo delle sanzioni che sono state erogate, indipendentemente dalla misura/settore di intervento di riferimento;
 - numero addetti: si intende il numero degli addetti di ciascun OD, coinvolti nelle fasi delle funzioni delegate.
- *Elementi qualitativi:*
 - valutazione connessa alla puntualità ed ai contenuti nelle relazioni sui controlli inviate dagli OD all'AVEPA.
 - elementi circa l'osservanza della delega da parte dell'OD, emergenti dai rapporti di controllo dell'Unità complessa controllo interno e dell'Area tecnica competitività imprese.
 - elementi sulla conformità della funzionalità dell'organizzazione dell'OD.

2.4 La valutazione del Sistema di controllo interno

Per quanto concerne la valutazione dei componenti di un sistema di controllo interno, l'Unità complessa si riconduce ai modelli del "CoSO Framework" (*Committee of sponsoring organizations of the treadway commission*), in quanto raccomandato dai Servizi della commissione europea nelle linee direttrici per il riconoscimento e la certificazione dei conti degli organismi pagatori.

Secondo il *CoSO Framework*, il giudizio sul Sistema di controllo interno si basa sulla valutazione dei componenti che lo costituiscono:

- Ambiente di controllo
- Valutazione dei rischi
- Attività di controllo
- Flussi informativi
- Monitoraggio

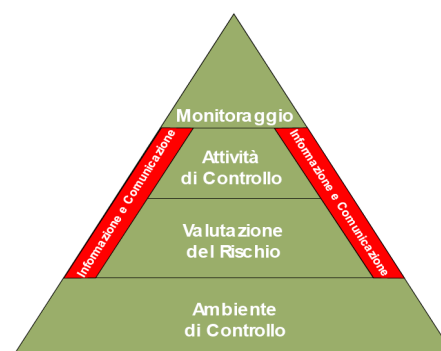


figura fonte: CoSo

La valutazione dei componenti viene effettuata in base alla verifica del rispetto dei *criteri per il riconoscimento* per ciascuna procedura, con riferimento all'allegato I del regolamento (CE) n. 885/2006 e per i controlli essenziali e secondari ai documenti AGRI/17933/2000 rev. 2 e AGRI-2006-63085 rev. 1.

In tutte le valutazioni il punteggio deve basarsi sui valori, da 1 a 5, riferiti alla matrice dei criteri di riconoscimento richiamata dalla linea direttrice comunitaria n. 2, come di seguito riportato.

Valutazione criteri di riconoscimento

Valutazione		Descrizione della Valutazione
1	MANCATO RISPETTO	palese inosservanza di uno o più criteri per il riconoscimento o gravi carenze (la gravità delle carenze è tale da compromettere la capacità dell'organismo pagatore di assolvere i compiti indicati all'articolo 6, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 1290/2005)
2	PRATICA INSUFFICIENTE	scadente (altre carenze non ricadenti nel punto 1 ma che vanno sorvegliate ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 885/2006)
3	PRATICA ADEGUATA	soddisfacente (solo lievi difetti riscontrati, ma può essere migliorato)
4	BUONA PRATICA	buono
5	MIGLIORE PRATICA	eccellente (può servire come esempio di buona pratica)

PARTE III

L'INTERVENTO DI AUDIT

3.1 Formazione dei gruppi di lavoro e codificazione dell'intervento di *audit*

In sede di formazione del Piano annuale di *audit*, si individuano i componenti dei gruppi di lavoro per gli interventi di *audit*, allo scopo di garantire la piena operatività dei gruppi stessi e di ottimizzare le risorse conoscitive del personale.

Ad ogni intervento di *audit* viene assegnato un codice dell'intervento, secondo i seguenti criteri:

- a) quattro caratteri iniziali per l'indicazione dell'anno di riferimento;
- b) un carattere per indicare se si tratta di un intervento di *audit* o di un progetto speciale (0 intervento di *audit*, 1 progetto speciale);
- c) due caratteri che identificano la progressione temporale di attivazione degli interventi.

Ad esempio al primo intervento di *audit* nell'anno 2013, è associato il codice:

a				b	c	
2	0	1	3	0	0	1

3.2 Fasi dell'intervento di *audit*

Un intervento di *audit* si sviluppa secondo le seguenti fasi:

1. Analisi preliminare e programmazione
2. Notifica alle strutture/soggetti che saranno oggetto di *audit* e avvio dell'*audit*
3. Riunione iniziale e definizione del programma preliminare dei controlli da eseguire
4. Esecuzione dei test
5. Eventuale riunione conclusiva ed emissione *report*
6. *Follow up*

3.2.1 Analisi preliminare e programmazione

È finalizzata ad acquisire familiarità con le principali caratteristiche dell'attività da assoggettare ad *audit*: persone, posizionamento organizzativo, struttura organizzativa, obiettivi gestionali, politiche, procedure, standard gestionali, rischi potenziali e controlli in atto, attraverso l'analisi della documentazione necessaria.

Definisce l'obiettivo, l'approccio e l'estensione dell'*audit*.

Dall'analisi della documentazione acquisita e degli obiettivi dell'intervento, l'*auditor* definisce le priorità e le verifiche da effettuare e predispose il **Programma di verifica (Audit program)**, che descrive le attività operative che gli *auditor* devono eseguire durante l'intervento.

Il programma di verifica deve indicare gli aspetti significativi da sottoporre a verifica:

1. l'ambito di attività, gli obiettivi dell'intervento;
2. l'oggetto dei test e le procedure che verranno seguite per i test delle attività durante l'intervento di *audit* presso le strutture interessate;
3. dimensione del campione e metodo di campionamento da adottare per la selezione delle pratiche da verificare (in merito al numero delle pratiche da verificare ed il loro importo complessivo rispetto al totale delle pratiche della popolazione e dell'importo complessivo si rinvia alla specifica relazione di estrazione del campione);
4. tempi e incarichi.

Allegato A al decreto n. del

3.2.2 Notifica alle strutture/soggetti che saranno oggetto di *audit* e avvio dell'*audit*

L'avvio dell'intervento di *audit* viene comunicato al soggetto auditato e al Direttore (con apposita lettera redatta dall'*auditor* e sottoscritta dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno), indicando gli obiettivi generali dell'attività e la composizione del gruppo di lavoro degli *auditor*.

3.2.3 Riunione iniziale e definizione del programma preliminare dei controlli da eseguire

In ragione degli obiettivi dell'*audit*, si programma un incontro iniziale, da considerarsi propedeutico alle attività operative, con i seguenti scopi:

- condividere con la struttura auditata le attività di *audit* e la tempistica;
- raccogliere eventuali particolari esigenze di *audit* manifestate dalla struttura auditata;
- definire il programma preliminare di verifica dell'efficacia operativa dei controlli da eseguire, i controlli essenziali da testare, il tipo di test da effettuare (l'oggetto del controllo: cosa controllo, come lo controllo);
- preparare le *checklist* per tracciare i risultati dei controlli.

3.2.3.1 La valutazione dei controlli

A fronte dei rischi identificati, sono individuati i controlli messi in atto dalla struttura auditata, per ridurre il rischio a livelli accettabili. In particolare si individuano i controlli chiave per ogni settore di intervento e la conformità degli stessi rispetto alla normativa comunitaria, per evidenziare gli eventuali disallineamenti (non conformità).

Per controllo si intende qualsiasi azione che sia in grado di "contenere" il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi.

L'*auditor* valuta ciascun controllo in funzione di due aspetti:

- effettivo svolgimento del controllo;
- efficacia del controllo nell'evitare l'insorgere del rischio.

Pertanto l'*auditor* procede all'identificazione della presenza/assenza dei controlli, predispone un inventario dei controlli presenti nel sistema di controllo adottato dall'Agenzia attraverso la rilevazione dei controlli che operano per i diversi settori esistenti, e individua le azioni correttive da intraprendere. Infine predispone la matrice dei controlli chiave ("*Risk control matrix*") in cui sono riportate le eventuali criticità riscontrate nel disegno dei controlli e le azioni correttive corrispondenti.

3.2.4 Esecuzione dei test

Obiettivo di questa fase è la raccolta, l'analisi, la valutazione e la conservazione delle informazioni necessarie per pervenire ad una conclusione relativamente al prefissato obiettivo di *audit*.

Tra i metodi per raccogliere l'informazione possiamo indicare:

- le interviste;
- i questionari;
- il ricalcolo;
- l'osservazione;
- l'ispezione fisica;
- i confronti per l'intercettazione delle anomalie;
- le analisi a campione.

3.2.4.1 La valutazione del controllo

La valutazione del controllo avviene attraverso l'esecuzione di specifici test sui controlli.

Per determinare il livello di affidabilità del controllo/adequatezza del test vanno tenuti in considerazione, di norma, i concetti di seguito riportati.

Allegato A al decreto n. del

- **Frequenza del controllo.** Tanto meno frequentemente è svolto un controllo, tanto maggiore deve essere l'estensione dei test.
- **Affidabilità del controllo.** Più elevato è il livello di affidabilità di un controllo, tanto meno esteso deve essere il test.
- **Evidenza prodotta dal controllo.** Se i risultati del controllo forniscono evidenze scarse o indirette che il controllo operi efficacemente, il test non fornisce la garanzia necessaria. D'altra parte, se l'evidenza è persuasiva, si può decidere di contenere l'ampiezza del test.
- **Periodo di riferimento del controllo nel tempo.** In considerazione della necessità di assicurare che il controllo sia operante per tutto il periodo verificato, nella pianificazione dei test, si deve tenere conto dell'arco temporale sottoposto a verifica e delle evidenze da produrre in tempi diversi all'interno del periodo. Più il periodo di riferimento è lungo, più è necessario aumentare l'ampiezza dei test e la loro articolazione nel tempo.
- **Esistenza di una combinazione di controlli che può ridurre il livello di garanzia necessario per ogni singolo controllo.** Quando i controlli relativi a un determinato obiettivo di controllo sono esistenti e testati, il livello di garanzia che si rende necessario per ciascun controllo può essere meno elevato rispetto all'esistenza di un unico controllo.
- **Altri elementi relativi alla probabilità che il controllo operi come previsto.** Relativamente alla probabilità che il controllo operi come previsto nell'arco di tempo considerato, nella determinazione dell'ampiezza dei test vanno considerati i seguenti elementi:
 - a. la competenza del personale che esegue il controllo, il livello con cui il dipendente è controllato dai superiori e il *turn over* del personale;
 - b. la probabilità che il controllo sia omesso durante periodi di lavoro intenso (picchi di lavoro/stagionalità);
 - c. la possibilità di omettere il controllo da parte del responsabile del processo o da parte del personale preposto;
 - d. la presenza di fattori di rischi di frode che sono stati identificati e non eliminati con altri controlli.

Le verifiche/test sull'effettività e l'efficacia dei controlli possono essere catalogati nelle seguenti tipologie, riportate nella seguente tabella in ordine di affidabilità crescente.

Tipologie di verifica/test

Tipologia di verifica/test	Nozione
Inchiesta (Inquiry)	chiedere e ottenere conferma (es. intervista)
Osservazione (Observation)	osservare che il controllo venga effettuato o prendere visione della documentazione a supporto (es. osservo a video il controllo)
Esame (Examination)	esame approfondito della documentazione e delle transazioni
Reperforming	riesecuzione del controllo o effettuazione del controllo in affiancamento ai controllori (es. affiancamento ispettori in loco)

In fase di programmazione del test è necessario definire apposite **checklist** che fungeranno da guida per lo svolgimento delle attività e strumento di raccolta e sintesi delle informazioni rilevate.

Durante l'esecuzione della procedura di controllo, l'*auditor* deve verificare, osservare e rilevare l'evidenza fisica dei risultati del controllo.

La valutazione dell'efficacia dei controlli fa riferimento al rischio sottostante ed è quindi espressa e formalizzata come nella seguente tabella.

Valutazione del controllo

Valutazione del controllo	Descrizione della Valutazione	Legenda
NON ADEGUATO	I controlli previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti	-
ADEGUATO	I controlli previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti	✓
NON VALUTATO	L'attività svolta dall'Unità complessa controllo interno non consente di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli	N.V.

Nel caso il controllo non possa essere valutato attraverso l'esecuzione di adeguati test sui controlli, l'Unità complessa controllo interno si limita a rilevare l'esistenza dei controlli o a raccomandarne l'implementazione, rilevando lo stato del controllo come esposto nella seguente tabella.

Stato del controllo

Stato del controllo	Descrizione dello Stato
RILEVATO	I controlli che dovrebbero consentire un'efficace riduzione del rischio sono stati rilevati nel corso dell'intervista con il responsabile del processo
RACCOMANDATO	I controlli che dovrebbero consentire una riduzione del rischio non sono stati rilevati nel corso dell'intervista con il responsabile del processo. È pertanto raccomandata la loro implementazione

I risultati dei test sui controlli possono essere sinteticamente individuati nei due seguenti:

- passato
- fallito.

3.2.4.2 Estrazione del campione soggetto a verifica

Qualora la tipologia di intervento preveda l'effettuazione di verifiche su un campione dell'universo da auditare, deve essere sempre individuata la documentazione necessaria alla definizione della base di campionamento (es. liste delle domande trattate o della transazioni finanziarie effettuate dall'unità organizzativa interessata).

Su tale popolazione (universo) di dati sarà effettuata l'estrazione del campione che sarà sottoposto alla verifica da parte del gruppo di lavoro incaricato dell'intervento di *audit*.

Le modalità di estrazione del campione vengono individuate dal responsabile dell'intervento di *audit* di concerto con l'*auditor*, sulla base della valutazione professionale ed in funzione delle esigenze di verifica.

In generale per fornire un indirizzo operativo evidenziamo che la selezione basata sul giudizio professionale è di maggiore applicazione nel contesto delle attività tipiche del Servizio di controllo interno, non essendo primario obiettivo dell'ufficio in parola la determinazione di conclusioni aventi rigore statistico e probabilistico, quanto piuttosto l'evidenziazione alla Direzione di eventuali rischiosità non adeguatamente governate.

Il processo di campionamento viene formalizzato in un **verbale**, sottoscritto dal responsabile dell'intervento e dall'*auditor* che materialmente procede all'elaborazione e all'estrazione del campione.

Il campionamento può essere [Guida Interpretativa 2100-10] di tipo:

- *statistico*, comporta l'utilizzo di tecniche che permettono di arrivare, per via matematica, a conclusioni riguardanti l'intera popolazione;
- *non statistico*, non segue le regole della statistica e i risultati che produce non vanno estesi all'intera popolazione.

L'*auditor* può decidere se utilizzare o meno un campione statistico, poiché gli standard professionali lo permettono.

Allegato A al decreto n. del

Nell'adottare un campionamento non statistico si deve sempre tenere in considerazione il rischio di campionamento, ovvero il rischio che il campione non sia rappresentativo della popolazione e che l'*auditor* tragga conclusioni errate. Viceversa, con la metodologia statistica, il rischio di campionamento è controllato e misurabile.

Campionamento non statistico

Possono distinguersi le seguenti ulteriori categorie:

- *Campionamento arbitrario.* L'*auditor* seleziona il campione senza seguire una tecnica strutturata, cercando in tutti i modi di evitare distorsioni o sistematicità intenzionali. I risultati non sono estensibili all'intera popolazione su cui viene eseguita l'indagine.
- *Campionamento mirato.* L'*auditor* segue un criterio preferenziale (ad esempio possono essere selezionate tutte le unità che hanno la stessa caratteristica, come importi o negatività o particolari eccezioni), anche in questo caso i risultati si limitano a fornire informazioni solo sul campione e non sulla popolazione.

Campionamento statistico

Possono distinguersi le seguenti fasi di attività:

I) *Progettazione del campione*

Nel progettare le dimensioni e la struttura di un campione, l'*auditor* deve prendere in considerazione gli obiettivi specifici dell'intervento, la natura della popolazione e i metodi di campionamento e di selezione.

Perché un campione sia rappresentativo della popolazione di provenienza occorre che gli archivi di base usati per l'estrazione siano in buono stato di aggiornamento, che la dimensione del campione sia sufficiente e che le procedure di selezione per lo specifico disegno siano appropriate.

Affinché si possa estrarre un campione occorre valutare attentamente le caratteristiche degli archivi di base (denominati anche liste) disponibili. Una volta fatto ciò, sarà possibile identificare il procedimento di selezione delle unità che meglio si adatta a tali caratteristiche. Si elencano alcune delle principali modalità di campionamento che possono essere considerate.

II) *Scelta del tipo di campionamento*

I tipi di campionamento statistico utilizzati per i test di *audit* possono essere classificati come segue:

- **Campionamento statistico per attributi:** viene utilizzato per la determinazione dell'affidabilità delle procedure amministrativo-gestionali tramite la misura della frequenza delle non conformità alle regole aziendali. Si esaminano caratteristiche enumerabili (discrete). Le popolazioni oggetto dell'indagine sono "non monetarie".
I test effettuati secondo questi criteri sono denominati test di controllo o di conformità; questi test sono usati per determinare se i controlli stanno funzionando come descritto o previsto nel periodo identificato per l'*audit*.
- **Campionamento statistico proporzionale alla dimensione degli elementi della popolazione** (test di conformità e di ragionevolezza): questi test mirano a verificare la conformità e la ragionevolezza dei valori monetari registrati dalle procedure aziendali, con un approccio più semplice e più efficiente di quello del campionamento per variabili (in quanto si basa sulla teoria del campionamento per attributi).
- **Campionamento statistico per variabili** (test di sostanza). Le popolazioni oggetto dell'indagine sono monetarie. Questo tipo di test è più complesso da realizzare e corrisponde alla richiesta del management di monetizzare le informazioni sui difetti del controllo.

III) *Strategia di campionamento nel test di controllo o di conformità*

L'*internal auditor* effettua il campionamento con l'intento di trarre conclusioni sull'efficacia delle procedure di controllo. Una procedura di controllo è definita come una caratteristica o un attributo qualitativo di un elemento contenuto in una popolazione.

- **Campionamento casuale semplice con ripetizione.** Questo piano di campionamento prevede che le N unità della popolazione siano considerate tutte nelle stesse condizioni di fronte all'operazione di scelta. L'operazione di scelta consiste nell'estrarre la prima unità del campione con lo stesso procedimento con cui vengono estratte le successive, sempre tra le N unità. Il che equivale a dire che ciascuna unità estratta è rimessa nella popolazione prima di estrarre la successiva.
- **Campionamento casuale semplice senza ripetizione.** Viene effettuato con lo stesso meccanismo del campionamento casuale semplice con ripetizione, ma senza la reimmissione dell'unità già estratta.
- **Campionamento sistematico.** E' una variante del campionamento casuale semplice. Viene praticato estraendo un numero a caso tra 1 e N (numerosità della popolazione) e inserendo nel campione l'unità corrispondente nella lista. Le unità successive sono scelte scorrendo la lista a partire dalla prima unità prescelta e selezionando nuove unità con un passo dato dal rapporto N/n , dove n è il numero di unità che si vogliono inserire nel campione. Il procedimento deve essere tale che, una volta giunti in fondo alla lista delle N unità, occorre proseguire il conteggio a partire dall'inizio.
- **Stratificazione del campione.** Prima di procedere all'estrazione si suddivide la popolazione in due o più gruppi secondo una o più caratteristiche conosciute sulle unità statistiche. Si procede quindi all'estrazione delle unità indipendentemente per ogni gruppo (strato). Questa modalità di pianificazione del campione consente di ottenere stime più precise, a parità di dimensione del campione, rispetto al campione casuale semplice purché all'interno degli strati le unità statistiche siano fra loro omogenee riguardo alle variabili oggetto di studio.

Le modalità di campionamento descritte sono di norma applicabili in maniera modulare, possono cioè essere adottate anche insieme nei casi pratici.

IV) *Campionamento per test di conformità e di ragionevolezza*

Per i test di conformità e di ragionevolezza si usa il campionamento *Probability proportional-to-size* (PPS). Il PPS è una innovazione nella metodologia di campionamento statistico: è stato sviluppato specificamente per l'utilizzo *nell'auditing*.

È conosciuto anche come campionamento per unità monetaria *Monetary unit sampling* (MUS) e *Dollar unit sampling* (DUS).

Questo tipo di campionamento utilizza gli stessi fondamenti statistici del campionamento per attributi come nei test di controllo o di conformità.

Infatti, questa metodologia si può vedere come un campionamento per attributi applicato agli importi: anziché campionare sulle caratteristiche fisiche, viene utilizzato come unità di campionamento il singolo valore monetario nella popolazione degli importi. Poiché in genere la singola unità monetaria non può essere esaminata separatamente, per l'analisi si seleziona l'elemento che comprende tale unità monetaria. Questo metodo favorisce sistematicamente la selezione degli importi più elevati, ma offre comunque a ogni valore monetario le stesse opportunità di essere selezionato.

V) *Campionamento per test di sostanza*

Il campionamento per variabili mira a dare stime della media e della variabilità per fornire informazioni sulla totalità della popolazione.

3.2.4.3 Osservazioni sulle criticità

Dall'analisi dei processi e dall'effettuazione dei test, l'*auditor* deve essere in grado di valutare se il processo presenta dei rischi, se i controlli in essere sono efficaci e se esistono opportunità di miglioramento delle attività.

Dall'esito di queste attività è possibile pervenire alla:

- individuazione dei requisiti specifici previsti dalla normativa;
- individuazione dei controlli chiave, anche mediante la documentazione dei processi;
- identificazione e documentazione dei controlli che risultano inadeguati o che devono essere migliorati;
- individuazione e valutazione delle opportune azioni correttive da intraprendere a fronte delle carenze riscontrate.

Le criticità individuate nel corso dello svolgimento delle attività di *audit* devono essere tempestivamente registrate e comunicate, da parte dell'*auditor* che le riscontra, all'*auditor* responsabile dell'intervento e al Dirigente, al fine di discutere, nel corso dell'incarico e/o durante la riunione di chiusura, le conclusioni e le raccomandazioni con il responsabile del processo auditato.

Per la formalizzazione delle criticità rilevate, l'*auditor* deve registrare quanto segue:

- 1) **Elementi identificativi dell'osservazione:** es. n. progressivo, breve descrizione, processo interessato, strutture interessate;
- 2) **Osservazione:**
 - **Criticità (*issue*):** descrizione della criticità riscontrata; se necessario deve essere integrata con le informazioni di contesto che permettono una agevole comprensione dell'osservazione.
 - **Rischio:** descrizione del rischio che, a causa dell'osservazione rilevata, risulta non essere adeguatamente controllato.
- 3) **Azione correttiva:**
 - **Suggerimento:** suggerimento formulato dall'*auditor* in merito alle azioni necessarie alla soluzione della criticità riscontrata.
 - **Commento management e piano d'azione:** commento generale dei responsabili della struttura auditata, ossia se sono d'accordo o meno con l'osservazione e quindi se intendono agire a riguardo oppure ritengono opportuno assumere il rischio di non procedere ad alcuna all'implementazione di ulteriori controlli e/o migliorie nei processi. Nell'ipotesi in cui concordino con l'osservazione manifestata e sull'opportunità di procedere all'implementazione di ulteriori controlli e/o migliorie nei processi, viene riportato il piano d'azione per la loro realizzazione.
 - **Responsabile (*owner*) del piano d'azione:** individuazione dei soggetti che si fanno carico dell'attuazione del piano d'azione individuato;
 - **Scadenza (*deadline*) del piano d'azione:** data in cui si prevede il completamento delle implementazioni delle azioni correttive.
- 4) **Valutazione dell'osservazione:**
 - **Categoria osservazione:** classificazione e prioritizzazione dell'osservazione secondo il livello di criticità dell'osservazione.
 - **Riserva DAS:** indicare se la criticità rilevata ha effetti sulle eventuali formulazioni di riserve in sede di Dichiarazione di affidabilità da parte del Direttore¹.

¹ **Analisi della normativa di riferimento: Linea Diretrice n. 4**

La normativa di riferimento (in particolare la "Linea Diretrice n. 4 sulla Dichiarazione di Affidabilità rilasciata dal Direttore dell'organismo pagatore ai sensi dell'art. 8, paragrafo 1, lettera c), punto iii) del regolamento (CE) n. 1290/2005 del Consiglio") individua i seguenti criteri per l'individuazione delle carenze per le quali dovrà essere formulata una riserva. La linea direttrice individua le seguenti

- **Note su errori finanziari riscontrati:** calcolare gli eventuali errori finanziari riscontrati e la rilevanza (%) sull'universo di analisi e rispetto alla soglia di significatività dell'eventuale indebito (es. stimata del 2% dei pagamenti).

Esempio formalizzazione osservazione

Osservazione		Azione correttiva				Valutazione dell'osservazione		
Criticità (Issue)	Rischio	Suggerimento	Commento management e piano d'azione	Responsabile (Owner) del piano d'azione	Scadenza (Deadline) del piano d'azione	Categoria osservaz.	Riserva DAS	Note su errori finanziari riscontrati
Descrizione della criticità riscontrata	Descrizione rischio non adeguatamente controllato				immediata/d ata		Si/No	Es. La criticità non ha effetti sulle eventuali formulazioni di riserve da parte del direttore in quanto il settore individuato ha una rilevanza (0,1% dei pagamenti) inferiore alla soglia di significatività dell'eventuale indebito stimata del 2% dei pagamenti (art. 4.3 Agri 61729-2007-IT).

Categorie osservazioni

Categorie		Descrizione	Riserva DAS	Priorità
A	AREA DI RISCHIO PER CUI È STATA INDIVIDUATA UN'ADEGUATA AZIONE CORRETTIVA	La carenza è rilevante sia dal punto di vista degli aspetti quantitativi che qualitativi ed è stata individuata dal <i>management</i> un'azione correttiva atta ad eliminare/ridurre il rischio evidenziato.	No	Media

specifiche generali (Par. 4): "(...) Si raccomanda peraltro di formulare riserve in presenza di gravi carenze del sistema di controllo nazionale, che rendono il rischio significativo. Devono quindi ricorrere nello stesso tempo tutti i seguenti fattori:

1. l'esame degli aspetti qualitativi evidenzia gravi carenze del sistema di controllo nazionale;
2. l'ammontare dell'indebito è stimato superiore al 2% del totale dei pagamenti effettuati nel corso dell'esercizio considerato in qualsiasi degli universi;
3. non è stato possibile attenuare l'impatto delle carenze con altri interventi correttivi."

Nel dettaglio, i dettami della normativa per i tre punti riportati:

Punto 1 (Par. 4.2 della Linea Diretrice n. 4): "Dal punto di vista qualitativo, si dovrebbe formulare una riserva qualora si riscontrino gravi carenze nel sistema di controllo nazionale. Si ritiene che esistano gravi carenze quando una o più componenti essenziali del sistema mancano o non funzionano come si deve. Le componenti da prendere in considerazione a questo riguardo sono sia i requisiti generali per il riconoscimento dell'organismo pagatore, sia quelli specifici prescritti dalla normativa settoriale (normativa agri relativa ai controlli essenziali e secondari). Nel valutare la gravità delle carenze, occorre tenere conto dei seguenti fattori:

- il numero di carenze constatate;
- la loro durata;
- particolari fattori che accrescono il rischio di reputazione per l'organismo pagatore;
- eventuali misure compensative a livello di organismo pagatore, atte a ridurre il rischio individuato."

Punto 2 (Par. 4.3 della Linea Diretrice n. 4): "In termini quantitativi, si dovrebbe formulare una riserva se l'ammontare dell'indebito è stimato superiore al 2% del totale dei pagamenti effettuati nel corso dell'esercizio considerato in qualsiasi dei seguenti universi, di cui al punto 4.2 della linea direttrice n. 24:

- (1) regimi FEAGA contemplati dal SIGC (...)
- (2) regimi FEAGA non contemplati dal SIGC (...)
- (3) regimi FEASR contemplati dal SIGC (...)
- (4) regimi FEASR non contemplati dal SIGC (...)
- (5) transazioni inerenti al registro dei debitori
- (6) transazioni relative ad anticipi/cauzioni

Si tenga presente che la soglia di significatività del 2% rappresenta una stima. Il direttore dell'organismo pagatore non è tenuto ad estrarre un apposito campione per prendere la decisione, ma può basarsi su tutte le informazioni utili di cui dispone, come le statistiche dei controlli dell'organismo pagatore, l'operato del servizio di controllo interno e quello dell'organismo di certificazione. Si sottolinea inoltre che la suddetta soglia del 2% non è legata al concetto di "errori tollerati".

Punto 3 (Par. 4.4 della Linea Diretrice n. 4): "Se si riscontrano carenze, possono essere attuati interventi correttivi in sede di organismo pagatore, al fine di contrastarne l'impatto. Si dovrebbe formulare una riserva se tali interventi correttivi sono inefficaci o non riescono a risolvere il problema, ad esempio per mancanza di tempo."

Allegato A al decreto n. del

B	AREA DI RISCHIO A BASSO IMPATTO PER CUI È STATA INDIVIDUATA UN'ADEGUATA AZIONE CORRETTIVA	La carenza è rilevante dal punto di vista qualitativo ma presenta una minore rilevanza dal punto di vista quantitativo; il <i>management</i> ha individuato un'azione correttiva atta ad eliminare il rischio evidenziato.	No	Bassa
C	AREA DI RISCHIO IN CUI È POSSIBILE UN MIGLIORAMENTO	La carenza è rilevante dal punto di vista qualitativo e quantitativo; il <i>management</i> ha preso atto dei rischi evidenziati e si è attivato per una verifica delle irregolarità riscontrate (ad es. nel caso di un test fallito, che evidenzia tuttavia la non ricorrenza e la casualità della <i>failure</i>) o per l'analisi delle possibili cause e soluzioni della problematica rilevata (ad es. nel caso di rilevazione di problematiche di alto livello come la segregazione delle funzioni). In tutti i casi è prevista la successiva individuazione di una specifica azione correttiva.	No	Media
D	CARENZA GRAVE PER LA QUALE NON È STATA INDIVIDUATA UN'ADEGUATA AZIONE CORRETTIVA	La carenza è rilevante sia qualitativamente che quantitativamente; il <i>management</i> non ha preso atto del rischio individuato e non ha individuato né un'adeguata azione correttiva né un'azione di <i>follow-up</i> atta ad individuare un'azione correttiva.	Sì (Formulazione Riserva DAS)	Alta

3.2.5 Eventuale riunione conclusiva ed emissione *report*

La fase finale dell'esecuzione dell'intervento può prevedere la presentazione del "Piano delle azioni correttive", precedentemente condiviso con i responsabili dei processi, volto alla rimozione delle criticità riscontrate. In particolare, il piano specifica, per ogni criticità, l'azione correttiva, il responsabile di riferimento (*owner*), la priorità (alta, media, bassa), la tempistica per la risoluzione delle criticità (*deadline*).

La riunione di chiusura, quando necessaria, è finalizzata ad assicurare che il management comprenda appieno la natura e le motivazioni dei rilievi e delle raccomandazioni *dell'auditor*. Consente altresì di verificare che non vi siano malintesi da parte *dell'auditor* o che, qualora esistenti, vengano chiariti ed appianati prima dell'emissione del rapporto finale. È anche lo stadio in cui il *management* può esprimere i commenti che desidera siano riportati sul rapporto finale.

È opportuno che *l'auditor* si presenti alla riunione con una bozza del rapporto, quanto più definitiva possibile.

Al termine di ciascun intervento di *audit*, dovrà essere emesso un rapporto finale dell'intervento informativo dei risultati dello stesso.

Il rapporto finale dell'intervento è di norma così articolato:

- **Referenti dell'intervento di *audit*:** sono tutti i soggetti dell'AVEPA e della Struttura auditata, coinvolti direttamente formalmente o informalmente nel processo di *audit*.
- **Obiettivi dell'Intervento:** riassume l'obiettivo dell'intervento nel suo complesso ed in relazione ai moduli in esso compresi.
- **Breve cenno alle modalità operative adottate e attività svolta:** descrive l'ambito di copertura dell'incarico e la natura delle verifiche effettuate.
- **Considerazioni generali e conclusioni:** esprime l'opinione complessiva sui processi e sui controlli interni analizzati. In questo quadro devono essere esposti i risultati ed i miglioramenti proposti in una prospettiva generale. I punti di debolezza riscontrati relativamente ai controlli interni ed all'efficienza dei processi, aventi maggiore significatività. Le criticità riscontrate devono essere riassunte in questa sezione, per essere poi maggiormente dettagliate in seguito.
- **Sintesi delle constatazioni di *audit*:** solo le osservazioni e le criticità aventi la maggiore rilevanza dovrebbero essere riportate, in forma sintetica.
- **Osservazioni.**

Allegato A al decreto n. del

Il rapporto finale dell'intervento è predisposto e sottoscritto *dall'auditor* e dal responsabile dell'intervento.

Il rapporto definitivo è quindi firmato dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno e trasmesso al Direttore dell'Agenzia e alla Struttura auditata con apposita lettera.

3.2.6 Follow up

I criteri e le metodologie di svolgimento dell'attività di *audit* accettate a livello internazionale, cui rimanda l'allegato I al regolamento (CE) n. 885/2006 (punto 4 lett. B) par. iii), prevedono un'azione determinata alla verifica nel tempo delle ottemperanze alle osservazioni formulate durante le attività di *audit*. Tale operazione viene definita come "*follow-up*".

È compito del responsabile dell'intervento di *audit* stabilire e mantenere un sistema di monitoraggio sul seguito dato alle risultanze segnalate al *management*, che assicuri l'introduzione di efficaci misure correttive oppure l'accettazione del rischio di non attivare le azioni correttive.

Gli obiettivi sono:

- verifica dell'adeguata e tempestiva implementazione dell'azione correttiva;
- verifica dell'efficacia dell'azione correttiva nel mitigare i rischi rilevati.

La scelta della forma di *follow-up* più appropriata viene fatta in considerazione della significatività dei rilievi e delle raccomandazioni effettuate e delle conseguenze della mancata esecuzione delle opportune azioni correttive.

A scadenza delle singole raccomandazioni, anche operando per trimestri o semestri, si richiede all'auditato se la raccomandazione è stata effettuata, per monitorare il progresso della messa in atto delle raccomandazioni.

Può essere ritenuto necessario attivare un vero e proprio *audit* distinto, che, in genere a scadenza del piano d'azione, può seguire le stesse tecniche di *audit* del rapporto originario, salvo concentrarsi sulla specificità delle raccomandazioni, può prevedere un campionamento più contenuto.

Nel caso in cui *rilievi* e raccomandazioni siano così significativi da richiedere un'immediata reazione del *management*, potranno essere assoggettati a monitoraggio continuo fino alla loro completa sistemazione, anche richiedendo rapporti periodici che consentano di seguire il progresso dell'attività di sistemazione delle anomalie.

Dall'analisi delle informazioni raccolte dalla Struttura auditata e dei documenti a conferma delle attività poste in essere, viene determinata l'adeguatezza, la tempestività e l'efficacia e delle azioni intraprese in risposta ai rilievi e raccomandazioni presentate.

In particolare si possono verificare le seguenti situazioni:

- a) Il Piano d'azione è stato **implementato** correttamente.
- b) Il Piano d'azione è stato **parzialmente eseguito** e necessita di un tempo supplementare o di una revisione dell'originario Piano di azione al fine di coprire l'osservazione e i rischi collegati. Si individuano le attività che devono ancora essere implementate o che necessitano di una modifica. Va inoltre rilevata la nuova data prevista di completamento.
- c) Il Piano d'azione **non è stato implementato**. Si possono presentare diversi casi:
 - Il Piano d'azione non risulta applicabile (ad esempio in seguito a un cambiamento della legislazione di riferimento o di un processo) e necessita di una modifica. In questo caso, una volta concordate le attività fra il Dirigente della Struttura auditata e l'Unità complessa controllo interno, si individuano le attività che devono ancora essere implementate o che necessitano di una modifica. Va inoltre rilevata la nuova data prevista di completamento.
 - Inadempienza dei responsabili preposti all'implementazione. Va evidenziato che il Piano risulta ancora aperto, indicando una nuova data di scadenza preventivamente concordata con il Dirigente di Struttura.

Allegato A al decreto n. del

Il Dirigente dell'Unità complessa controllo interno va comunque informato tempestivamente dell'inadempienza.

I risultati del *follow-up* devono essere comunicati al Direttore.

3.3 Le carte di lavoro

Nel corso dell'esecuzione *dell'audit*, gli *auditor* devono raccogliere tutte le evidenze necessarie a supportare sia le criticità riscontrate che gli elementi che confermano la validità del sistema di controllo. Tutte queste evidenze di supporto devono essere adeguatamente archiviate per dimostrare l'inequivocabilità e l'oggettività di quanto riscontrato. Ciò è di fondamentale importanza per l'*auditor* per sostenere le proprie argomentazioni in fase di condivisione delle criticità con il responsabile e/o con il Dirigente dei processi/funzioni interessato.

L'attività svolta dall'*auditor* deve essere riportata in carte di lavoro, che documentano la natura e l'estensione del test.

Per ciascun intervento di *audit*, l'Unità complessa controllo interno mantiene adeguata documentazione. In termini di contenuti, gli *Standard* prevedono, in genere, la seguente copertura delle carte di lavoro:

- i documenti relativi alla programmazione dell'*audit*;
- diagrammi e dati organizzativi, nonché riferimenti alle applicabili politiche e procedure;
- i procedimenti analitici utilizzati, (*questionari*, *flowchart*, *checklist*);
- le informazioni ottenute e le conclusioni raggiunte;
- note e verbalizzazioni delle interviste effettuate;
- l'evidenza dell'avvenuta supervisione da parte del responsabile;
- copia delle comunicazioni inviate e ricevute;
- le azioni di *follow-up* effettuate.

Il **fascicolo** è aperto *dall'auditor* incaricato dell'intervento, all'atto di procedere alla sua pianificazione.

Il codice dell'intervento è il riferimento che consente di identificare all'interno del Piano tutta la documentazione prodotta o ricevuta nel corso dell'intervento. Pertanto sia sul dorso del fascicolo, sia su tutto il cartaceo in esso contenuto, viene riportato il suddetto codice.

Le carte di lavoro sono firmate dall'*auditor* che le ha redatte e dal responsabile/Dirigente che ha effettuato la revisione delle stesse.

L'organizzazione standard del fascicolo dell'intervento di *audit* contiene le seguenti sezioni:

- pianificazione e corrispondenza:** raccoglie e documenta tutte le comunicazioni intervenute tra l'Unità complessa controllo interno e le unità auditate nella fase di pianificazione dell'intervento;
- normativa:** raccoglie i principali atti normativi relativi all'esecuzione dell'intervento di *audit*;
- checklist:** raccoglie le *checklist*, i programmi di lavoro e i verbali di estrazione dei campioni utilizzati nel corso dell'intervento e firmati da parte degli *auditor* che hanno svolto il lavoro;
- evidenze osservazioni:** raccoglie tutte le evidenze necessarie a supportare le osservazioni contenute nel rapporto dell'intervento;
- rapporto dell'intervento e corrispondenza:** raccoglie e documenta tutte le comunicazioni intervenute tra l'Unità complessa controllo interno e le unità auditate nella fase di rendicontazione dell'intervento; inoltre, all'interno di tale sezione, viene collocato il rapporto finale dell'intervento stesso, oltre ad eventuali bozze dello stesso, se ritenute di rilevanza;
- documentazione di lavoro:** raccoglie l'eventuale altra documentazione ritenuta rilevante e da mantenersi archiviata. Alcuni esempi di tali documenti sono i moduli di intervista, i *memo*, le tabelle di rilevazione delle informazioni dei *walk-through test* (da costruirsi specificamente); qualora i contenuti di questo punto fossero quantitativamente significativi si provvederà ad inserire un sommario di quanto contenuto;

Allegato A al decreto n. del

- g. **eventi successivi:** nel caso in cui il rapporto finale dell'intervento appena concluso fosse inclusivo di osservazioni, questa sezione dovrà raccogliere tutte le evidenze necessarie a supportare l'effettiva implementazione delle azioni correttive.

Al termine di ciascun intervento di *audit*, il responsabile rivede la documentazione prodotta, si assicura che il fascicolo sia completo e che i relativi contenuti siano ordinati e procede alla sua archiviazione (cartacea ed elettronica) presso l'archivio dell'Unità complessa controllo interno, allegando una pagina di sommario sintetico relativo ai contenuti del fascicolo stesso.

In termini di riservatezza, va sottolineata l'estrema delicatezza di molte delle informazioni contenute nelle carte di lavoro. In merito va ricordato che esse sono di proprietà aziendale e, di norma, sono accessibili solo a chi ne sia debitamente autorizzato. L'accesso è soggetto all'approvazione del Dirigente dell'Unità complessa controllo interno, il quale, prima di eventualmente rilasciare la documentazione all'esterno dell'Agenzia, deve sentire il *management* e l'ufficio legale. Esse comunque non godono dei privilegi concessi al cosiddetto "segreto d'ufficio" e sono pertanto accessibili alle autorità, seppure su richiesta.

3.4 La supervisione

L'incarico di *audit* deve essere assoggettato ad adeguata supervisione che deve estendersi a tutte le fasi dell'intervento con le seguenti finalità:

- assicurare il pieno raggiungimento degli obiettivi *dell'audit*;
- verificare le competenze *dell'auditor*;
- garantire il livello qualitativo dell'attività svolta, fornendo guida ed istruzioni;
- assicurare la qualità della comunicazione e delle carte di lavoro, verificando che le fasi siano condotte come previsto;
- promuovere lo sviluppo professionale degli *auditor*.

PARTE IV

L'AUDIT DEI SISTEMI IT

4.1 Definizione degli obiettivi

La sempre maggiore dipendenza dei processi dell'AVEPA dall'informatica determina l'applicazione, da parte dell'Unità complessa controllo interno, di tecniche di *audit* anche in materia informatica.

Obiettivi fondamentali in materia di *Audit* IT sono: individuare le aree di maggior esposizione ai rischi nelle attività di gestione dell'infrastruttura informatica, misurarne il grado di controllo esistente, rilevando le potenziali criticità e proponendo, se necessario, le misure per il ripristino del livello di controllo desiderato.

4.2 Analisi del processo “Sistemi Informativi” dell'Agenzia

Al fine di individuare le aree di maggior esposizione ai rischi, la metodologia adottata dall'Unità complessa controllo interno propone un'analisi del processo in cui sono sintetizzate tutte le attività di gestione degli aspetti informatici dell'Agenzia.

Tale analisi, coerentemente con l'analisi dei processi, può essere scomposta nelle tre fasi principali:

- IT *Risk assessment*;
- pianificazione *audit* IT;
- esecuzione di test sull'ambiente IT.

4.3 IT *Risk assessment*

Nel caso in cui la struttura preposta alla gestione dell'ICT dell'Agenzia abbia predisposto un processo di *Risk management* (gestione del rischio che prevede una fase di identificazione e valutazione del rischio o *Risk assessment*), l'IT *auditor* svolge un ruolo di supervisione e accerta che tale processo sia adeguato ed efficace, identificando e valutando ogni significativa esposizione al rischio; fornendo analisi, rapporti e raccomandazioni di miglioramento; inoltre in veste di consulente, può fornire supporto per identificare, valutare ed implementare metodologie e controlli, atti a fronteggiare i rischi identificati.

Nel caso in cui la struttura preposta alla gestione dell'ICT dell'Agenzia non abbia predisposto un processo di *Risk management* l'IT *auditor* provvede a elaborare un *Risk assessment* (mappatura dei processi, dei rischi e dei relativi controlli) al fine di identificare e valutare ogni significativa esposizione al rischio e pianificare attività di *audit* coerenti con detta analisi del rischio.

Le attività preliminari all'IT *Risk assessment* sono: la mappatura delle infrastrutture tecnologiche esistenti, la rilevazione del parco applicativo dell'Agenzia e della struttura organizzativa dei Sistemi informativi. Tali informazioni dovranno essere sempre tenute in considerazione durante tutta l'attività di IT *auditing*. L'attività di IT *Risk assessment* avviene tramite interviste con il personale IT dell'Agenzia coerentemente con la metodologia generale di *Risk assessment* (usata nei processi principali). Successivamente, congiuntamente con il responsabile della struttura preposta all'organizzazione e alla gestione dell'IT, sono identificati i rischi principali insiti nelle attività descritte e si procede alla loro valutazione. Quindi vengono mappate le attività di controllo a cui, sempre congiuntamente con il responsabile del processo e/o con il personale responsabile di detta attività di controllo, viene dato un giudizio preliminare in merito alla loro capacità di mitigare il rischio in oggetto. Contestualmente è possibile eseguire delle attività di confronto di quanto

rilevato, con le migliori pratiche in merito alle attività di controllo e quindi identificare delle aree di miglioramento già in fase di intervista.

L'Agenzia si è dotata di un *IT Risk assessment*, realizzato secondo la metodologia *Octave Allegro*, che viene aggiornato periodicamente.

Fintanto che l'Agenzia ne mantiene l'aggiornamento, l'Unità complessa controllo interno effettua le attività di supervisione precedentemente descritte.

4.4 Pianificazione *audit* IT

Qualora si decida l'esecuzione di interventi di *audit* conseguenti a rischi valutati alti nei processi di *Information technology* è bene considerare i seguenti aspetti per poter fornire delle indicazioni precise sui confini dell'intervento.

Per la pianificazione è necessaria una piena comprensione dell'ambiente informatico aziendale e delle applicazioni per poter coglierne le dimensioni e la complessità e capire in qual misura l'organizzazione ne dipenda per il perseguimento dei suoi obiettivi e a quali rischi la stessa si espone. Si deve comprendere la struttura organizzativa dell'IT, inclusi ruoli e responsabilità del personale informatico chiave, gli *owner* degli applicativi e i responsabili dei processi e sottoprocessi. È necessario individuare i controlli volti a fronteggiare i rischi propri dell'ambiente informatico. Gli obiettivi e la portata della verifica vengono definiti nel piano dell'intervento. La forma e il contenuto del piano possono variare, ma dovrebbero comunque comprendere sempre:

- obiettivi e portata della verifica;
- rischio principale a cui l'intervento di *audit* fa riferimento;
- elenco delle attività di controllo poste in essere per mitigare il rischio;
- aree dell'infrastruttura tecnologica e/o applicativi impattati da tale rischio;
- aree di *business* servite dalle aree di infrastruttura tecnologica e/o applicativi citati al punto precedente e danno presunto in caso di manifestazione del rischio.

In tal modo si hanno le informazioni necessarie sia per limitare eventualmente l'ambito dell'intervento a favore di una maggiore efficienza, sia per stimare correttamente le risorse in termini di tempo e di competenze.

4.5 Esecuzione di test sull'ambiente IT

Il Responsabile di *Internal auditing* (RIA) deve accertare che la funzione *Internal auditing* abbia le risorse di *audit*, o possa avvalersi di risorse indipendenti e competenti per effettuare la verifica delle attività informatiche per valutare l'esposizione ai rischi relativi. [Guida Interpretativa 2100.2]

La fase di esecuzione di test sull'ambiente IT ha come *input* tutti gli elementi indicati nella pianificazione dell'*audit* IT, il rischio in considerazione, le attività di controllo da testare, le aree di infrastruttura e/o gli applicativi di riferimento, ecc. ed il *budget* in termini di tempo per risorsa.

Durante questa fase le risorse devono analizzare i dati in loro possesso e definire un programma di lavoro indicando:

- gli obiettivi generali che si intendono perseguire;
- le informazioni e la documentazione necessaria come *input* all'esecuzione dell'intervento e che può essere analizzata prima della partenza dello stesso;
- un'agenda delle interviste necessarie con gli obiettivi delle interviste;
- un'agenda dei test sull'elaboratore con gli obiettivi di tali test;
- una *checklist* dei punti di controllo salienti che non devono essere tralasciati dall'insieme di interviste e test.

In ogni verifica dei sistemi informativi l'*auditor* deve fare distinzione tra i controlli generali che agiscono su tutti i sistemi e le operazioni informatiche (controlli pervasivi) e i controlli che, invece, agiscono ad un livello più specifico (controlli di dettaglio), in modo da poter focalizzare l'attività sulle aree di rischio rilevanti ai fini dell'obiettivo dell'*audit*. [Guida interpretativa 2100.11]

La Guida operativa [ISACA *Auditing guideline* G15] riguardante la pianificazione dell'*auditing* dei sistemi informativi prevede che l'*auditor* debba svolgere una valutazione preliminare dei controlli in essere nella funzione da sottoporre ad *audit*. Nel quadro di questo esame preliminare, l'*auditor* deve individuare e valutare i controlli informatici pervasivi più significativi. [Guida interpretativa 2100.11]

L'*auditor* deve condurre test sufficienti per dimostrare che i controlli pervasivi significativi funzionavano in modo efficace nel periodo di *audit* o in un determinato momento. Le procedure di test possono comprendere:

- osservazione;
- indagini di conferma;
- esame della documentazione attinente (politiche, standard, verbali delle riunioni, eccetera);
- ripetizione dei test (ad esempio, mediante tecniche CAAT).

Se i test condotti sui controlli informatici pervasivi significativi indicano che tali controlli sono soddisfacenti, l'*auditor* deve procedere come previsto con l'esame dei controlli di dettaglio direttamente correlati con l'obiettivo dell'*audit*. Questi test possono essere meno estesi di quanto sarebbe necessario se i controlli pervasivi non funzionassero in maniera soddisfacente. [Guida interpretativa 2100.11]

4.6 Utilizzo di *standard* di IT *auditing*

Al fine di rispondere in maniera efficiente alla complessità degli impegni derivanti dal proprio ruolo, l'*auditor* dei Sistemi Informativi, nello svolgimento delle proprie attività, individua le linee guida a cui richiamarsi nell'ambito di standard internazionalmente riconosciuti.

L'agenzia, dal 2006, ha scelto la metodologia ISO/IEC 27001:2005 come *framework* di riferimento per la Gestione della sicurezza delle informazioni.

Nel giugno dell'anno 2008 l'AVEPA ha conseguito il certificato per la messa in sicurezza del proprio sistema informatico. Il certificato di conformità allo standard internazionale ISO/IEC 27001:2005 è stato rilasciato dal TÜV Italia, ente indipendente di certificazione ed ispezione.

Fintanto che l'Agenzia mantiene l'aggiornamento annuale del Certificato ISO/IEC 27001:2005, le attività dell'Unità complessa controllo interno per l'IT *Audit*, si svolgeranno all'interno di questo perimetro.

L'ambito di certificazione è quello inerente la messa in sicurezza degli applicativi istituzionali e dei dati in essi contenuti e lavorati, ossia gli applicativi che consentono di giungere all'erogazione del contributo richiesto dal beneficiario partendo dalla compilazione della domanda stessa.

Il mantenimento della certificazione alla standard ISO, prevede che, annualmente, l'Agenzia venga visitata da una società esterna e qualificata che ne verifichi la conformità alla norma e rilasci il Certificato di conformità.

La norma ISO/IEC 27001:2005 prevede che, internamente all'organizzazione, vengano condotte verifiche indipendenti ad intervalli regolari o qualora si verifichino modifiche significative alla gestione della sicurezza. Questa revisione indipendente è necessaria per assicurare la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia dell'approccio dell'organizzazione per gestire la sicurezza delle informazioni.

L'Unità complessa controllo interno rappresenta la struttura che deve svolgere attività di verifica indipendente nell'ambito della certificazione ISO 27001:2005, ovvero espletare le attività che garantiscono la "Verifica indipendente della sicurezza dell'informazione" prevista dall'obiettivo di controllo 6.1.8. della norma.

Nell'ambito della norma, l'Agenzia è tenuta a redigere ed aggiornare una propria Dichiarazione di applicabilità – *Statement of applicability* (SOA), - in cui vengono identificati gli obiettivi di controllo applicabili nella propria realtà organizzativa.

Le attività di *audit* pertanto consistono nel testare il rispetto di quanto richiedono gli obiettivi di controllo applicati in Agenzia.

Nell'ambito della pianificazione annuale di *audit*, si è previsto di dare completa copertura ai test sugli obiettivi di controllo della norma UNI CEI ISO/IEC 27001:2005 nell'arco di un quinquennio.

Non si esclude, comunque il ricorso o l'utilizzo di altre metodologie che potrebbero rivelarsi necessarie per esigenze particolari.

SUPPORTO IT ALL'AUDIT OPERATIVO

Allo scopo di supportare l'*audit* operativo per la valutazione dell'efficacia dei controlli che sono fortemente automatizzati può essere prevista la collaborazione con *auditor* IT per svolgere la verifica di un'applicazione informatica e/o per l'analisi dei dati attraverso strumenti informatici. A tal fine è opportuno istituire *team* multidisciplinari con competenze nelle aree operative interessate e con competenze IT, in particolare nell'utilizzo di strumenti informatici di gestione e analisi dei dati (CAAT).

A. Controlli sulle applicazioni informatiche

I rischi propri di un'applicazione riguardano il sistema in sé e i dati e comprendono elementi quali:

- rischi di disponibilità nel caso venga meno la capacità operativa del sistema stesso;
- rischi di sicurezza a seguito di accesso non autorizzato ai sistemi e/o ai dati;
- rischi di integrità conseguenti a difetti di completezza, precisione, tempestività e autorizzazione nelle elaborazioni dei dati;
- rischi per la manutenibilità del sistema in caso non si possa aggiornare il sistema, quando necessario, a garanzia continuativa della disponibilità, sicurezza e integrità del sistema stesso;
- rischi per i dati, in termini di completezza, integrità, riservatezza, *privacy*, precisione e tempestività.

I controlli applicativi, volti a fronteggiare i rischi legati alle applicazioni informatiche, possono comprendere controlli informatici integrati nel sistema, controlli manuali, o una combinazione di entrambi. [Guida interpretativa 2100.9]

Congiuntamente il *team* di *audit* dovrà comprendere il funzionamento teorico del controllo automatizzato raccogliendo tutte le casistiche che possono innescare percorsi diversi all'interno dello stesso.

Le informazioni raccolte devono riguardare sia gli aspetti informatici, sia gli aspetti manuali del sistema. L'analisi deve concentrarsi essenzialmente sulle operazioni di inserimento elettronico o manuale dei dati, di elaborazione, memorizzazione e *output*, che siano significative ai fini degli obiettivi dell'*audit*. [Guida interpretativa 2100.9]

Per poter accertare che i controlli funzionino come previsto, l'*auditor* identifica i controlli volti specificamente ad attenuare i rischi dell'applicazione e raccoglie poi una sufficiente quantità di

evidenze. Per far questo si può ricorrere a procedure quali le interviste e l'osservazione, all'esame della documentazione e, laddove i controlli a programma siano oggetto di verifica, il test dei controlli applicativi (è possibile utilizzare strumenti quali: *Computer assisted audit techniques* (CAAT). [Guida interpretativa 2100.9]

B. Utilizzo di CAAT

Al fine dell'analisi dei dati attraverso strumenti informatici è opportuno istituire team multidisciplinari con competenze nelle aree operative interessate e con competenze IT, in particolare nell'utilizzo di strumenti informatici di gestione e analisi dei dati tramite CAAT. Gli obiettivi delle elaborazioni devono essere indicati dall'*auditor* operativo, mentre è compito dell'*auditor* IT sviluppare le tecniche di analisi dei dati ed individuare lo strumento informatico (es. ACL, Ms Access, *Data warehouse* aziendale) che meglio consenta l'esecuzione di tali analisi.

Le CAAT sono importanti per lo svolgimento di un *audit*. Le tecniche CAAT comprendono strumenti e tecniche di vario tipo, ad esempio software generico di *audit*, programmi di utilità, dati di test, tracciatura e mappatura del software applicativo. Le tecniche CAAT possono essere usate in diverse procedure di *audit* tra cui:

- test su particolari di transazioni e saldi;
- procedure analitiche di controllo;
- test di conformità sui controlli generali dei sistemi informativi;
- test di conformità sui controlli delle applicazioni informatiche;
- test di intrusione.

L'*auditor* deve controllare l'uso delle tecniche CAAT per poter garantire ragionevolmente che gli obiettivi di *audit* risultino soddisfatti e che le specifiche CAAT siano state rispettate. Ciascuna fase del processo deve essere documentata a sufficienza per fornire le opportune evidenze di *audit*. In particolare, le carte di lavoro devono contenere una documentazione sufficiente a descrivere l'applicazione CAAT. [Guida interpretativa 1220.2]

PARTE V

PROGETTI SPECIALI

5.1 Definizione

Con i progetti speciali si eseguono attività mirate, al di fuori della programmazione annuale, con procedure più rapide e flessibili, che possono coinvolgere anche gli organismi delegati, attuate dal Dirigente dell'Unità complessa controllo interno, sentito il Direttore dell'Agenzia.

La tipologia degli interventi è di norma la seguente:

1. operativo: per evidenziare emergenti carenze di funzionamento di sistema, di comportamento e di organizzazione;
2. monitoraggio: per seguire agevolmente, in tempi brevi e con obiettivi più mirati gli interventi correttivi già previsti nei piani di *follow-up*, ma con una tempistica troppo lunga;
3. supporto: per un'eventuale ed immediata collaborazione con le strutture interessate, per l'individuazione di criticità e dei relativi idonei interventi correttivi.

5.2 Approccio metodologico

In linea di principio la metodologia adottata nello svolgimento dei progetti speciali è quella descritta nella precedente parte III "L'intervento di *audit*".

Tuttavia, quando fosse ritenuto necessario o utile allo svolgimento dell'attività in oggetto, il responsabile del progetto speciale potrà applicare una metodologia, in parte o del tutto, diversa rispetto a quella descritta nel presente Manuale.

5.3 Adozione principi di revisione contabile

Nei progetti speciali finalizzati alla verifica del disegno e dell'efficacia dei controlli, la metodologia adottata nello svolgimento dei progetti speciali è quella descritta nella precedente parte III "L'intervento di *audit*" del presente Manuale.

Avendo riguardo a interventi specifici di *audit*, coerentemente con gli obiettivi definiti per tali interventi, il responsabile del progetto speciale potrà applicare, ove ritenuto opportuno, ed al fine di integrare le indicazioni previste nel presente Manuale, tecniche e metodi derivanti dai principi di revisione aziendale ed in particolare quelli emanati dal Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e dal Consiglio nazionale dei ragionieri e dei periti commerciali.

In particolare i progetti speciali specifici, per il cui svolgimento può essere valutata l'adozione di criteri metodologici derivanti dalla revisione aziendale, sono quelli che, per loro natura, mirano principalmente alla verifica dell'attendibilità delle informazioni finanziarie.

I principi di revisione predisposti a partire dal 2002 dalla Commissione paritetica per la statuizione dei principi di revisione risultano in generale allineati con i principi internazionali di revisione *International standards on auditing* (ISA) raccomandati dall'*International Federation of Accountants* (IFAC). Essi sono caratterizzati dall'approccio per "principi e procedure generali" e regolano i vari aspetti e le fasi della revisione, quali: la responsabilità del revisore, la documentazione della revisione, la pianificazione, la valutazione dei rischi, l'utilizzo del lavoro di terzi, ecc.

Allegato A al decreto n. del

Nell'ambito delle attività di revisione svolte dal Servizio di controllo interno dell'AVEPA, si procede all'utilizzo delle tecniche e dei metodi raccomandati dagli specifici principi di revisione che risultano applicabili al contesto dell'AVEPA. In particolare, l'adozione di specifici principi e l'integrazione delle attività di revisione mediante i metodi e le tecniche dagli stessi previste, è finalizzata al costante mantenimento di un elevato livello qualitativo degli interventi di *audit* sia in termini di efficacia che di documentazione di supporto.

PARTE VI

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ COMPLESSA CONTROLLO INTERNO E VALUTAZIONE DELL'UNITÀ COMPLESSA

Al termine dell'anno di riferimento, il Dirigente dell'Unità complessa controllo interno riferisce al Direttore dell'Agenzia sull'attività svolta.

I contenuti essenziali del rapporto sono i seguenti:

- a) **Gestione e risultati del Piano di *audit***: si descrive quanto effettivamente svolto nel corso del periodo, in comparazione con quanto era stato previsto; in particolare si procede all'analisi della tempistica e dell'utilizzo delle risorse impiegate per ciascun intervento, nonché di tutte le variazioni intervenute nel Piano di *audit* rispetto alla programmazione iniziale (progetti speciali o altro).
- b) **Sintesi delle principali osservazioni**: si relaziona sulle principali osservazioni rilevate nel corso degli interventi di *audit* svolti che costituiranno elemento di analisi per le successive valutazioni nell'ambito della redazione del nuovo Piano annuale di *audit*.
- c) **Attività di "follow-up"**: si relaziona sull'effettiva esecuzione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi auditati e dei risultati prodotti da questa attività.
- d) **Altre attività**: si descrivono le principali attività e i risultati ottenuti e l'assorbimento delle risorse.
- e) **Valutazione dell'Unità complessa, formazione e aggiornamento professionale del personale**: si relaziona sui risultati raggiunti dal personale dell'Unità complessa controllo interno nel corso dell'anno, evidenziando tutti gli aspetti valutativi delle attività svolte dal personale, oltre che le eventuali esigenze che fossero state rilevate in termini di formazione, professionalità e aggiornamento.

Tale valutazione contemplerà anche l'individuazione dei seguenti benefici:

- A. grado di sicurezza raggiunta dall'Agenzia nella propria attività in conseguenza dell'esecuzione del Piano di *audit*;
- B. contributi al miglioramento e all'efficienza dei processi dell'Agenzia, misurabili sia attraverso le osservazioni emerse nell'attività di *Internal auditing*, sia attraverso l'incidenza della condivisione da parte degli auditati.

ALLEGATI

- Allegato A1: Programma di verifica
- Allegato A2: Verbale di estrazione
- Allegato A3: Rapporto finale dell'intervento

Allegato A1 **PROGRAMMA DI VERIFICA**

	PROGRAMMA DI VERIFICA PER L'ESECUZIONE DELL' INTERVENTO DI AUDIT PRESSO ... (denominazione Struttura auditata)	
	Codice intervento _____ Responsabile _____ Audit _____ Auditor _____ DATA INIZIO _____	TEMPISTICA
PIANIFICAZIONE	OPERAZIONI PRELIMINARI E AVVIO INTERVENTO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere l'<u>obiettivo</u> dell'intervento di <i>audit</i> • Individuare l'<u>approccio</u> <i>dell'audit</i> (dove si effettuerà, come si articolerà...) • Definire l'<u>estensione</u> <i>dell'audit</i> (tipologia domande, settore, campagna...) 	
	ACQUISIRE ED ANALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE	
	Indicare: <ul style="list-style-type: none"> • le procedure, leggi, regolamenti, piani operativi, informazioni/documenti necessari e coerenti con gli obiettivi di <i>audit</i> da esaminare • la modulistica (checklist e verbali) utilizzati dalla struttura auditata 	
	COMUNICARE L'AVVIO DELL'INTERVENTO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicare con lettera al Direttore e alla struttura auditata l'avvio delle attività 	
	FASE II DAS RILEVAZIONE DEI CONTROLLI CHE OPERANO PER I DIVERSI SETTORI	
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi della normativa di riferimento e individuazione dei controlli chiave. In particolare si vogliono individuare i controlli chiave per ogni settore di intervento e la conformità degli stessi rispetto alla normativa comunitaria, per evidenziare gli eventuali disallineamenti (non conformità). • Identificazione della presenza/assenza dei controlli. Predisporre un inventario dei controlli presenti nel sistema di controllo adottato dall'Agenzia attraverso la rilevazione dei controlli che operano per i diversi settori esistenti. • Individuazione delle azioni correttive da intraprendere. • Predisporre la matrice dei controlli chiave ("Risk control matrix") in cui sono riportate le eventuali criticità riscontrate nel disegno dei controlli e le azioni correttive corrispondenti. 	
RIUNIONE INZIALE E DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA PRELIMINARE DEI CONTROLLI DA ESEGUIRE		
<ul style="list-style-type: none"> • Condividere con la struttura auditata le attività di <i>audit</i> e la tempistica • Raccogliere eventuali particolari esigenze di <i>audit</i> manifestate dalla struttura auditata • Definire il programma preliminare di verifica dell'efficacia operativa dei controlli da eseguire, i controlli essenziali da testare, il tipo di test da effettuare (l'oggetto del controllo: cosa controllo, come lo controllo) • Preparare la <i>checklist</i> per tracciare i risultati dei controlli svolti 		

ANALISI E VERIFICA	<p>FASE III DAS VERIFICA DELL'OPERATIVITA' DEI CONTROLLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificare l'effettività e l'efficacia operativa su alcuni dei controlli essenziali così individuati nella riunione iniziale. • Individuazione della numerosità campionaria, definita in base al tipo di controllo. • Individuazione del metodo di campionamento. • Selezione del campione ed attività di <i>testing</i>. 	
	<p>ESECUZIONE DEI TEST (FASI TIPO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicare alla struttura auditata la lista delle domande estratte per le attività di test, indicando la data e l'ufficio ove recapitarle. Richiedere l'eventuale presenza, in affiancamento, dei funzionari che hanno istruito l'attività • Al ricevimento delle pratiche compilare "ricevuta di consegna" delle pratiche da consegnare al funzionario • Effettuare i controlli • Compilare e sottoscrivere le <i>checklist</i> di controllo con l'indicazione: data controllo, auditor incaricati, funzionario eventualmente presente al controllo, numero fascicoli controllati, numero checklist/domande controllate, esito del controllo, eventuali dichiarazioni del funzionario presente, documenti esibiti e non esibiti, firma del controllore <p>Nel caso di affiancamento degli istruttori durante i controlli in loco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicare il preavviso del controllo, indicando il luogo dell'incontro, l'orario di inizio. Richiedere: il nominativo del funzionario che sarà presente; l'esibizione dei fascicoli relativi alle domande da controllare. • Compilare e sottoscrivere le <i>checklist</i> di controllo 	
	<p>CHIUSURA DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO: INDIVIDUAZIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE RISPETTO ALLE IRREGOLARITA' RISCONTRATE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compilare un verbale riepilogativo dei controlli svolti per ciascuna struttura/Sportello/etc. • Individuare eventuali irregolarità e classificarle in: <ul style="list-style-type: none"> - difformità formali: non conformità che non incidono nella determinazione e l'erogazione degli aiuti - irregolarità sostanziali: irregolarità che incidono nella determinazione e l'erogazione degli aiuti • Prendere contatti con la struttura auditata e concordare data e modalità di restituzione delle pratiche controllate • All'atto di restituzione delle pratiche compilare "ricevuta di restituzione" delle pratiche da fare firmare al funzionario e inserirle nel fascicolo. • Sulla base dei risultati ottenuti dall'esecuzione dei test sull'operatività dei controlli, sono individuate le criticità oggetto di specifica valutazione. 	
	<p>STESURA BOZZA RELAZIONE FINALE E (EVENTUALE) RIUNIONE DI CHIUSURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentazione del "Piano delle azioni correttive", precedentemente condiviso con i responsabili dei processi, volto alla rimozione delle criticità riscontrate. In particolare, il piano specifica, per ogni criticità, l'azione correttiva, il responsabile di riferimento (<i>owner</i>), la priorità (alta, media, bassa), la tempistica per la risoluzione delle criticità (<i>deadline</i>). • Redigere il rapporto finale preliminare (bozza) da condividere preliminarmente con la struttura auditata (riunione di chiusura) • Nella bozza di relazione finale riportare: <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi <i>dell'audit</i> - ambito di copertura (estensione) - approccio <i>dell'audit</i> - campionamento di <i>audit</i> e attività di test svolte - sintesi dei risultati <i>dell'audit</i> - considerazioni preliminari - eventuali raccomandazioni 	
REPORTING		

	<ul style="list-style-type: none"> • Riportare le eventuali osservazioni del responsabile. 	
	CHIUSURA DELL'AUDIT: STESURA RELAZIONE FINALE E RELATIVO INVIO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prendere atto delle risultanze emerse in sede di riunione di chiusura nella relazione finale, apportando eventualmente le modifiche alla bozza di relazione condivisa con l'auditato: • Predisporre nota di invio della relazione alla struttura auditata e al Direttore. 	
	FOLLOW UP	
	<ul style="list-style-type: none"> • A scadenza delle singole raccomandazioni, verificare il rispetto delle ottemperanze alle osservazioni formulate nella relazione dell'intervento di <i>audit</i>. 	

Allegato A2 VERBALE DI ESTRAZIONE

Si riporta il metodo di campionamento adottato per la selezione delle pratiche, il numero delle pratiche verificate ed il loro importo complessivo rispetto al totale delle pratiche della popolazione e dell'importo complessivo.

In data 00/00/00 - si è proceduto all'estrazione del campione di domande del - Titolo ... da sottoporre a test.....

I CRITERI UTILIZZATI PER L'ESTRAZIONE DEL CAMPIONE SONO I SEGUENTI:

Si è deciso di sottoporre a test le domande afferenti le misure ... e ...; in particolare, per quanto attiene la misura ..., poiché questa si compone di diverse sottomisure, si è deciso di porre l'attenzione sulle sottomisure e in quanto le maggiormente rappresentative, Ciò premesso, si è deciso che le domande da sottoporre a test sarebbero state composte da due gruppi di pari numero:-.

L'estrazione è avvenuta secondo il metodo casuale, utilizzando le funzionalità dell'applicativo ACL.

Le domande sottoposte a test per quanto attiene la misura ... sono risultate essere le seguenti:

ID Domanda	CUAA	Ragione Sociale

Data

Firma *auditor*

Allegato A3 **RAPPORTO FINALE DELL'INTERVENTO**

INTRODUZIONE

OBIETTIVI DELL'AUDIT

Descrizione dell'obiettivo generale

Descrizione degli obiettivi specifici dell'intervento

ESTENSIONE DELL'AUDIT

In quale contesto è stato circoscritto/limitato l'*audit*

APPROCCIO DELL'AUDIT

Dove è stato effettuato l'*audit* (Sede centrale, Sportello, CAA, ecc)

Come si è articolato l'*audit*

TEST E CAMPIONAMENTO DI AUDIT

Riportare per ogni area di intervento il metodo di selezione adottato per la selezione delle pratiche, il numero delle pratiche verificate ed il loro importo complessivo rispetto al totale delle pratiche della popolazione e dell'importo complessivo

SINTESI DELLE COSTATAZIONI DI AUDIT

Riportare di seguito una sintesi dei principali risultati emersi *dell'audit*

Per ciascuna constatazione gli auditati devono essere invitati a verificare e a confermare l'esattezza dei fatti, a commentare l'analisi e a comunicare le eventuali azioni correttive intraprese per ovviare alle conseguenze delle rilevazioni fatte nel corso *dell'audit*

Conformità ...(*allegato 1*)

Affidabilità ...(*allegato 2*)

Efficacia ...(*allegato 3*)

ALLEGATO 1, 2, 3, ecc

Quadro giuridico

L'art. X del Reg. Y stabilisce...

Constatazioni/Risultanze di *audit*

Quello che è stato trovato

Analisi delle constatazioni/risultati di *audit*

Ciò che può condurre le risultanze

APPENDICE A: QUADRO GIURIDICO

L'*audit* riguarda l'applicazione dei seguenti regolamenti/manuali/leggi/ecc.

APPENDICE B, C, D, ...: ELENCO DELLE DOMANDE SOTTOPOSTE A VERIFICA DI CONFORMITÀ/CONTROLLO IN LOCO/LIQUIDATE/ECC.