ARCEA

Agenzia Calabria per le Regione Erogazioni in Agricoltura

Manuale del Servizio del Controllo Interno

STATUS DEL DOCUMENTO

IDENTIFICAZIONE

File	**MANUALE INTERNODEL SERVIZIO DI CONTROLLO INTERNO.PDF**
Edizione	**5.0**
Titolo	**MANUALE INTERNO DELL'UFFICIO DI CONTROLLO INTERNO**
Tipo	Descrizione servizi erogati
Diffusione	☐ *Riservata* ☐ *Interna* ☐ *Pubblica*
Status	☐ *In lavorazione* ☐ *Bozza* ☐ *Pubblicato*

APPROVAZIONI STESURA

-

Versione	Decreto	Data	Note/Natura delle Modifiche
1.0	73	31/08/2009	Prima Versione
2.0	265	22/11/2013	Seconda Versione
3.0	259	16/09/2014	Terza Versione
4.0	89	11/05/2015	Quarta Versione
5.0	235	03/11/2015	Quinta Versione
6.0			Sesta Versione

SOMMARIO

CONTESTO NORMATIVO

PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Regolamento di Esecuzione (UE) 1975/2015 della Commissione dell'8 luglio 2015 che stabilisce la frequenza e il formato della segnalazione di irregolarità riguardanti il Fondo europeo agricolo di garanzia (FEAGA) e il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR), a norma del regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio;
- Regolamento Delegato (UE) 1971/2015 della Commissione dell'8 luglio 2015 che integra il regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio con disposizioni specifiche sulla segnalazione di irregolarità in relazione al Fondo europeo agricolo di garanzia e al Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e che abroga il regolamento (CE) n. 1848/2006 della Commissione;
- Regolamento di Esecuzione (UE) N. 1067/2014 della Commissione del 3 ottobre 2014 che definisce la forma e il contenuto delle informazioni contabili che devono essere trasmesse alla Commissione ai fini della liquidazione dei conti del FEAGA e del FEASR nonché a fini di sorveglianza e di previsione;
- Regolamento di Esecuzione (UE) n.908/2014 recante modalità di applicazione del Regolamento (UE) n.1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda gli organismi pagatori e altri organismi, la gestione finanziaria, la liquidazione dei conti, le norme sui controlli, le cauzioni e la trasparenza;
- Regolamento Delegato (UE) n.907/2014 che integra il Regolamento (UE) n.1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda gli organismi pagatori e altri organismo, la gestione finanziaria, la liquidazione dei conti, le cauzioni e l'uso dell'euro;
- Regolamento di Esecuzione (UE) N. 834/2014 della Commissione del 22 luglio 2014 che stabilisce norme per l'applicazione del quadro comune di monitoraggio e valutazione della politica agricola comune;
- Regolamento di Esecuzione (UE) N. 809/2014 della Commissione del 17 luglio 2014 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo, le misure di sviluppo rurale e la condizionalità;
- Regolamento di Esecuzione (UE) N. 808/2014 della Commissione del 17 luglio 2014 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1305/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio sul sostegno allo sviluppo rurale da parte del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR);

- Regolamento Delegato (UE) N. 640/2014 della Commissione dell'11 marzo 2014 che integra il regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo e le condizioni per il rifiuto o la revoca di pagamenti nonché le sanzioni amministrative applicabili ai pagamenti diretti, al sostegno allo sviluppo rurale e alla condizionalità;
- Regolamento Delegato (UE) N. 639/2014 della Commissione dell'11 marzo 2014 che integra il regolamento (UE) n. 1307/2013;
- Regolamento (UE) N. 250/2014 del 26 febbraio 2014 che istituisce un programma per la promozione di azioni nel settore della tutela degli interessi finanziari dell'Unione europea (programma Hercule III) e che abroga la decisione n. 804/2004/CE;
- Regolamento (UE) n. 1310/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 che stabilisce alcune disposizioni transitorie sul sostegno allo sviluppo rurale da parte del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR), modifica il regolamento (UE) n. 1305/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto concerne le risorse e la loro distribuzione in relazione all'anno 2014 e modifica il regolamento (CE) n. 73/2009 del Consiglio e i regolamenti (UE) n. 1307/2013, (UE) n. 1306/2013 e (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto concerne la loro applicazione nell'anno 2014;
- Regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli e che abroga i regolamenti (CEE) n. 922/72, (CEE) n. 234/79, (CE) n. 1037/2001 e (CE) n. 1234/2007 del Consiglio - Pubblicato in Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea n. L 347 del 20 dicembre 2013;
- Regolamento di Esecuzione (UE) n.1307/2013 del 17 Dicembre 2013 del Parlamento e del Consiglio Europeo recante norme sui pagamenti diretti agli agricoltori nell'ambito dei regimi di sostegno previsti dalla politica agricola comune e che abroga i regolamenti del Consiglio (CEE) n.637/2008 del Consiglio e il regolamento (CE) n. 73/2009 del Consiglio;
- Regolamento di Esecuzione (UE) n.1306/2013 del Parlamento e del Consiglio Europeo del 17 Dicembre 2013 sul finanziamento, sulla gestione e sul monitoraggio della politica agricola comune e che abroga i regolamenti del Consiglio (CEE) n.352/78, (CE) n.165/94, (CE) n.2799/98, (CE) n.814/2000, (CE) n.1290/2005 e (CE) n.485/2008;
- Regolamento (UE) n.1305/2013 del 17 Dicembre 2013 del Parlamento e del Consiglio Europeo sul sostegno dello Sviluppo Rurale da parte del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR), abroga il Regolamento (CE) n.1698/2005 del Consiglio;

- Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013 , recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, e che abroga il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- Regolamento di Esecuzione (UE) N. 991/2013 della Commissione del 15 ottobre 2013 che definisce la forma e il contenuto delle informazioni contabili che devono essere trasmesse alla Commissione ai fini della liquidazione dei conti del FEAGA e del FEASR nonché a fini di sorveglianza e di previsione;
- Regolamento (UE, EURATOM) n.966/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione e che abroga il regolamento (CE, Euratom) n. 1605/2002. [GU L 298 del 26/10/2012]
- Regolamento UE 282/2012 del 28 marzo 2012 recante fissazione delle modalità comuni di applicazione del regime delle garanzie per i prodotti agricoli, che abroga il Reg. CEE 2220/85;
- Regolamento (CE) n. 1848/2006 della Commissione del 14 dicembre 2006 relativo alle irregolarità e al recupero delle somme indebitamente pagate nell'ambito del finanziamento della politica agricola comune nonché all'instaurazione di un sistema d'informazione in questo settore e che abroga il regolamento (CEE) n. 595/91 del Consiglio
- Regolamento (CE) n. 2988/1995 del Consiglio (CE, Euratom) del 18 dicembre 1995 relativo alla tutela degli interessi finanziari delle Comunità;

NORMATIVA NAZIONALE

- Legge 689/81 del 24/11/1981 – Modifiche al sistema penale;
- Legge 29 ottobre 1984, n. 720 relativa all'istituzione del sistema di tesoreria unica per enti ed organismi pubblici;
- Legge 23 dicembre 1986 n. 898/86 che tratta sanzioni amministrative e penali in materia di indebita percezione di aiuti comunitari nel settore agricolo;
- Legge 7 agosto 1990 n. 241 recante nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi come modificata ed integrata dalla legge 11 febbraio 2005 e dal D.Lgs. 14 marzo 2005 n 35 convertito con modificazioni dalla legge del 14 maggio 2005 n. 80;

- D.Lgs. 27 maggio 1999, n. 165 "Soppressione dell'AIMA ed Istituzione dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA) a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59", e s.m. e i;
- D.Lgs. 228/2001 del 18/05/2001, art. 33 relativo alla sospensione dei pagamenti;
- D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali.
- Legge 23 dicembre 1986 n. 898/86 che tratta sanzioni amministrative e penali in materia di indebita percezione di aiuti comunitari nel settore agricolo;
- Decreto ministeriale 27 marzo 2007 che ha stabilito i criteri per la determinazione del numero e delle modalità di riconoscimento degli organismi pagatori;
- D.P.R. 7 aprile 2000, n. 118. Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento per la disciplina degli Albi dei Beneficiari di provvidenze di natura economica, a norma dell'articolo 20, comma 8, della legge 15 marzo 1997, n. 59;

NORMATIVA REGIONALE e ATTI AMMINISTRATIVI INTERNI

- Legge Regionale n. 7/1996 che contiene norme sull'ordinamento della struttura Organizzativa della Giunta Regionale e sulla Dirigenza Regionale;
- Legge Regionale n. 24/2002 che disciplina gli interventi a favore del settore agricolo e agroalimentare (disegno di legge collegato alla legge finanziaria regionale 2002);
- Legge Regionale n. 13/2005 recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di assestamento di bilancio per l'anno 2005 ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8) (BUR n. 15 del 16 agosto 2005, supplemento straordinario n. 3). Con l'art. 28 della predetta legge, è approvata l'istituzione dell'Organismo Pagatore Regionale;
- Statuto dell'ARCEA approvato con Delibera della Giunta Regionale della Regione Calabria del 8 agosto 2005, n. 748 e s. m. e i.;
- Regolamento di amministrazione e contabilità di ARCEA adottato con Decreto del Direttore n. 1/D dell'11 giugno 2007 e successivamente modificato con Decreto n. 31/D del 24 aprile 2008, Decreto n. 39/D del 04 giugno 2009 e Decreto n. 44/D del 01 luglio 2009.
- Decreto Direttore n.221 del 27/10/2016 avente ad oggetto "Modifica struttura organizzativa", con cui si dispone che le Funzioni dell'Ufficio Registri siano incorporate nel Servizio di Controllo Interno e che , fermo restando la sua unitarietà, il Servizio di Controllo Interno risulta essere suddiviso in due sezioni, una giuridica/amministrativa e un'altra Tecnico-IT.
- Legge Regionale n. 7/1996 che contiene norme sull'ordinamento della struttura Organizzativa della Giunta Regionale e sulla Dirigenza Regionale;

- Legge Regionale n. 24/2002 che disciplina gli interventi a favore del settore agricolo e agroalimentare (disegno di legge collegato alla legge finanziaria regionale 2002);
- Legge Regionale n. 13/2005 recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di assestamento di bilancio per l'anno 2005 ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8) (BUR n. 15 del 16 agosto 2005, supplemento straordinario n. 3). Con l'art. 28 della predetta legge, è approvata l'istituzione dell'Organismo Pagatore Regionale;
- Statuto dell'ARCEA approvato con Delibera della Giunta Regionale della Regione Calabria del 8 agosto 2005, n. 748 e s. m. e i.;
- Regolamento di amministrazione e contabilità di ARCEA adottato con Decreto del Direttore n. 1/D dell'11 giugno 2007 e successivamente modificato con Decreto n. 31/D del 24 aprile 2008, Decreto n. 39/D del 04 giugno 2009 e Decreto n. 44/D del 01 luglio 2009;
- il Decreto Lgs. N. 165/2001 avente oggetto "Testo unico sul Pubblico impiego" e ss.mm. ii.
- Reg. (UE) N. 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- International Standards Organization 27002: Code of practice for Information Security controls - ISO/IEC 27002;
- IS Audit and Assurance Guidelines – ISACA;
- International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing – IIA;
- D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 - Codice dell'amministrazione digitale;
- D. Lgs.30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.
- Decreto n. 73 del 31 agosto 2009, contenente "Approvazione del manuale del Servizio di controllo interno";
- Decreto n. 265 del 22.11.2013, contenente "Approvazione del manuale del Servizio di controllo interno";
- Decreto n. 259 del 16.09.2014, contenente "Approvazione del manuale del Servizio di controllo interno";
- Decreto n. 89 del 11.05.2015, contenente "Approvazione del manuale del Servizio di controllo interno";
- Decreto n.221 del 27/10/2016, avente ad oggetto "*Modifica della Struttura Organizzativa*".

1. GENERALITA'

Il Reg. (UE) del Parlamento europeo e del Consiglio n. 1306/2013, così come integrato dal Reg. delegato (UE) della Commissione n. 907/2014, stabilisce, tra l'altro, le condizioni di riconoscimento e revoca del riconoscimento degli Organismi Pagatori.

Il Reg. delegato (UE) della Commissione n. 908 del 06 agosto 2014, invece, statuisce , altresì, la procedura per il riconoscimento degli organismi pagatori.

I criteri per il riconoscimento ai quali l'OP deve conformarsi sono riportati nell'Allegato I al Regolamento delegato (UE) n. 907/2014.

In particolare, ai sensi dell'art.1,comma 2 del suddetto Regolamento, gli OP devono disporre "di una struttura amministrativa e di un sistema di controllo interno conformi ai criteri di cui all'allegato 1 " e relativi ai seguenti aspetti:

- Ambiente interno.
- Attività di controllo.
- Informazione e comunicazione.
- Monitoraggio.

Nell'ambito del Monitoraggio, il suddetto Regolamento prevede alla lettera B, la "*Valutazione distinta da parte del Servizio interno di controllo*" che, come di seguito riportato nel presente documento, è indipendente dagli altri servizi dell'O.P. A.R.C.E.A. e riferisce direttamente al Direttore.

Nel presente documento sono utilizzati i seguenti termini:
Direttore dell'Agenzia: Direttore dell'Organismo Pagatore Regionale A.R.C.E.A.
Agenzia: A.R.C.E.A. Agenzia della Regione Calabria per le Erogazioni in Agricoltura.
Servizio di Controllo Interno: Servizio di controllo interno di A.R.C.E.A. (già previsto dal Regolamento (CE) n. 885/2006).

1.1 Destinatari del Documento

Il presente manuale operativo ha lo scopo di illustrare i procedimenti e le tecniche interne adottate dal Servizio. L'esigenza di formalizzare l'attività è determinata dalla necessità di garantire alla Dirigenza, l'esercizio della propria funzione di supervisione e di agevolare l'attività di controllo esterno degli organismi preposti.

Il Manuale è destinato a tutti i componenti della struttura ed è portato a conoscenza degli stessi attraverso una comunicazione interna a cura del responsabile della medesima.

Tale comunicazione viene effettuata entro la giornata lavorativa successiva alla data di approvazione del manuale da parte della Direzione ARCEA. Ciò avviene ogni qualvolta si apportino variazioni al testo.

Ciascun destinatario della comunicazione, sottoscrive la medesima per presa visione.

La copia definitiva del manuale è registrata nell'apposita directory del server centrale di ARCEA ed è consultabile sia dai componenti la struttura dell'Ufficio Registri che da tutto il personale delle altre funzioni dell'O.P. autorizzato in lettura all'accesso.

1.2 Il quadro normativo di riferimento del Servizio di controllo interno

Il Regolamento delegato (UE) n. 907/2014 prevede che:

- il Servizio di Controllo Interno debba essere indipendente dagli altri Servizi dell'Organismo pagatore e riferire direttamente al Direttore dell'organismo;
- il Servizio di Controllo Interno verifichi che le procedure adottate dall'Organismo pagatore siano adeguate per garantire la conformità con la normativa dell'unione e che la contabilità sia esatta, 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 norme riconosciute a livello internazionale, va registrata in documenti di lavoro e deve figurare nelle relazioni e nelle raccomandazioni destinate alla direzione dell'OP.

1.3 L'approccio di ARCEA

A.R.C.E.A. ha deciso, pertanto, di adottare per il proprio Servizio di Controllo Interno una metodologia pianificata e imperniata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e controlli, basandosi anche sul "quadro delle pratiche professionali" (Professional Practices Framework) e sui nuovi Standards per la pratica professionale rilasciati dall'Institute of Internal Auditors. Applicando tale metodologia di lavoro, il S.C.I. dell'Agenzia assiste il Direttore nel conseguimento degli obiettivi dell'Agenzia stessa quale organismo pagatore regionale. L'attenzione del predetto Servizio si concentra sulla conformità dei comportamenti alle procedure operative prestabilite e alla normativa comunitaria e nazionale e sull'efficacia dei controlli posti in essere. L'analisi svolta sui processi permette l'individuazione di opportunità di miglioramento dei processi stessi e, conseguentemente, può contribuire ad aumentarne l'efficacia e l'efficienza.

2. STRUTTURA E ORGANICO - L'INDIPENDENZA DEL SERVIZIO DI CONTROLLO INTERNO

Con il Decreto n.221 del 27/10/2016, avente ad oggetto "*Modifica della Struttura Organizzativa*", il Direttore dell'Agenzia ha modificato la struttura organizzativa rendendola maggiormente funzionale agli obiettivi da perseguire.
In particolare, allo scopo di ottimizzare alcuni Servizi/Funzioni, con l'adozione di tale atto, è stato decretato di trasferire taluni procedimenti assegnati all'Ufficio Registri, al Servizio di Controllo Interno.
Inoltre, in virtù dello stesso Decreto, il Servizio di Controllo Interno, fermo restando la sua unitarietà, è stato suddiviso in due aree di competenza, così individuate:

1) Area giuridica/amministrativa, preposta al controllo interno di tipo gestionale e procedurale;
2) Area Tecnica/IT, competente per la sicurezza informatica e dei processi informativi.

Le due aree si integrano e collaborano per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Servizio si Controllo Interno nella sua unitarietà.
Attualmente, fanno parte della dotazione organica del Servizio del Controllo Interno, le seguenti figure professionali:

- Istruttore Direttivo Contabile (*Area giuridico - amministrativa*);
- Istruttore Direttivo Amministrativo (*Area giuridico - amministrativa)*;
- Istruttore Tecnico Informatico (*Area tecnica - IT*);
- Istruttore Amministrativo (*Area tecnica - IT*).

Il personale assegnato svolge i compiti assegnati, con autonomia e responsabilità tecnica, professionale e gestionale, entro i limiti e secondo le modalità previste dalla vigente normativa. E' tenuto a garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa con tempestività ed economicità di gestione, attenendosi alle disposizioni impartite dal Direttore dell'Organismo Pagatore.

Il Servizio di Controllo Interno si colloca nell'organigramma dell'Agenzia a diretto supporto del Direttore ed è, pertanto, indipendente rispetto alle altre funzioni dell'Ente. Tuttavia, al personale del Servizio è richiesto di avviare e mantenere un approccio di positiva collaborazione con le funzioni auditate, pur tenendo in adeguata considerazione i propri compiti di controllo.

2.1 I compiti e la missione del Servizio di Controllo Interno e relativo ambito di intervento.

Tra i compiti del Servizio Controllo Interno vi è quello di assistere il Direttore nel valutare l'efficacia del sistema di controllo interno dell'Agenzia. Inoltre, applicando una metodologia basata

sull'analisi dei processi, il Servizio contribuisce all'individuazione delle eventuali aree od opportunità di miglioramento nei processi stessi.

Le risultanze dell'operato del Servizio costituiscono, inoltre, un'importante base informativa che deve essere presa in considerazione dal Direttore nell'ambito della propria "Dichiarazione di gestione" - di cui all'articolo 3 del Regolamento delegato (UE) della Commissione n. 907/2014-.

Il Direttore dell'OP, deve, infatti, compiere una serie di attività al fine di poter dichiarare:

- che i conti dell'OP dell'esercizio finanziario di riferimento siano: veritieri, completi ed accurati;
- che il sistema attuato fornisce ragionevoli garanzie sulla legalità e regolarità delle transazioni nonché sul fatto che l'ammissibilità delle domande di controllo e, nel caso dello sviluppo rurale, la procedura di assegnazione degli aiuti sono gestite , verificate e documentate in conformità della normativa unionale;
- le spese iscritte nel bilancio sono state effettuate per le finalità previste, quali definite nel Reg. (UE) n. 1306/2013;
- che sono state predisposte misure antifrode efficaci e proporzionate ai sensi dell'art. 58 del Re. (UE) n. 1306/2013 che tengono dei rischi individuati.

L'ambito interessato dall'attività del Servizio è l' intera Agenzia e tutti i suoi processi nonché quelli che per effetto di delega sono operati da "organismi delegati" estranei rispetto all'Agenzia stessa.
Il Servizio Controllo Interno, tra l'altro, ha la funzione di:

- Assistere i responsabili delle strutture dell'OP nella messa a punto e nel mantenimento di meccanismi di controllo interno efficaci, nella scelta delle misure per il governo dei rischi e nell'assolvimento delle responsabilità assegnate;
- Assicurare agli organi istituzionali (Comunità Europea, AGEA, Società di certificazione, ecc.) l'adozione, il buon funzionamento, l'adeguatezza del sistema dei controlli interni dell'OPR e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dagli appositi regolamenti, compresa l'implementazione di misure idonee per mitigare i rischi;
- Fornire analisi, valutazioni, raccomandazioni e consulenze qualificate in materia di controlli interni;
- Svolgere attività di coordinamento dei diversi organismi di controllo (MIPAAF, Società di Certificazione, AGEA Coordinamento, Commissione europea);
- Valutare l'adeguatezza dei sistemi di controllo interno e di monitoraggio dei rischi, attraverso l'analisi delle attività dell'O.P., sia all'interno delle sue strutture sia presso gli organismi delegati;
- Valutare l'affidabilità e l'attendibilità delle informazioni e dei dati finanziari, operativi e gestionali, nonché dei sistemi utilizzati per raccogliere, misurare e riportare gli stessi;
- Verificare la conformità delle procedure interne e dei manuali operativi alle politiche, alle disposizioni, alle leggi ed ai regolamenti comunitari;
- Partecipare alla corretta attuazione di quanto prescritto dall'art. 62 della Regolamento (UE) n. 1305/2013 con riferimento alla verificabilità e controllabilità delle misure nel corso dell'attuazione del programma di sviluppo rurale;
- Assistere i Responsabili nell'identificazione e nella valutazione delle maggiori esposizioni al rischio, curando la salvaguardia degli obiettivi e delle finalità dell'O.P., nonché nella

predisposizione di nuovi sistemi gestionali, per ottenere una ragionevole garanzia che gli stessi siano conformi alle discipline del sistema dei controlli interni;
- Predisporre il piano quinquennale ed il piano annuale di audit;
- Formalizzare le iniziative di verifica e di monitoraggio, attraverso rapporti di audit che descrivano le evidenze e formulino raccomandazioni per il miglioramento dei controlli e la mitigazione dei rischi (i rapporti vengono inviati al Direttore dell'O.P. ed ai Responsabili, secondo competenza);
- Effettuare interventi di follow-up rivolte alla correzione delle anomalie di controllo, alla mitigazione dei rischi e al recepimento delle raccomandazioni formulate;
- Assicurare il monitoraggio periodico (Risk Assessment) dei processi e delle strutture dell'O.P. e coordinare la raccolta di informazioni sullo stato dei controlli e dei rischi, informando periodicamente la Direzione O.P.;
- Predisporre i piani di verifica da sottoporre al vaglio della Direzione O.P., assicurando la loro integrazione con i corrispondenti piani della Società di certificazione;
- Fornire il supporto alla Direzione nello svolgimento delle operazioni di controllo da parte di organismi di controllo del MIPAAF, dell'Unione Europea, dell'AGEA - Coordinamento e della Società di certificazione e valutare i risultati esposti nelle rispettive relazioni;
- Attivare e coordinare le collaborazioni con soggetti esterni all'O.P., per l'affidamento di incarichi mirati di auditing, qualora siano ritenute necessarie professionalità aggiuntive rispetto a quelle presenti all'interno del Servizio;
- Promuovere incontri per sensibilizzare i responsabili alla cultura del controllo e per migliorarne le attitudini;
- Coadiuvare l'attività di gestione, formazione ed aggiornamento delle risorse umane e assegnate al Servizio.

2.2 I protocolli di comunicazione del Servizio di Controllo Interno

I componenti del Servizio di Controllo Interno hanno completo accesso a tutta la documentazione ed a tutte le informazioni necessarie allo svolgimento degli interventi programmati all'interno del piano di audit approvato dal Direttore dell'Agenzia.

Allo stesso tempo, il personale assegnato al Servizio di Controllo Interno sono tenuti al massimo riserbo relativamente alle informazioni ricevute o raccolte nel corso della loro attività e debbono operare all'interno di chiari protocolli di comunicazione.

Le comunicazioni del Servizio di Controllo Interno sono essenzialmente rivolte verso le seguenti tre categorie di soggetti:

a) I soggetti auditati.

Sono i primi destinatari dei rapporti di audit. Le modalità di comunicazione con tali soggetti sono regolate dal 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.

b) Il Direttore dell'Agenzia.

Il Direttore dell'Agenzia è l'organo destinatario di tutti i rapporti e di tutte le comunicazioni ufficiali inviate dal Servizio di Controllo Interno (ad esempio, rapporti di audit, lettere di pianificazione degli interventi di audit, richieste ufficiali di documentazione, etc.). Eventuali comunicazioni non ufficiali, ma aventi particolare rilevanza (ad esempio risposte a quesiti posti da soggetti auditati, etc.), dovranno comunque essere indirizzate, per copia conoscenza, anche al Direttore dell'Agenzia, la valutazione sulla rilevanza della comunicazione è lasciata al giudizio professionale del responsabile del Servizio di Controllo Interno.
Il Direttore dell'Agenzia è, inoltre, responsabile dell'approvazione del piano di audit annuale e delle sue eventuali proposte di variazione nel corso dell'anno.
Infine, il Direttore dell'Agenzia è il destinatario di un rapporto annuale sul lavoro svolto dal Servizio di Controllo Interno.

c) La Commissione europea e l'Organismo di certificazione.

La Commissione europea e l'Organismo di certificazione hanno libero accesso, su loro richiesta, ai rapporti degli interventi ed ai piani di audit, così come espressamente disposto dalla normativa comunitaria.

2.3 I principi deontologici di riferimento per il personale del Servizio di Controllo Interno

Il personale del Servizio di Controllo Interno dell'Agenzia fa proprio il Codice Etico dell'Insitute of Internal Auditors, il cui scopo è quello di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di "*internal auditor*".
Chiave per la credibilità ed il successo della professione di *internal auditor* è la fiducia indiscussa che tutti devono riporre nell'obiettività dei servizi di assurance. È, infatti, il caso di ricordare che la definizione di *internal auditing* recita:
"*Internal Auditing è un'attività indipendente ed obiettiva di* assurance *e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di corporate governance*".

Il personale del Servizio di Controllo Interno, nell'esercizio della propria attività, deve attenersi ai *Principi* e alle *Regole di condotta* definite dall'Institute of Internal Auditors:

I **Principi**, fondamentali per la professione e la pratica dell'*internal auditing*, sono i seguenti:

- **Integrità**

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

- **Obiettività**

Nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il processo in esame, l'*internal auditor* deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale.
L'*internal auditor* deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza essere indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.

- **Riservatezza**

L'*internal 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 o etico.

- **Competenza**

Nell'esercizio dei propri servizi professionali, l'*internal auditor* utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

Le **Regole di Condotta**, che descrivono le norme comportamentali che gli *internal auditor* sono tenuti ad osservare, sono le seguenti:

- **Integrità**

L'internal 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 dai *principi* della professione.

Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.

Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e conformi alla legge.

- **Obiettività**

L'internal auditor:

Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.

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'internal 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 nocumento ai legittimi obiettivi dell'organizzazione.

- **Competenza**

L'internal auditor:

Deve intraprendere solo quelle prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.

Deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli Standard per la Pratica Professionale dell'*Internal Auditing*.

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

2.4 Il ruolo, le responsabilità ed i compiti dei componenti del Servizio di Controllo Interno.

All'interno del Servizio di Controllo Interno sono distinguibili differenti livelli di responsabilità gerarchica aventi ruoli, compiti e responsabilità descritti nel Mansionario del Servizio di Controllo Interno sottoscritto da tutti i dipendenti afferenti al predetto Servizio.

3. IL PIANO DI AUDIT

3.1 L'approccio metodologico alla formazione del piano di audit

L'attività del Servizio di Controllo Interno dell'Agenzia è pianificata mediante un **piano di audit**, definito dal Responsabile e sottoposto all'approvazione del Direttore dell'Agenzia.
Il piano di audit definisce le singole aree da controllare nel corso dell'anno, stabilendo, tra l'altro, le priorità d'intervento e le risorse necessarie.
Il piano deve:

- essere allineato alle esigenze di copertura del rischio determinate nel corso della periodica rilevazione delle aspettative della Direzione dell'Agenzia e dall'attività di Risk Assessment;
- allocare le risorse sui processi aventi la maggiore rilevanza, ovvero che maggiormente concorrano al raggiungimento degli obiettivi e delle strategie dell'Agenzia;
- tenere in considerazione le richieste poste dal legislatore comunitario;
- tenere in considerazione eventuali altre esigenze della Direzione nell'effettuazione di progetti speciali o nell'utilizzo, per particolari attività, delle risorse del Servizio di Controllo Interno.

La Figura 1, di seguito riportata, illustra il processo di formazione del piano di audit:

Figura 1 – Processo di formazione del piano di Audit

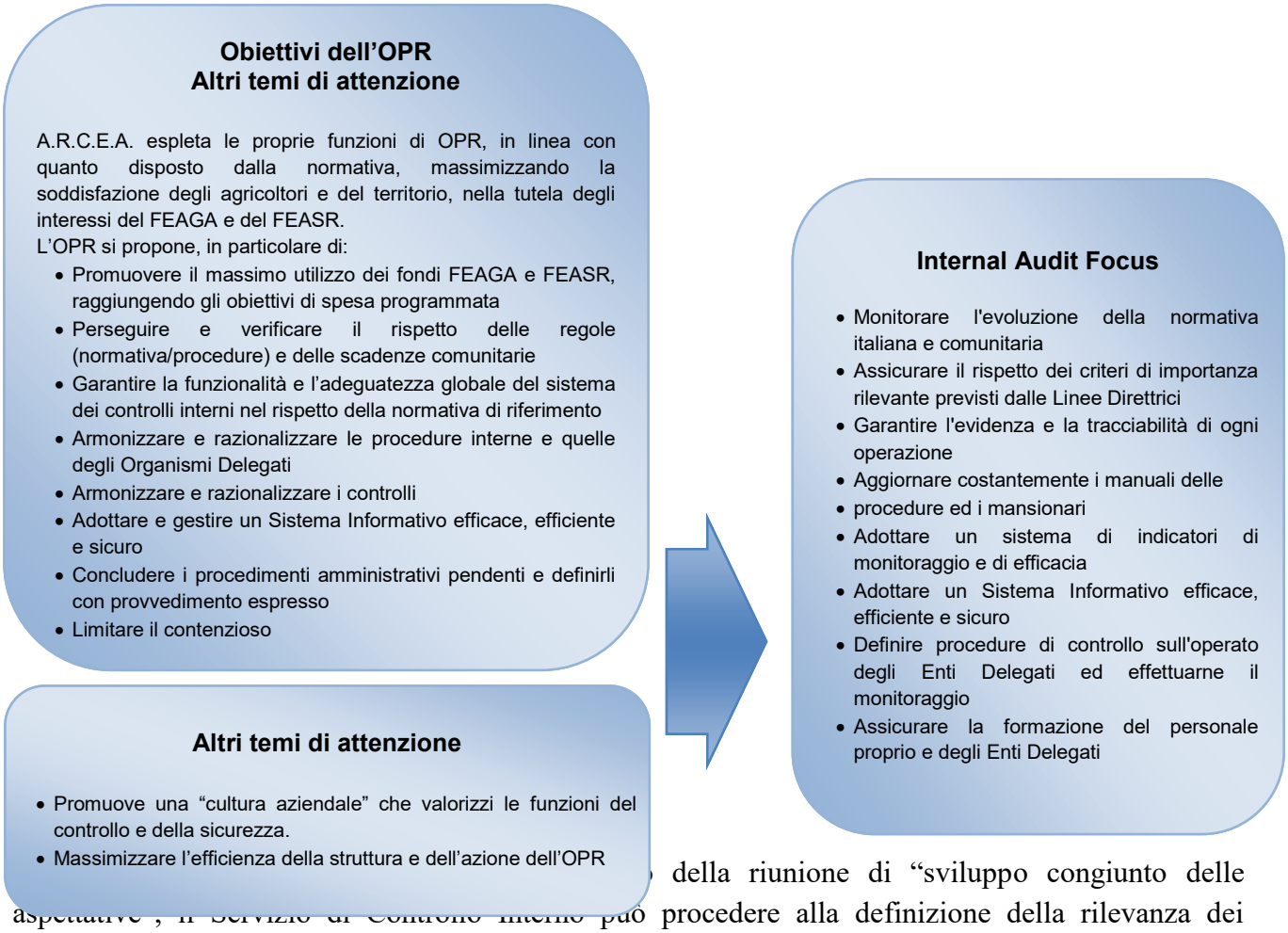
3.2 La riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative"

Il Responsabile del Servizio ed il Direttore dell'Agenzia ogni anno, in prossimità della definizione di una proposta per un nuovo piano di audit, effettuano una riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative".

A seguito della predetta riunione il personale del Servizio di Controllo Interno svolge le seguenti attività:

- aggiorna/conferma l'analisi del Servizio di Controllo Interno su obiettivi, strategie e particolari temi di attenzione dell'Agenzia; tali informazioni vengono formalizzate all'interno di un documento denominato "Internal Audit Focus" (vedi l'esempio riportato nella Figura 2), che sintetizza appunto gli obiettivi dell'Agenzia, al cui raggiungimento il Servizio di Controllo Interno intende collaborare;
- aggiorna la "Matrice per la valutazione dei rischi", utilizzata nella valutazione di probabilità e impatto dei rischi dei processi;
- verifica l'esistenza di eventuali esigenze del Direttore nella copertura dei rischi;
- verifica la disponibilità di risorse sulle quali il Servizio di Controllo Interno potrà contare nell'esercizio successivo, in considerazione delle eventuali richieste del Direttore di svolgere progetti speciali;
    - aggiorna gli obiettivi cui deve tendere il Controllo Interno.

Figura 2 – Esempio di Internal Audit Focus



della riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative", il Servizio di Controllo Interno può procedere alla definizione della rilevanza dei processi (Matrice per la definizione della rilevanza dei processi – ad es. Vedasi Figura 3), attraverso la matrice tra l'Internal Audit Focus e i processi stessi ed è in grado di prevedere l'allocazione nel piano di audit di risorse su eventuali progetti speciali.

Figura 3 – Matrice per la definizione della rilevanza dei processi

	Processi principali																			Processi di supporto					
	Servizio Tecnico				Autorizzazione			Esecuzione dei pagamenti			Contabilizzazione			Gestione dei recuperi					Amministrazione		Legale e cont.	Sistemi Informativi		
	Studiare la normativa e definire le specifiche tecnico-amministrative/procedure	Definire il livello di servizio dei Sistemi Informativi	Effettuare il controllo sugli Organismi Delegati	Acquisire la domanda ed effettuare l'istruttoria	Effettuare l'istruttoria	Verificare la presenza di sospensioni o di eventuali crediti	Autorizzare il pagamento ed emettere il provvedimento di ammissione totale/parziale o di rigetto della domanda	Effettuare il controllo amministrativo	Effettuare il pagamento	Verificare l'esito del pagamento	Registrare i pagamenti in contabilità	Registrare le entrate in contabilità	Predisporre il bilancio comunitario	Ricevere gli atti di contestazione da organi di controllo	Istruire ed emenare il provvedimento conseguente	Compilare il registro debitori	Attivare la procedura di recupero	Gestire le fidejussioni	Acquisire e gestire i servizi di supporto	Gestire le risorse umane	Gestire gli affari legali e il contenzioso	Pianificare ed organizzare l'ambiente dei Sistemi Informativi	Sviluppare ed acquisire le soluzioni dei Sistemi Informativi	Gestire l'operatività dei Sistemi Informativi
OBIETTIVI OPR																									
Perseguire e verificare il rispetto delle regole (normativa/procedure) e delle scadenze comunitarie	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pagare gli aiuti, contributi e premi a carico del FEAGA e FEASR				x	x	x	x	x	x	x													x	x	x
OBIETTIVI DI CONTROLLO																									
Monitorare l'evoluzione della normativa italiana e comunitaria	x			x	x			x					x									x	x	x	
Assicurare il rispetto dei criteri di importanza rilevante previsti dalle Linee Direttrici	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x				x	x	x
Garantire l'evidenza e la tracciabilità di ogni operazione	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x				x	x	x	x
Aggiornare costantemente i manuali delle procedure/specifiche tecniche e verificarne il rispetto	x																								
Adottare un sistema di indicatori di monitoraggio e di efficacia	x																								
Adottare un Sistema Informativo efficace, efficiente e sicuro		x																					x	x	x
Definire procedure di controllo sull'operato degli Enti Delegati ed effettuarne il monitoraggio	x		x																						
Assicurare la formazione del personale proprio e degli Enti Delegati																				x					
	A	M	M	A	A	M	M	A	M	M	M	M	M	B	M	M	B	M	B	B	M	A	A	A	
Totale	7	3	3	5	5	3	4	5	4	4	3	3	4	2	3	3	2	3	1	2	3	6	6	5	

Legenda

Importanza dei processi:

0-2	Bassa
3-4	Media
>4	Alta

3.3 Il processo di valutazione del rischio

Al fine di produrre un piano di audit che sia allineato alle esigenze di copertura del rischio dell'Agenzia, il Servizio di Controllo Interno deve procedere, in via preliminare, alla valutazione dei rischi di ogni processo, definendo un modello di mappatura dei processi, dei rischi e dei relativi controlli.

3.4 Il processo di aggiornamento del Risk Assessment e le modalità di valutazione dei rischi e dei controlli

Nel corso dell'attività corrente il modello di "Risk Assessment" è aggiornato dal personale del Servizio di Controllo Interno, al fine di disporre di una situazione costantemente allineata della rischiosità dei processi dell'Agenzia, in sede di predisposizione del piano di audit.

L'aggiornamento del Risk Assessment richiede al Servizio di Controllo Interno di svolgere le seguenti attività nel corso di tutti gli audit programmati:

a) confermare la propria comprensione dei processi oggetto di ciascun singolo intervento;
b) confermare la completezza dei rischi associati ai processi analizzati ed i relativi controlli;
c) confermare o modificare la valutazione dei rischi già rilevati ed effettuare la valutazione dei nuovi rischi, in collaborazione con il Responsabile ("*owner*") del processo in oggetto;
d) esprimere un giudizio in merito ai controlli in essere, sulla base delle risultanze dell'intervento di audit svolto sul processo.

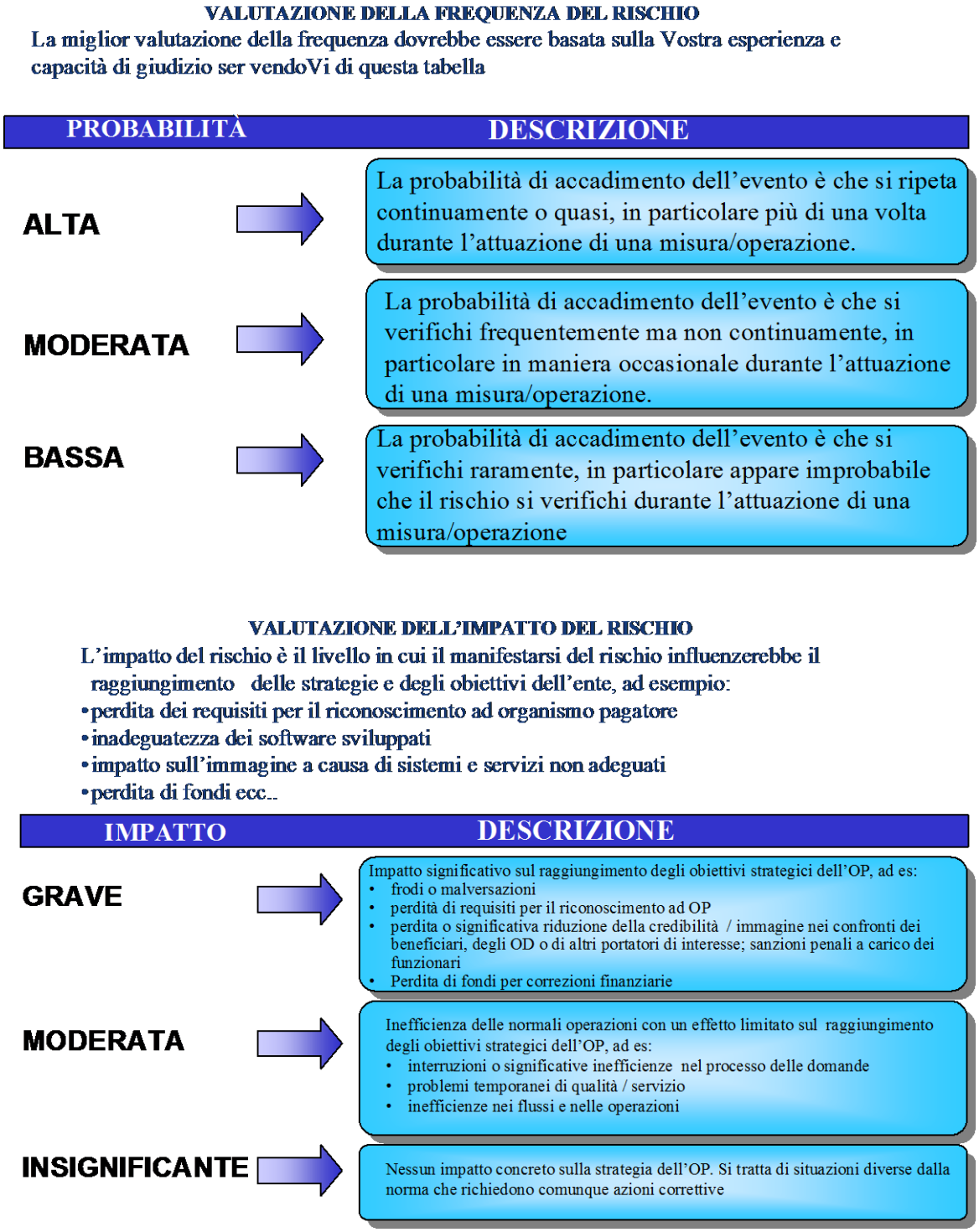
3.5 L'individuazione e la valutazione dei rischi.

L'individuazione e la valutazione dei rischi di ciascun processo è svolta dal Servizio di Controllo Interno in collaborazione con i responsabili dei processi stessi.
L'individuazione dei rischi avviene, in prima istanza, attraverso l'intervista al personale responsabile dei processi analizzati. In alternativa, i rischi possono essere identificati direttamente dal personale del Servizio di Controllo Interno sulla base delle esperienze maturate su processi / unità organizzative simili o con qualunque altro metodo ritenuto idoneo a tal fine. Ad ogni modo, il personale del Servizio deve sempre condividere le valutazioni effettuate con il personale responsabile dei processi analizzati.

Al fine di limitare il più possibile la discrezionalità nell'effettuazione della valutazione dei rischi, il Servizio di Controllo Interno si avvale della "Matrice per la valutazione dei rischi" (vedasi esempio in Figura 4), predisposta in collaborazione con il Direttore dell'Agenzia nel corso della riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative".

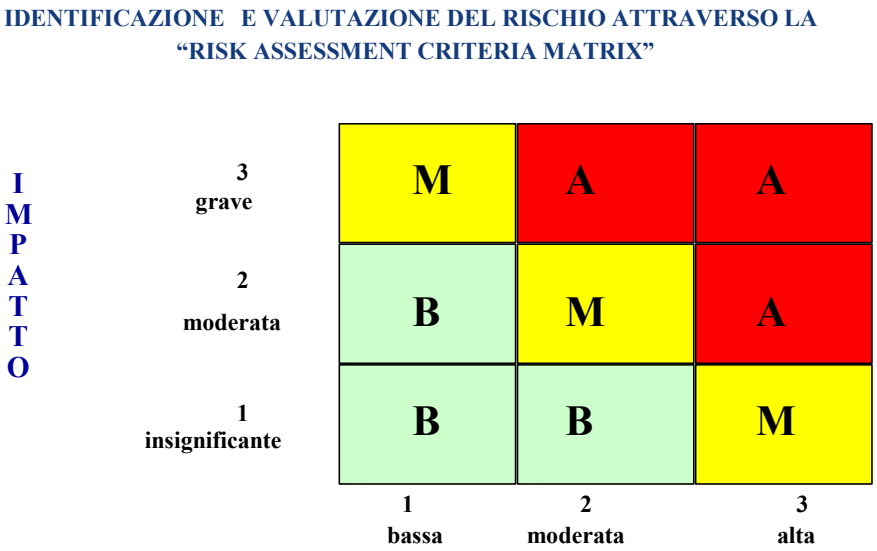
Attraverso l'applicazione ragionata dei contenuti della matrice sono definiti "Probabilità" e "Impatto" di ciascun rischio oggetto di valutazione.

Figura 4 – Esempio di matrice per la valutazione dei rischi, utilizzata nello svolgimento del Risk Assessment preliminare all'avvio dell'attività del Servizio di Controllo Interno.



Sulla base della Frequenza e dell'Impatto definiti, è quindi possibile concludere la valutazione del rischio attraverso l'utilizzo dell'apposita matrice di raccordo (vedasi Figura 5).

Figura 5 – Matrice di raccordo probabilità - impatto per la valutazione dei rischi.



Definizioni :

A = Alto

M = Medio

B = Basso

3.6 La valutazione dei controlli

A fronte dei rischi identificati, sono individuati quei controlli che consentono la loro attenuazione entro livelli accettabili.

Il Servizio di Controllo Interno deve valutare ciascun controllo in funzione di due aspetti:

- efficacia del controllo nel mitigare il rischio sottostante.
- effettività nello svolgimento del controllo.

La valutazione dell'efficacia dei controlli nel mitigare i rischi sottostanti viene effettuata valutando il raggiungimento degli obiettivi del controllo ad essi applicabili, di seguito riepilogati nella tabella 1.

Tabella 1– Obiettivi di controllo.

OBIETTIVO	Esempio
Legittimità e regolarità dell'attività	Il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta conformemente ad adeguati percorsi autorizzativi ed alle procedure ed ai dettami giuridici esistenti.
Efficacia dell'attività	Il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi del processo.
Efficienza dell'attività	Il controllo in essere garantisce che l'attività sia svolta in modo da raggiungere gli obiettivi del processo, nei tempi e con le risorse desiderate.
Correttezza delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte correttamente.
Completezza ed accuratezza delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le operazioni siano svolte completamente e accuratamente.
Tracciabilità delle operazioni	Il controllo in essere garantisce la completezza e la rintracciabilità della documentazione relativa alle transazioni.
Realtà delle operazioni	Il controllo in essere garantisce che le transazioni sono effettivamente realizzate.
Valutazione delle transazioni	Il controllo in essere garantisce che le transazioni sono correttamente valutate.
Imparzialità delle valutazioni	Il controllo in essere garantisce che le valutazioni siano effettuate con imparzialità (indipendenza).
Evidenza del controllo	Il controllo svolto è adeguatamente documentato.

La valutazione dell'effettività di un controllo è eseguita solo per i controlli giudicati efficaci nell'attenuazione dei rischi sottostanti. Valutare l'effettività del controllo significa riscontrarne la costante effettuazione in conformità con quanto previsto nella sua definizione.

La valutazione dei controlli fa riferimento al rischio sottostante ed è ,quindi, espressa come nella seguente tabella 2.

Tabella 2– Valutazione del controllo.

Valutazione del controllo	Descrizione della Valutazione
Sotto controllato	I controlli previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli previsti non sono effettivamente eseguiti.
Adeguatamente controllato	I controlli previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti.
Sovra controllato	I controlli previsti sono eseguiti e consentono una

	riduzione del rischio oltre il livello accettabile.
Non valutato	L'attività svolta dal Servizio di Controllo Interno non consente di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli.

Nel caso il controllo non possa essere valutato attraverso l'esecuzione di adeguati test sui controlli, il Servizio di 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 3.

Tabella 3– 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. E' pertanto raccomandata la loro implementazione.

3.7 Modalità di valutazione della rischiosità degli Organismi Delegati (OD)

La valutazione della rischiosità degli Organismi Delegati (di seguito "OD") è effettuata dal Servizio di Controllo Interno.

Nella valutazione della rischiosità degli OD si può, ad esempio, tener conto dei seguenti fattori:

- della ripartizione delle operazioni presso gli OD, in modo tale che gli OD presso i quali vengono istruite il maggior numero di domande e che comportano l'erogazione di maggiori somme, siano oggetto di controllo prima di quelli impegnati da un minor numero di domande e che comportano l'erogazione di minori fondi;
- della dotazione di addetti di ciascun OD per l'effettuazione delle attività di istruttoria, in rapporto al numero di domande istruite ed agli importi erogati;
- del numero di sanzioni erogate nel periodo precedente, assumendo come indicatore di efficienza dei controlli un maggior indice di sanzioni erogate in relazione alle domande istruite;
- della complessità del territorio in termini di numero di aziende agricole/richiedenti l'aiuto presenti sul territorio dell'OD, da considerarsi in relazione al numero di addetti all'attività istruttoria di cui dispone lo stesso OD;
- degli eventuali fattori di rischio identificati nel corso dei controlli svolti in passato dal Servizio di Controllo Interno.

3.8 Le varie tipologie di intervento e le linee guida per la loro pianificazione

Le possibili tipologie di intervento del Servizio di Controllo Interno sono le seguenti:

- ***Compliance Audit*** **(Audit di conformità):** si focalizza essenzialmente sulla verifica della conformità dei comportamenti alle norme, procedure e prassi interne, applicabili al contesto delle strutture operative e delle operazioni sotto esame.
- ***Operational Audit*****:** è il monitoraggio del rispetto degli obiettivi dell'Agenzia, per ogni livello di processo. Si tratta quindi di interventi volti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei controlli in essi previsti.
- ***Follow-up*** **(Monitoraggio delle azioni correttive):** sono interventi per la verifica dell'effettiva implementazione dei piani di azione correttiva concordati con i responsabili dei processi, a fronte delle osservazioni rilevate nel corso di precedenti interventi del Servizio di Controllo Interno e condivise dai responsabili dei processi stessi.

In particolare:
1) Gli **interventi** programmati l'anno precedente ma non eseguiti o non portati a termine entro il termine del periodo di riferimento dovranno essere riportati all'interno del Piano di Audit dell'anno successivo ed eseguiti nel corso della nuova annualità di programmazione salvo valutazione della non necessità o modifica dell'interesse.
2) Gli interventi di **Follow-up** saranno programmati sulla base delle scadenze dei relativi piani d'azione concordati con i responsabili dei processi. La pianificazione dovrà essere effettuata in modo da coprire tutti i piani d'azione in scadenza entro il periodo programmato.
3) Gli interventi di **Compliance** saranno programmati sulla base dell'aggiornamento del Risk Assessment, operato nel corso dell'anno, e dovranno coprire le aree aventi maggiore rischiosità.
4) Eventuali **Progetti Speciali**, richiesti dal Direttore nell'Agenzia nel corso della riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative", dovranno essere pianificati in modo da rispondere nel modo più esaustivo possibile alle esigenze da questi espresse.
5) La programmazione degli interventi di Operational è effettuata in considerazione della rilevanza dei processi, ed è quindi il risultato dell'aggiornamento dell' Internal Audit Focus operata nel corso della riunione di "sviluppo congiunto delle aspettative" con il Direttore dell'Agenzia.

3.9 L'influenza del legislatore sulla pianificazione degli interventi del Servizio di Controllo Interno dell'OP.

Il Regolamento delegato (UE) n. 907/2013 (Allegato 1) prevede che le verifiche del Servizio di Controllo Interno possano essere limitate a determinate misure o 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.
Per ottemperare a questa specifica richiesta del legislatore comunitario la pianificazione degli interventi di audit dovrà prevedere l'esecuzione di interventi, presso tutti gli OO.D.D. e su tutti i principali processi dell'organismo pagatore regionale, nell'arco di un quinquennio.

3.10 Programmazione del tempi, definizione del calendario e del personale responsabile del controllo

Le risorse del Servizio di Controllo Interno sono calcolate ed espresse in ore uomo disponibili (oppure in giornate uomo disponibili).
All'atto di effettuare la programmazione del Piano di Audit il Responsabile del Servizio di Controllo Interno verifica con il Direttore dell'Agenzia il numero di persone che saranno assegnate alla funzione nel corso del periodo di riferimento e la percentuale del rispettivo tempo che può essere programmata per lo svolgimento dell'attività di audit.

Su tale base, considerando le ore lavorative di ciascuna settimana e per ciascuna risorsa disponibile, è calcolato il totale monte ore delle risorse del Servizio di Controllo Interno. A questo ammontare sono sottratte le ferie ed i tempi che la funzione controllo interno intende allocare ad altre attività (ad esempio la formazione, lo studio individuale, etc.).

Il numero di ore ottenute al termine di questo calcolo sono le ore programmabili nel Piano di Audit (vedi esempio riportato nella seguente Figura 6).

Annualità 11 Ottobre xxxx - 10 Ottobre xxxx				
Iniziali	Risorse	Ore settimanali	Settimane lavorative	Totale ore
R1	Risorsa 1 (disponibile al 40%)	14	52	749
R2	Risorsa 2 (disponibile al 100%)	36	52	1.872
R3	Risorsa 3 (disponibile al 100%)	36	52	1.872
R4	Risorsa 4 (disponibile al 100%)	36	52	1.872
R5	Risorsa 5 (disponibile al 100%)	36	52	1.872
R6	Risorsa 6 (disponibile al 100%)	36	52	1.872
			Monte ore risorse del Servizio di Controllo Interno	**10.109**
			Ferie	**(800)**
			Altre Attività	**(1309)**
			Ore programmabili all'interno del Piano di Audit	**8000**

Figura 6 – Esempio di tabella di calcolo delle risorse programmabili nel Piano di Audit.

3.11 L'approvazione del Piano di Audit e le sue eventuali variazioni

La bozza del Piano di Audit è sottoposta all'approvazione del Direttore dell'Agenzia.

Una volta ottenuta la sua approvazione, il Piano di Audit è lo strumento di guida delle attività del Servizio. L'unico elemento da considerarsi flessibile all'interno del Piano di Audit è la pianificazione temporale degli interventi e delle risorse.

Nel caso fosse ritenuto necessario apportare delle modifiche al Piano di Audit, queste devono essere formalmente comunicate al Direttore il quale le approva o meno. Per quanto concerne eventuali variazioni apportate alla pianificazione temporale degli interventi e delle risorse, queste devono essere portate a conoscenze del Direttore solo se considerate come significative dal Responsabile del Servizio di Controllo Interno.

3.12 Il formato del Piano di Audit e la classificazione degli interventi

Il Piano di Audit è formalizzato come di seguito descritto nella figura 7.

Figura 7– Formato del Piano di Audit

Reference intervento di audit	Reference moduli intervento di audit	Tipo	Descrizione Intervento di Audit	Processo principale / supporto auditato	Sub processo auditato	Obiettivi	Stima dei giorni lavorativi uomo	Stima periodo per effettuazione audit
xx - A	1	COMP = compliance	denominazione Audit	denominazione del processo	descrizione	Obiettivi e strategie del modulo	Giorni stimati per ciascun modulo	Indicazione dei mesi stimati per l'effettuazione audit
	2	OP = operational						
	3	FU = Follow-up						
	4	ALTRO						

Il Piano di Audit è suddiviso per interventi di audit, al termine di ciascuno dei quali viene emesso un rapporto di audit. A loro volta gli interventi di audit sono suddivisi in moduli. La suddivisione in moduli degli interventi è strumentale alla rappresentazione delle varie tipologie di audit che ciascun intervento comprende (Follow-up, Compliance, Operational o Altro), dei diversi obiettivi che sono perseguiti all'interno del medesimo intervento e dei processi principali auditati all'interno del medesimo intervento.
Il codice associato all'intervento ed a ciascuno dei moduli in esso contenuti, contiene le ultime due cifre dell'anno programmato, una lettera dell'alfabeto che caratterizza l'intero intervento ed, infine, dei numeri progressivi che denominano ciascun modulo compreso nell'intervento stesso. Per esempio ad un intervento programmato per l'esercizio 2015 è associato il codice 15-A. A ciascuno dei moduli contenuti è poi associato il codice 15-A-01, 15-A-02, e così via.

3.13 La gestione temporale delle risorse

Il periodo previsto per lo svolgimento degli interventi programmati nel Piano di Audit è la base per la gestione della pianificazione temporale degli interventi e delle risorse ad essi assegnate. Una prima pianificazione temporale delle risorse viene associata al Piano di Audit proposto all'approvazione del Direttore.

Tale pianificazione temporale non va considerata come immodificabile. Infatti, eventuali esigenze espresse dai responsabili dei processi e/o unità auditate, esigenze personali degli addetti del Servizio di Controllo Interno o richieste del Direttore, guideranno il processo di gestione della pianificazione temporale, attraverso l'inversione temporale nella programmazione degli interventi.

Al Responsabile del Servizio di Controllo Interno è attribuita la responsabilità di gestire il prospetto di pianificazione temporale delle risorse, aggiornando la programmazione.

4. L'INTERVENTO DI AUDIT

4.1 La pianificazione del singolo intervento

Sulla base di quanto indicato nel Piano di Audit dettagliato, il Responsabile del Servizio e l'incaricato del suo svolgimento, si attiva nella pianificazione del singolo intervento, almeno un mese prima della data d'inizio prevista.
Al fine di predisporre tutte le attività propedeutiche allo svolgimento dell'intervento stesso, il Responsabile effettuerà una riunione con gli *auditor* che collaboreranno all'effettuazione dello stesso, ripartendo i compiti e le responsabilità nello svolgere le attività sotto dettagliate.

4.2 Acquisizione della documentazione necessaria all'intervento di audit.

Basandosi su quanto stabilito nel piano di audit dettagliato, in termini di strategie/obiettivi dell'intervento, andranno approfonditi i seguenti aspetti e ottenute le seguenti informazioni/documentazione:

- nome dei responsabili dei processi interessati che dovranno essere contattati per concordare lo svolgimento dell'intervento di audit;
- informazioni/dati (ad es. gli elenchi delle domande istruite o pagate) sui quali operare il campionamento delle transazioni che saranno analizzate nel corso dell'intervento di audit;
- procedure, leggi, regolamenti e disposizioni operative di riferimento di cui deve essere verificata l'applicazione;
- risultati e rapporti di interventi precedenti sulle unità/processi auditati;
- carte di lavoro e check-list prodotte per lo svolgimento di precedenti interventi su processi/unità auditate o interventi simili in termini di strategie/obiettivi/processi/unità auditate;
- eventuale altra documentazione necessaria/utile allo svolgimento dell'intervento di audit.

4.3 Definizione dell'approccio metodologico e oggetto dell'intervento.

Quanto stabilito nel piano di audit, in termini di strategie/obiettivi dell'intervento, dovrà essere maggiormente dettagliato attraverso:

- analisi della mappatura del/dei processo/i in esame effettuata in precedenza;
- analisi delle leggi, regolamenti e disposizioni operative di riferimento di cui andrà verificata l'applicazione;
- analisi dei rapporti e delle carte di lavoro prodotte nel corso di precedenti interventi sui processi/unità auditate o di interventi simili in termini di strategie/obiettivi /processi/unità auditate;
- primo contatto informale (telefonico e attraverso una riunione informale) con i responsabili dei processi / unità auditate.
- predisposizione della "Pianificazione interna del lavoro" che dettaglia l'impiego di risorse correlate alle attività (Appendice 1).

In particolare, il piano di lavoro rappresenta il disegno di massima dei tempi e delle attività necessarie allo svolgimento dell'intervento e consente, quindi, di stimare il livello di supporto atteso da parte dei responsabili dei processi auditati.

4.4 Formalizzazione della pianificazione dell'intervento.

Quanto stabilito nelle precedenti fasi è formalizzato all'interno di un documento, denominato "Memorandum di Pianificazione dell'Intervento" (riportato in Appendice 2), che rappresenta il risultato della preparazione iniziale dell'audit.

In generale, il memorandum contiene le motivazioni alla base dell'intervento di audit, la sua estensione, gli obiettivi e le risorse, sia del Servizio di Controllo Interno, sia dell'unità auditata, che verranno impegnate nell'intervento stesso. E' aggiunta, inoltre, la lista della documentazione da richiedersi all'unità auditata.

Il "Memorandum di Pianificazione dell'Intervento", che normalmente non dovrebbe eccedere le cinque pagine, è composto dai seguenti paragrafi:

- Informazioni generali.
- Aree/processi selezionati.
- Obiettivi dell'audit.
- Lista dei documenti richiesti.
- Dettagli della pianificazione.

Il "Memorandum di Pianificazione dell'Intervento" è suddiviso tra i seguenti paragrafi:

- Informazioni generali
  Brevi informazioni circa l'intervento di audit pianificato.
- Aree/processi auditati
  Indicare le aree, le funzioni, i processi, le misure che devono essere auditati. Se necessario, specificare le attività principali dei processi da auditare.
- Obiettivi dell'audit
  Indicare gli obiettivi generali dell'intervento di audit, per ciascun modulo in esso ricompreso.
- Lista dei documenti richiesti
  Comunicare la lista delle pratiche e dei documenti che dovranno essere disponibili quando si giungerà presso gli Uffici dell'unità auditata.
- Dettagli della pianificazione
  Indicare la pianificazione preliminare dell'intervento, dettagliando, se ritenuto appropriato, le attività principali che si intendono svolgere.

Il Memorandum deve comunque contenere le seguenti informazioni circa:

- il Responsabile dell'intervento di audit all'interno del Servizio di Controllo Interno;
- il personale operativo del Servizio di Controllo Interno che parteciperà all'intervento ed i rispettivi ruoli;
- la data dell'incontro iniziale, il suo ordine del giorno ed i relativi partecipanti;

- il personale del processo / area / funzione auditato la cui partecipazione all'incontro è ritenuta indispensabile; preferibilmente dovrà essere richiesta la partecipazione dei responsabili del processo / area / funzione auditate ed i suoi collaboratori che supporteranno direttamente l'intervento;
- il periodo dell'intervento presso l'unità auditata e le richieste di collaborazione da parte del personale dell'unità auditata, specificate nel maggiore dettaglio possibile.

Se possibile, all'interno del "Memorandum di Pianificazione dell'Intervento", dovrebbe essere già anticipato il periodo di discussione del rapporto finale dell'intervento e il periodo in cui è attesa la ricezione dei commenti del management ad eventuali osservazioni sorte nel corso dell'intervento.

Il "Memorandum di Pianificazione dell'Intervento" preparato dal personale responsabile della futura esecuzione dell'intervento di audit è sottoposto all'approvazione del Responsabile del Servizio di Controllo Interno. Una volta ottenuta l'approvazione del Responsabile del Servizio di Controllo Interno il memorandum è inviato ai responsabili dei processi / unità auditate ed in copia al Direttore.

4.5 IL CAMPIONAMENTO

Normalmente l'attività di verifica del Servizio di Controllo Interno non consente (né ne costituisce l'obiettivo) di esaminare il 100% di un determinato "fenomeno" oggetto di analisi.

Il personale del Servizio di Controllo Interno, dovendo tuttavia formarsi un giudizio professionale sul "fenomeno" stesso, potrà ricorrere alla selezione ed analisi di alcuni "*item*" che fanno parte del fenomeno, per cercare di comprenderlo nel suo complesso. L'attività di selezione descritta è definita nella letteratura come "campionamento".

Ovviamente i fenomeni oggetto di analisi potranno di volta in volta variare ed essere costituiti ad esempio da una popolazione di domande di aiuto oppure da una popolazione di pagamenti o una popolazione di registrazioni contabili in un capitolo di bilancio, ma anche da una popolazione di intere pratiche di aiuti. La dimensione e l'individuazione della popolazione di riferimento (altrimenti definita "universo") è di volta in volta stabilita dal Responsabile del Servizio di Controllo Interno in funzione delle esigenze di verifica.

4.5.1 Tipi di campionamento

La selezione del campione può essere effettuata sulla base di due distinti metodi o dalla combinazione dei due: il **metodo statistico** ed il metodo basato sul **giudizio professionale (metodo non statistico).** La selezione effettuata sulla base del metodo statistico determina l'ampiezza del campione sulla base del calcolo delle probabilità mentre nel metodo non statistico l'ampiezza del campione è decisa dal Responsabile del Servizio di Controllo Interno sulla base della propria valutazione professionale.
La decisione del predetto Responsabile di utilizzare o meno un metodo statistico per la selezione di un campione di transazioni, rientra nell'ambito del giudizio professionale. La scelta di quale approccio seguire dipende, quindi, dalle circostanze ma comunque il metodo utilizzato deve sempre offrire sufficiente garanzia del raggiungimento degli obiettivi prefissi nel test.

In generale, 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.
Tuttavia, in specifiche circostanze potrebbe essere necessario dover effettuare approfondimenti, anche ad esempio a seguito di richieste da parte del Direttore, che richiedono rigore statistico.

4.5.2 La selezione sulla base del giudizio professionale.

Rientrano sotto questa categoria le seguenti tipologie di selezione:

- la selezione del 100% della popolazione;
- la selezione di specifici *item*;
- la selezione a campione non statistico.

Selezione di tutti gli item: il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può decidere che potrebbe essere maggiormente appropriato esaminare l'intera popolazione di *item* che compongono un capitolo di bilancio o di un elenco di pagamenti, di domande di aiuto etc.

***Selezione di specifici item*:** il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può decidere di selezionare specifici *item* di una popolazione di dati basandosi su fattori quali la conoscenza del settore, la propria preliminare valutazione del rischio nonché sulla base delle caratteristiche della popolazione da esaminare. La selezione degli specifici *item* può includere:

- *item di valore significativo o key items;* il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può decidere di selezionare specifici *item* in una popolazione perché sono di importo significativo o perché posseggono talune caratteristiche quali ad esempio generano sospetti, siano transazioni inusuali, particolarmente rischiose o che siano state caratterizzate da errori nel passato;
- *tutti gli item superiori ad un determinato ammontare*; il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può decidere di esaminare gli *item* il cui valore eccede un pre-determinato ammontare in modo da verificare una percentuale significativa della spesa, o delle specifiche transazioni;
- *item selezionati al fine di ottenere informazioni*; il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può scegliere di esaminare taluni specifici *item* al fine di ottenere informazioni su particolari problematiche, sulla natura delle transazioni, sulla contabilità e sul controllo interno nonché al fine di approfondire le conoscenze del settore;
- *item per testare una procedura*; il Responsabile del Servizio di Controllo Interno può usare il proprio giudizio per selezionare ed esaminare specifici *item* al fine di determinare se una determinata procedura sia stata applicata o meno.

La selezione a campione non statistico: Per procedere alla selezione a campione non statistico, il Responsabile del Servizio di Controllo Interno deve considerare gli obiettivi del test da svolgere e gli attributi della popolazione da cui il campione deve essere estratto.
Con riferimento alla popolazione l'*auditor* si deve accertare che la popolazione sia appropriata agli obiettivi della procedura di *audit*, nonché completa.

La dimensione del campione è ovviamente funzione del rischio e del giudizio professionale del Responsabile del Servizio di Controllo Interno nel correlare il grado di rischio individuato all'estensione del campione, ponderando ad es. i seguenti fattori:

- *l'utilizzo di eventuali altre procedure di revisione,* l'utilizzo di eventuali ulteriori procedure di revisione finalizzate allo stesso obiettivo, in aggiunta a quelle per le quali si sta effettuando il campionamento comporta un decremento nel campione;
- *il livello di significatività pianificato,* maggiore è il livello di significatività pianificato ovvero l'ampiezza della presenza di errori che si è disposti ad accettare nell'ambito dell'universo oggetto di esame, minore sarà la dimensione del campione;
- *l'ammontare degli errori che l'auditor si aspetta di riscontrare nella popolazione,* maggiori sono gli errori che l'*auditor* si aspetta di riscontrare nella popolazione, maggiore sarà la dimensione del campione;

I principali metodi di selezione del campione basato su un approccio non statistico sono:

- *l'utilizzo di numeri casuali generati dal computer;*
- *la selezione sistematica, in cui il numero di item dell'universo è diviso per il numero di item* del campione, al fine di individuare l'intervallo di campionamento, per esempio 50, ed avendo scelto un punto di partenza dentro i primi 50 *item*, si procederà selezionando di lì in avanti un *item* ogni 50;
- *la selezione casuale, in cui il revisore effettua una selezione senza seguire una tecnica strutturata;*
- *la selezione stratificata*, in cui si applica la selezione casuale o con l'utilizzo di numeri casuali nell'ambito di determinati strati di popolazioni aggregati da fattori comuni (ad esempio zona geografica, classi di importo, tipologie di beneficiari, ecc.).

Ulteriori metodi possono di volta in volta essere individuati dal Responsbaile del Servizio di Controllo Interno, anche attraverso la combinazione delle tecniche sopra illustrate, sulla base della propria esperienza, tenuto conto delle finalità e degli obiettivi dell'intervento di audit.

4.5.3 Il Campionamento Statistico

Il **campionamento per variabili** è la metodologia che più di ogni altra risulta statisticamente corretta per determinare campioni di valori monetari che siano rappresentativi dell'universo. In particolare è possibile determinare entro i limiti di precisione[1] e di livello di confidenza[2] determinati, il valore aggregato di una determinata popolazione, attraverso la determinazione del valore medio di un campione rappresentativo della stessa. La numerosità del campione, affinché la sua media aritmetica sia rappresentativa della popolazione intera, (a parità di livelli di precisione e di confidenza) è

[1] Il livello di precisione rappresenta l'errore che la Servizio di Controllo Interno è disposto ad accettare nell'ambito di una popolazione oggetto di esame. Tale livello, anche detto livello di "significatività" o "materialità" può essere espresso in valore assoluto, ovvero come un ammontare monetario, oppure un numero di errori formali ritenuti accettabili, oppure in valore percentuale.

[2] Il livello di confidenza è il grado di certezza con cui la Servizio di Controllo Interno può estendere all'universo della popolazione, le conclusioni raggiunte attraverso le verifiche svolte sul campione selezionato statisticamente. Tanto più è alto il livello di confidenza che si vuole ottenere, tanto più ampio sarà il campione statistico necessario per poter garantire tale livello.

funzione della variabilità dell'universo. Quanto maggiore è la variabilità dell'universo, tanto maggiore dovrà essere l'ampiezza del campione affinché esso sia rappresentativo dell'universo stesso (a parità di livelli di precisione e di confidenza). La variabilità di una popolazione è misurata statisticamente attraverso gli scostamenti dal valore medio della stessa (scarto quadratico medio).

Tale metodologia risulta essere molto complessa, nella sua applicazione pratica, conduce alla determinazione di campioni di transazioni numerosi e per tale motivo è raramente usata. La sua applicazione trova giustificazione solamente in presenza di popolazioni con altissimo rischio e tasso di errore, laddove si voglia determinare statisticamente l'errore presente sull'universo. E' compito del personale del Servizio di Controllo Interno conoscerne l'esistenza, al fine, se del caso e per specifiche esigenze, di coinvolgere uno specialista esterno quale sussidio per l'applicazione di tale tecnica.

Altra metodologia di campionamento, è il **campionamento per attributi**. Tale metodologia non risulta essere immediatamente applicabile per verificare un numero di transazioni monetarie, quali ad esempio i pagamenti di contributi/aiuti comunitari e, quindi, sulla base dei risultati raggiunti, estendere le conclusioni all'intera popolazione. Il campionamento per attributi, infatti, serve per poter determinare le caratteristiche totali di un universo, attraverso l'esame delle caratteristiche di un campione di transazioni. Se, ad esempio, avessimo un contenitore con un numero predeterminato di palline, la cui caratteristica, quella di essere bianche o nere è a noi ignota, potremmo conoscere, con approssimazione statistica (livello di confidenza e probabilità di errore) la frequenza della caratteristica pallina bianca e della caratteristica pallina nera, su tutto l'universo, attraverso l'esame di un campione rappresentativo di palline, selezionato in maniera casuale (specifiche tavole statistiche possono essere velocemente utilizzate conoscendo i parametri di livello di confidenza, errore atteso, e numerosità dell'universo, per stabilire l'ammontare di un campione rappresentativo della popolazione).

Se noi applicassimo questo metodo all'universo delle transazioni dei pagamenti, potremmo certamente determinare l'attributo, pagamento corretto o pagamento errato, ma non avrebbe senso sapere che su 2,5 milioni di pagamenti un certo numero degli stessi, per probabilità statistica risulta errato, poiché non sarebbe possibile conoscerne l'ammontare ovvero il peso in termini di valore monetario dell'errore. Tale tipologia di campionamento potrebbe, al contrario, essere applicata per analizzare uno specifico attributo non monetario nell'ambito di una popolazione, ad esempio Domanda protocollata / Domanda non protocollata, oppure check-list compilata / check-list non compilata, qualora si decidesse di voler effettuare una analisi su specifici attributi piuttosto che un intero flusso di transazioni legate alla domanda.

Il MUS (*"Monetary-Unit Sampling"*) è una metodologia di campionamento statistico, che pur avendo a base il campionamento per attributi, è utilizzabile dall'*auditor*, per la verifica di popolazioni monetarie.

4.5.4 La scelta del metodo di campionamento

Come precedentemente accennato non è sempre necessario effettuare una selezione di un campione rappresentativo statisticamente. In genere il metodo di campionamento da preferire nelle attività di verifica da parte del Servizio è la selezione non statistica, specie se ci si trova di fronte ad un universo composto da un limitato numero di richiedenti il contributo/aiuto. Pur tuttavia,

l'eventualità di un utilizzo di tecniche statistiche può essere necessario per specifiche esigenze di approfondimento di eventuali temi o anomalie riscontrate, oppure nel caso di popolazioni numerose (ad es. quella della Domanda Unica).
L'individuazione della tecnica deve essere comunque effettuata dopo aver valutato i seguenti dati qualitativi e quantitativi.

- esborso finanziario nell'ultima campagna pagata,
- il numero di domande presentate,
- il numero di domande liquidate,
- le risultanze di precedenti *audit* e *follow up,*
- la disomogeneità della tipologia di aiuti all'interno del processo,
- la distribuzione territoriale (concentrazione) degli aiuti,
- la numerosità e le caratteristiche degli OD coinvolti nel processo.

Di seguito si riportano a titolo esemplificativo due esempi, uno per il metodo non statistico ed uno per il metodo statistico.

4.5.5 Esempio di selezione con metodo non statistico

Tra la documentazione da richiedersi nella fase di pianificazione del singolo intervento di audit, nel caso che, ad esempio, sia prevista l'effettuazione di verifiche sulle domande istruite ed autorizzate dal Servizio Tecnico dell'Agenzia, devono esservi le liste delle domande istruite ed autorizzate da tale funzione. Su tali liste deve essere effettuato il campionamento delle domande che saranno sottoposte alla verifica da parte del Servizio di Controllo Interno. Una delle modalità di effettuazione del campionamento non statistico è descritta di seguito.

L'universo delle domande all'interno del quale effettuare la selezione è quello delle domande istruite ed autorizzate dal Servizio Tecnico dal 16 ottobre 200X alla data dell'intervento.

Il numero delle domande da selezionare è deciso dal Responsabile del Servizio di Controllo Interno tenendo in considerazione i seguenti aspetti:

- obiettivi dell'intervento,
- tempi e risorse pianificate per l'intervento,
- esperienza della Struttura di Controllo Interno nell'effettuare interventi aventi questa tipologia,
- complessità delle misure di appartenenza delle domande da selezionare,
- complessità e localizzazione dell'unità auditata.

Una volta stabilito il numero di domande da selezionarsi, la loro ripartizione tra le misure trattate potrebbe essere effettuata applicando il criterio della ripartizione in funzione degli importi finanziati.

Tuttavia, possono essere aggiunti ulteriori parametri oltre al peso della spesa, che possono essere considerati formando una selezione che considera "enne" fattori avendo cura di documentarne le modalità e le motivazioni della scelta nelle carte di lavoro.

Seguendo l'esempio precedente, una volta stabilito il numero di domande da selezionarsi e definita la sua ripartizione tra le diverse misure, la selezione delle singole domande all'interno degli elenchi di liquidazione può essere effettuata attraverso il metodo del campionamento stratificato.

Allo scopo di descrivere il funzionamento di tale metodo riportiamo a seguito un esempio, nel quale abbiamo supposto di dover selezionare 2 domande all'interno di una lista di 5 domande il cui valore complessivo è pari a 99.

L'elenco delle domande va ottenuto in formato excel e ordinato per la colonna valore in modo crescente. Inoltre, va impostata una colonna dove è calcolato il valore cumulato delle domande stesse.

Num	Domanda	Valore	Valore Cumulato	Intervallo	Domande selezionate
1	D	4	4	0-4	
2	A	10	14	5-14	
3	C	15	29	15-29	
4	B	20	49	30-49	X
5	E	50	99	50-99	X

Il passaggio successivo sarà la scelta, con metodo random, di un numero compreso tra 1 ed il numero totale delle domande compreso nella lista. Nel nostro caso, dovendo scegliere un numero tra 1 e 5, il numero individuato è 3.

Numero casuale (inferiore o uguale al numero totale delle domande in lista – ovvero compreso tra 1 a 5)	3

In seguito è calcolato l'intervallo di campionamento, pari al valore totale della lista di domande fratto il numero di domande in essa ricomprese. Nel nostro caso l'intervallo di campionamento è pari a 19.8, ottenuto dividendo 99, valore totale della lista delle domande, e 5, numero di domande comprese nella lista.

Intervallo di campionamento (pari a totale cumulato valore domande / numero domande in lista)	19.8

Viene poi individuato il valore cumulato corrispondente al numero scelto casualmente. Nell'esempio riportato la terza domanda in lista, la domanda C, ha un valore cumulato di 29.

Cumulata (corrispondente al numero estratto casualmente (3))	29

Infine, il valore della cumulata corrispondente al numero casuale identificato, viene sommato al valore del passo di campionamento. Quindi, tornando al nostro esempio, calcoleremo un valore pari a 48.8, somma dell'intervallo di campionamento pari a 19.8, con il valore della cumulata corrispondente al numero estratto casualmente, pari a 29.

Valore cumulato (Intervallo di Campionamento + Cumulata corrispondente / 20+30)	48.8

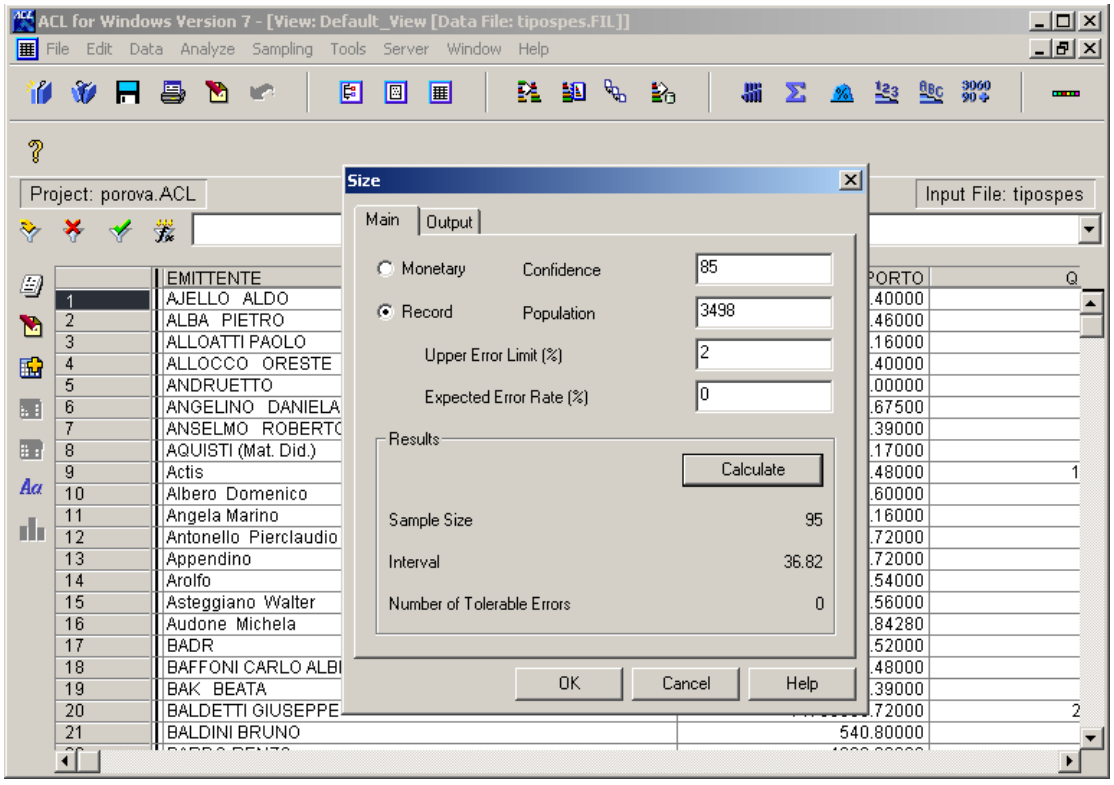
A questo punto la prima domanda selezionata è quella il cui intervallo include il Valore Cumulato identificato. Nel nostro caso si tratterà quindi della domanda B, all'interno del cui intervallo cade il Valore cumulato calcolato. La successiva domanda selezionata sarà determinata sommando al Valore Cumulato ottenuto, di nuovo, l'Intervallo di campionamento; nel nostro esempio si tratta della domanda E, nel cui intervallo cade il nuovo Valore Cumulato (pari a 48,8+19,8 = 68,6).

Nel caso si volesse procedere alla selezione di ulteriori domande, si procederà a reiterare tale procedimento, sommando all'ultimo Valore Cumulato l'intervallo di campionamento.
Laddove, si verifica che il nuovo Valore Cumulato si colloca nuovamente in corrispondenza della domanda selezionata, il campione viene ridotto di conseguenza di una unità, in quanto la domanda estratta risulta essere di particolare rappresentatività statistica.
Va infine osservato che, se il valore ottenuto sommando l'intervallo di campionamento all'ultimo Valore Cumulato è superiore all'importo totale della lista, il nuovo Valore Cumulato è dato sottraendo a tale importo il totale della lista.

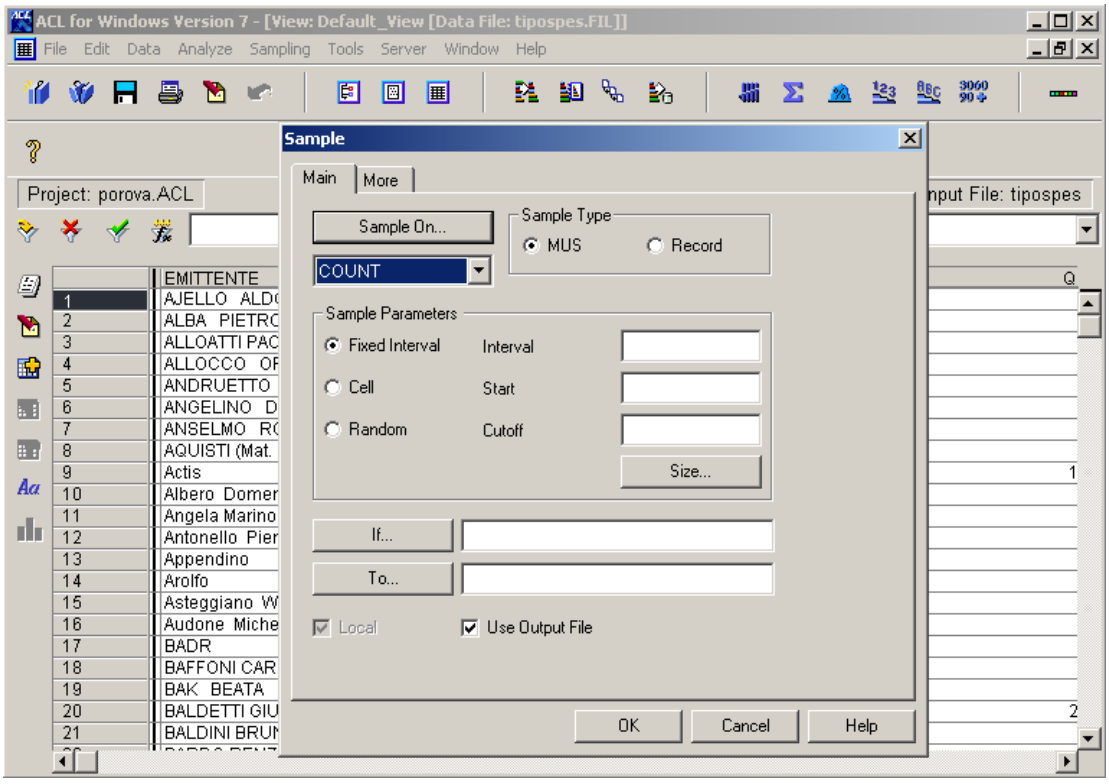
4.5.6 Esempio di selezione con metodo statistico

La selezione del campione con metodo statistico è effettuata esclusivamente attraverso l'utilizzo di specifici software. Il software di più comune utilizzo per le attività di audit ed ivi comprese quelle di campionamento ("sampling") è ACL - Audit Command Language.

Più in particolare, attraverso la funzione SIZE sarà possibile determinare la dimensione del campione, come di seguito illustrato nella schermata esemplificativa.



Attraverso la funzione "Sample" è, invece, possibile procedere all'estrazione dall'archivio elettronico del campione sulla base delle diverse tecniche precedentemente illustrate. Di seguito è riportata una schermata esemplificativa:



Per ulteriori approfondimenti si rimanda al manuale d'uso del software.

4.6 L'esecuzione dell'intervento di audit

4.6.1 Svolgimento della riunione di apertura

All'interno del Memorandum della pianificazione, il Responsabile del Servizio di Controllo Interno fissa la data e l'ordine del giorno dell'incontro propedeutico alle attività operative, cui partecipano anche i responsabili del Servizio auditato.
Durante l'incontro devono essere presentati e discussi i seguenti argomenti:

- scopo e obiettivi dell'intervento di audit, già definiti nel Memorandum della Pianificazione;
- modalità operative di esecuzione dell'intervento (ad esempio interviste con il personale, analisi delle transazioni rilevanti, "walk-through test" [3], test sulle attività, rilevazione dei rischi, ecc.) e il tempo approssimativo necessario;
- la documentazione che verrà prodotta (relazione finale) e i relativi contenuti;
- le date dei successivi incontri da svolgere durante ed al termine dell'intervento, sia con i responsabili della funzione sia con il personale operativo;
- varie ed eventuali.

La riunione di apertura consente, ad uno o più *auditor* assegnati, di predisporre (o confermare, se già presente) l'organigramma del Servizio auditato e la rappresentazione grafica del processo ("*workflow*" o pista di controllo).
Si sottolinea, infine, che nella riunione è importante evidenziare la finalità propositiva e migliorativa dell'intervento di audit, rispetto al processo/area/funzione in esame, allo scopo di ottenere la massima disponibilità e la positiva collaborazione del personale auditato.

4.6.2 L'analisi del processo auditato

L'attività di analisi del processo auditato si svolge mediante interviste con i responsabili delle attività e il personale operativo e con l'analisi dei documenti esistenti come procedure, flow chart, modulistica operativa, ecc.

Prima di condurre l'intervista l'*auditor* dovrebbe analizzare tutto il materiale esistente relativo al processo:

- carte di lavoro di interventi precedentemente effettuati;
- diagrammi di flusso;
- procedure;
- normativa di riferimento applicabile;
- ogni altra documentazione utile.

Durante le interviste l'*auditor* deve poter comprendere dettagliatamente il processo e le attività in modo tale da identificare i rischi ed i controlli significativi ed analizzare l'efficacia del processo

[3] Il ***Walk-through test*** è un test attraverso cui l'internal auditor, acquisendo copia di tutti i documenti del flusso procedurale o delle porzione del processo che intende esaminare, ottiene una conferma della corretta rilevazione del processo o della procedura in esame. Infatti, è possibile riscontrare attraverso la documentazione esaminata che il flusso procedurale in esame funzioni effettivamente così come lo si è rilevato.

stesso. Al fine di facilitare la comprensione è opportuno richiedere la documentazione utilizzata nelle attività, inoltre si possono utilizzare delle linee guida per la rilevazione dei processi. Il modulo fornisce una guida con le informazioni significative da ottenere e da discutere.
In particolare, attraverso il colloquio con il personale, devono essere individuati gli elementi essenziali dei processi e/o delle attività:

- inizio e fine del processo/attività;
- le risorse coinvolte (fisiche e umane);
- il risultato del processo/attività;
- le modalità operative;
- le responsabilità;
- le informazioni gestite;
- le normative di riferimento applicabili.

Una volta effettuata l'intervista, tutte le informazioni ricevute devono essere accuratamente riportate in apposite carte di lavoro che devono essere identificate con un codice/numero, archiviati insieme alla documentazione raccolta e firmate dall'*auditor.*

Se attraverso l'intervista sono stati acquisiti elementi che permettono un aggiornamento del Risk Assessment questo deve essere aggiornato a cura dell'*auditor* che ha effettuato l'intervista, sotto la supervisione del Responsabile del Servizio di Controllo Interno.

Gli aspetti ritenuti critici devono essere approfonditi ulteriormente con il responsabile del processo/attività, richiedendo documentazione suppletiva o effettuando specifici test allo scopo di individuare le possibili cause.

4.6.3 Analisi dei controlli

Obiettivo dell'analisi dei controlli è di valutare l'adeguatezza dei controlli posti in essere per mitigare i rischi collegati al processo.
L'attività dell'*auditor* ha un primo scopo nella verifica e valutazione dell'efficacia del controllo posto in essere per ridurre il rischio. Un altro scopo consiste nel verificare l'efficienza del controllo e, quindi, rilevare casi di rischi eccessivamente controllati che richiedono una razionalizzazione dei presidi in essere.
In particolare, in fase di identificazione e valutazione dei controlli associati ai rischi è necessario:

- identificare i controlli associati ai rischi significativi;
- valutare l'efficacia del controllo nel prevenire il rischio;
- identificare aree di miglioramento nei processi e nei relativi controlli;
- identificare le criticità e condividerle con i responsabili dei processi.

Normalmente l'esecuzione dell'attività richiede un'analisi documentale e l'interazione con il personale che esegue il controllo.
In generale, nell'eseguire la verifica su un controllo si effettua una valutazione al fine di determinare se il controllo in essere:

- opera come dovrebbe;
- è applicato per tutto il periodo di tempo previsto per la copertura efficace del rischio associato;

- è eseguito tempestivamente tutte le volte che si rende necessario;
- copre tutte le transazioni a cui è applicabile;
- si fonda su informazioni affidabili (ad esempio l'utilità di un controllo su un report dipende dall'affidabilità dai dati contenuti);
- corregge tempestivamente gli errori che identifica.

Durante l'esecuzione della verifica, l'*auditor* deve indagare, osservare e verificare l'evidenza fisica dei risultati del controllo, inclusi quelli di *routine*. Ad esempio, nel testare una riconciliazione effettuata periodicamente si può:

- **Indagare**. Si può chiedere al personale che prepara la riconciliazione, quali sono le voci normalmente da riconciliare, il perché sono tali, e la procedura in essere che assicura che eventuali anomalie nelle registrazioni contabili sono costantemente individuate e tempestivamente corrette. Si può inoltre domandare come il responsabile del processo si assicura che le riconciliazioni siano corrette, predisposte tempestivamente e costantemente riviste e approvate da personale terzo rispetto a chi ha eseguito le riconciliazioni stesse.
- **Osservare**. Si può osservare la predisposizione di una riconciliazione, pur sapendo che il personale, quando è osservato, conduce l'attività più diligentemente.
- **Verificare l'evidenza fisica**. Si devono esaminare i documenti di supporto alle voci in riconciliazione aventi maggiore significatività, al fine di ottenere l'evidenza che le procedure sono state eseguite correttamente. Inoltre è auspicabile ottenere evidenze di come eventuali eccezioni o elementi inusuali sono stati trattati, in modo da verificare se questi sono stati gestiti in maniera adeguata. In quest'ambito è verificata la tracciabilità dei controlli effettuati dal soggetto auditato.

Tra i fattori di valutazione del controllo possono essere considerati:

- √ l'apparente competenza e integrità del personale che esegue il controllo, il livello con cui il dipendente è controllato dai superiori e il *turn over* del personale;
- √ la probabilità che il controllo sia omesso durante periodi di lavoro intenso (picchi di lavoro);
- √ la possibilità di omettere il controllo da parte del responsabile del processo;
- √ la presenza di fattori di rischi di frode che sono stati identificati e non sufficientemente mitigati da altri controlli.

Nel valutare i controlli si deve esprimere un giudizio sulla loro efficacia. Nel caso in cui dalle verifiche emerga che il controllo in essere garantisce, in riferimento alle procedure di controllo eseguite, la copertura del rischio, il controllo si deve ritenere efficace. Viceversa, se emerge l'inefficacia del controllo, l'*auditor* deve assicurarsi di avere tutte le evidenze necessarie per dimostrare in modo oggettivo che il controllo analizzato non garantisce la copertura del rischio associato. Questo aspetto è fondamentale per sostenere le proprie argomentazioni in fase di condivisione delle criticità con il responsabile del processo.

L'attività svolta dall'*auditor* deve essere riportata in apposite carte di lavoro che documentano la natura, l'estensione ed i risultati delle verifiche.

4.6.4 L'osservazione di audit

Le criticità individuate, nel corso dello svolgimento delle attività di audit, devono essere tempestivamente rilevate da parte dell'*auditor* e riportate nei documenti di lavoro (Appendice 3-Standard modulo per la rilevazione di un'osservazione) riportando, in particolare:

- gli elementi identificativi dell'osservazione (ad es. processo, responsabile del processo, riferimento al programma di verifica, data);
- la descrizione dell'osservazione;
- il rischio potenziale (incluse la probabilità e l'impatto valutate);
- il suggerimento formulato dall'*auditor* per la soluzione della criticità;
- eventuali commenti del responsabile del processo col quale si è effettuata la prima condivisione della criticità.

La criticità è portata all'attenzione del Responsabile del Servizio di Controllo Interno, al fine di effettuare un'ulteriore valutazione di quanto emerso e considerarne l'inclusione all'interno del rapporto sull'intervento.
La fase successiva è quella della condivisione delle osservazioni con il responsabile del processo / unità / funzione auditata. A tal fine, devono essere organizzati degli incontri con i responsabili delle aree in cui è stato rilevato il controllo inefficace o la criticità per esporre i risultati emersi, le considerazioni sollevate, ricevere ulteriori commenti e informazioni sull'attività in esame e per ottenere una conferma dell'oggettività della criticità riscontrata.

4.6.5 La documentazione minima da prodursi nel corso di un intervento di audit

Tutta la documentazione ricevuta e prodotta durante l'attività di audit, se ritenuta significativa, deve essere referenziata ed allegata alle carte di lavoro relative al test svolto. L'attività di documentazione ha la funzione di:

- fornire traccia del lavoro eseguito anche per i successivi interventi;
- mantenere le evidenze delle criticità riscontrate;
- fornire una base per la revisione dell'attività di audit.

Elementi essenziali da prodursi e allegarsi al fascicolo dell'intervento sono, ad ogni modo, i seguenti:

- corrispondenza e comunicazioni intercorse con i soggetti auditati;
- programma di lavoro dell'intervento, firmato e referenziato dagli *auditor*;
- memorandum prodotti nel corso dell'intervento;
- documentazione di supporto alle osservazioni incluse nel report;
- relazione di audit, in bozza e finale.

4.6.6 La gestione delle evidenze

Nel corso dell'esecuzione dei test, gli *auditor* devono raccogliere tutti gli elementi necessari a supportare, con adeguate evidenze, le criticità riscontrate. Tutte queste evidenze di supporto

(documentazione, analisi svolte, carte di lavoro, ecc.) devono essere adeguatamente archiviate per dimostrare l'inequivocabilità e l'oggettività delle criticità riscontrate.

Al termine dell'intervento, occorre garantire che tutta la documentazione, di supporto alla relazione finale dell'intervento di audit, sia stata raccolta ed archiviata presso il Servizio di Controllo Interno.

Inoltre, occorre aggiornare il Risk Assessment confermando i rischi esposti, riportando quelli individuati nel corso dell'intervento di audit ed esponendo la valutazione dei controlli rilevati.

4.6.7 La relazione finale di audit

La relazione finale di un intervento di audit rappresenta il punto conclusivo dell'attività di accertamento svolta dall'*auditor*, nonché il momento di assunzione della responsabilità professionale da parte dello stesso in ordine all'interpretazione dei fatti osservati ed alla formulazione delle valutazioni e dei suggerimenti.

Tale relazione è, prima di tutto, il resoconto obiettivo, essenziale e completo di ciò che l'*auditor* ha fatto in sede di accertamento ed, allo stesso tempo, l'esposizione veritiera, motivata e documentata delle evidenze significative che l'*auditor* stesso ha analizzato. Essa viene di norma redatta al termine delle operazioni di accertamento; tuttavia, questa indicazione non rappresenta in ogni caso una norma assoluta.

Se durante l'*audit* subentrano anomalie gravi, è necessario che il Responsabile del Servizio di Controllo Interno informi il Servizio auditato ed il Direttore dell'Agenzia, affinché siano apportati immediatamente gli opportuni interventi correttivi. La tempestività di queste segnalazioni è di fondamentale importanza e contribuisce a promuovere apprezzamento per il lavoro dell'*internal auditor*.

In pratica, l'*internal auditor* riferisce tutto ciò che rappresenta utilità per il Direttore in relazione alle sue finalità gestionali e lo riferisce quando l'informazione è un effettivo contributo, qualificato sul piano professionale.

4.6.8 Gli elementi indispensabili per la redazione della relazione finale di audit

La relazione di audit (Appendice 4) deve essere redatta in modo appropriato, nel rispetto dei principi di chiarezza ed essenzialità. L'*internal auditor* dovrà elencare le attività esaminate e nonché l'oggetto e l'ampiezza dell'audit. Questi ultimi due elementi sono fondamentali: chiunque riceva una relazione di audit deve conoscere, infatti, chiaramente i limiti che hanno caratterizzato la portata dell'operazione di accertamento anche al fine di valutarne ed interpretarne correttamente i risultati.

Se nel corso della verifica l'*internal auditor* ha fatto ricorso a test di accertamento, occorrerà che ne siano precisati i limiti e che siano illustrati i criteri di scelta dei campioni utilizzati.

Particolare importanza riveste la segnalazione dell'epoca in cui l'audit è stato effettuato: i fenomeni rilevati ed espressi in termini quantitativi e qualitativi risultano validi e significativi nel momento dell'accertamento e, pertanto, in tempi successivi, devono essere considerati alla luce della situazione ambientale del momento di osservazione e delle successive evoluzioni della normativa e della realtà dell'Agenzia.

Il contenuto della relazione finale, di cui si riporta in Appendice n. 5 un esempio di indice, si articola idealmente in tre parti:

- la prima parte è introduttiva e ha lo scopo di descrivere l'intervento di audit (durata, luogo, lettera d'incarico, ecc.), il processo analizzato con i sub processi in esame (facendo anche riferimento alle strutture organizzative interne interessate dall'intervento) ed infine la documentazione di riferimento (in questo paragrafo si descrivono sinteticamente la normativa esterna ed interna, cioè le circolari e/o procedure operative emesse dall'Agenzia);
- la seconda parte descrive le modalità di svolgimento del lavoro: interviste effettuate;selezione del campione di pratiche da sottoporre a test;esecuzione dei test.
- nella parte conclusiva, infine, sono inserite le osservazioni e criticità emerse ed i relativi suggerimenti espressi dall'*internal auditor* per rimuoverle.

Le criticità scaturiscono dall'inefficacia del controllo o da un'eccessiva esecuzione di controlli per uno stesso rischio che, in una valutazione di costi-benefici, rappresenta un assenza di efficienza.
La presenza o meno della criticità richiede all'*auditor* di esprimere un parere o opinione professionale per la rimozione della stessa. Questo parere è definito in dottrina con il termine "raccomandazione".
L'uso di questo termine non è casuale: esso vuole sottolineare l'approccio consulenziale dell'*auditor*, il quale suggerisce la soluzione, ma non la impone.
La presenza di osservazioni che non costituiscono criticità, ma semplici punti di miglioramento del sistema di controllo interno, sono formalizzate dall'*auditor* come "temi di attenzione".

Le osservazioni formulate vengono sintetizzate nella **Tavola delle Osservazioni che** propone, in modo dettagliato, le osservazioni rilevate nel corso dell'intervento, i relativi rischi, le raccomandazioni per la sua soluzione, le considerazioni ed i piani d'azione del responsabile del processo (cd. "*owner*" del processo) per la loro soluzione, la data di implementazione dei piani d'azione e le responsabilità per la loro realizzazione nei tempi stabiliti.
Più in dettaglio, ciascun campo della Tavola delle Osservazioni è organizzato come segue:

- **Osservazione:** riporta la criticità riscontrata. Se necessario, deve essere integrato, nella parte iniziale del campo, con le informazioni di contesto che permettono un'agevole comprensione dell' osservazione.
- **Rischio:** riporta il rischio che, a causa dell'osservazione rilevata, risulta non essere adeguatamente controllato.
- **Raccomandazione (o Suggerimenti):** riporta le azioni necessarie alla soluzione della criticità riscontrata, in altre parole quelle azioni che presumibilmente comporterebbero la decadenza dell'osservazione.
- **Piano d'azione del Responsabile del processo:** all'inizio riporta il commento generale del responsabile del processo, ovvero se questi è d'accordo o meno con l'osservazione e quindi se intende agire a riguardo oppure ritiene opportuno assumersi il rischio di non procedere ad alcuna implementazione di ulteriori controlli e/o migliorie nei processi. A seguito, all'interno dello stesso riquadro, nel caso il responsabile del processo esprima accordo con l'osservazione e convenga nell'opportunità a procedere all'implementazione di ulteriori controlli e/o migliorie nei processi, è riportato il piano d'azione per la loro realizzazione.
- **Data e Responsabile:** questo campo è riempito solo nel caso il responsabile del processo abbia convenuto nell'implementazione di ulteriori controlli e/o migliorie nei processi. In questo caso

è riportata la data in cui si prevede tali implementazioni saranno completate e la persona / funzione responsabile di tali azioni. Il Servizio C.I. deve verificare che la persona / funzione responsabilizzata dell'implementazione delle azioni concordate, sia al corrente della responsabilità attribuitagli e concordi con essa.

4.6.9 La riunione di chiusura dell'Audit

La relazione di audit è, generalmente, inviata in bozza alle strutture organizzative interne interessate dall'intervento[4] e poi discussa nell'ambito di una specifica riunione.

Lo scopo della riunione è condividere i risultati della propria attività per assicurarsi che non ci siano stati fraintendimenti o interpretazioni errate dei fatti evidenziati e fornisce ai Responsabili delle funzioni oggetto di audit l'opportunità di chiarire specifici argomenti o di esprimere i propri punti di vista circa i rilievi, le conclusioni e le raccomandazioni dell'*auditor*.

Avuto riguardo alle finalità dell'attività, alla riunione di Audit si dovranno discutere e condividere le raccomandazioni con gli adeguati livelli di responsabilità, al fine di elaborare eventuali azioni per rimuovere le criticità emerse. In particolare, nel corso della riunione devono essere necessariamente concordate:

- le azioni ritenute idonee a rimuovere le criticità riscontrate (qualora vi sia dissenso tra raccomandazioni proposte ed azioni definite dal responsabile del processo, tale dissenso deve essere espresso ed inserito in specifici campi del documento criticità e raccomandazioni, di cui si dirà oltre);
- le date indicative di realizzazione delle azioni.

La piena condivisione delle criticità e delle raccomandazioni risulta estremamente importante per consentire all'*auditor* ed al Responsabile del Servizio di Controllo Interno di formalizzare entro tempi brevi la relazione finale di audit per l'invio al Direttore dell'Agenzia.

La formalizzazione di tale attività avviene attraverso il modello *resoconto riunione di audit* redatto a cura degli *auditor* e composto dalle seguenti sezioni:

- luogo e data della riunione;
- nome e ruolo dei partecipanti alla riunione;
- indicazione dei responsabili di funzione non presenti alla riunione;
- descrizione degli argomenti oggetto di discussione;
- osservazioni emerse in sede di riunione, quali soprattutto:
  1. variazioni condivise da riportare nella relazione finale di audit;
  2. azioni realizzabili e relative date di esecuzione previste.

Avuto riguardo alla sensibilità delle informazioni ivi contenute e della visibilità esterna, il documento in questione dovrà essere necessariamente approvato dal Responsabile del Servizio di Controllo Interno. Ottenuta la validazione del resoconto della riunione di Audit, il documento deve sempre e necessariamente essere condiviso con il Responsabile del Servizio auditato. In tale contesto, può essere utilizzata una mail a cui dovrà essere allegato il resoconto della riunione di Audit, da

[4] La relazione è inviata alle strutture che possiedono gli strumenti per porre in essere le azioni correttive proposte con le raccomandazioni.

inviare al Responsabile della funzione auditata, attraverso la quale si richiede la condivisione di quanto indicato entro un termine prestabilito.

5. L'INTERVENTO DI FOLLOW UP (MONITORAGGIO AZIONI CORRETTIVE)

Il processo di "*follow up"* è quel processo attraverso cui l'*internal auditor* accerta se quanto raccomandato, discusso e condiviso, è poi stato attuato o meno.

Il *follow up* è l'intervento per la verifica dell'effettiva implementazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi a fronte delle osservazioni rilevate nel corso di precedenti interventi del Servizio di Controllo Interno e condivise dai responsabili dei processi stessi.

In altre parole, si determina un monitoraggio continuo sulla realizzazione delle azioni correttive inserite dal responsabile del processo nel piano di azione al fine di valutare l'efficacia, nonché la tempestività nel rimuovere le anomalie riscontrate.

L'*auditor* che è incaricato di eseguire un *follow up* raccoglie le osservazioni rilevate e riportate nella relazione e aggiorna con le stesse la Tavola di follow up (Appendice 6).

La Tavola di follow up è uno strumento utilizzato al fine di raccogliere, monitorare e analizzare lo stato dei piani d'azione, preventivamente concordati con i responsabili dei processi.

La tavola è costituita dalle seguenti sezioni:

- **Processo**: riporta il nome del processo al quale è riferita l'osservazione.
- **Unità auditata**: riporta il nome dell'unità organizzativa/funzione/Ufficio/ente alla quale è riferita l'osservazione.
- **Codice intervento audit**: riporta il codice dell'intervento di audit. Il codice è quello definito in fase di pianificazione ed è lo stesso indicato in tutte le carte di lavoro prodotte per lo svolgimento dell'intervento.
- **Data audit**: riporta la data dell'audit (corrispondente alla data di inizio ed ultimazione dell'intervento stesso).
- **Tipo**: riporta la tipologia dell'osservazione rilevata. A tal fine sono state stabilite le seguenti codifiche:
  - CI= la raccomandazione è volta a migliorare l'efficacia del sistema di controllo interno;
  - EF= la raccomandazione è volta a rendere maggiormente efficiente i processi analizzati.
- **Osservazione**: descrive sinteticamente l'osservazione indicata nel Rapporto finale.
- **Azione da implementare**: riporta la specifica azione che è stata suggerita al responsabile del processo e che quest'ultimo deve implementare a seguito della raccomandazione effettuata dal Servizio controllo interno in fase di audit.
- **Data scadenza:** riporta la data di scadenza dell'azione di riferimento.
- **Data completamento**: riporta la data nella quale è stato completata l'azione e, quindi, la decadenza dell'osservazione. Ovviamente tale data è riportata solamente se nel corso dell'intervento di *follow up* è riscontrata l'effettiva implementazione di adeguate azioni correttive alla criticità riscontrata originalmente.
- **Responsabile**: il soggetto (R espons. Ufficio/Funzione auditata) che deve implementare il piano d'azione concordato.
- **Status (s)**: riporta lo *status* della raccomandazione e del relativo Piano d'azione / raccomandazione. A tal fine sono state stabilite le seguenti codifiche:

- I= l'azione è stata implementata / l'osservazione ha perso la sua ragione d'essere;
- P= l'azione è stata implementata solo parzialemente;
- N= l'azione non è stata implementata / l'osservazione è ancora in essere;
- R= si è verificato un ritardo nell'implementazione dell'azione;
- Z= si è verificata un'impossibilità ad implementare l'azione, dovuta a motivazione non dipendenti dalla volontà del responsabile;
- S= si è verificato un cambiamento normativo/organizzativo interno che non richiede più alcuna azione.

Pertanto, una volta portato a termine l'intervento, l'*auditor* aggiorna la tavola di follow up e lo status di ciascuna azione, concordata a suo tempo e comunicata per iscritto nel Piano di azione.
In particolare, si possono verificare le seguenti situazioni:

- l'azione è stata implementata correttamente. In tal caso l'*auditor* aggiorna le caselle specifiche indicando la data di completamento e lo status (si utilizza la codifica I).
- l'azione non è stata implementata per inadempienza del responsabile. Rilevare nella tavola che l'azione risulta ancora aperta ed indicare una nuova data di scadenza (se ottenibile). Per tale situazione si utilizza la codifica N.
- l'implementazione dell'azione registra un ritardo (si utilizza la codifica R);
- l'azione si è rivelata impossibile da realizzare (si utilizza la codifica Z);
- l'azione è ormai superata a seguito di cambiamenti normativi e/o organizzativi interni (si utilizza la codifica S)

La tavola, gestita su formato elettronico in formato excel, è mantenuta e archiviata presso il Servizio di Controllo Interno ed utilizzata nella pianificazione dei futuri interventi di *follow up*, oltre che alla produzione di eventuali statistiche sulle percentuali di implementazione delle osservazioni prodotte dal Servizio di Controllo Interno.

5.1 Il modulo di rilevazione della soddisfazione degli auditati

Nei tre mesi successivi al termine dell'intervento, il Responsabile del Servizio di Controllo Interno invia alle funzioni auditate il "Modulo per la rilevazione della soddisfazione degli auditati" (vedi Appendice 7). Nel caso fossero state auditate più funzioni nel corso del medesimo intervento, sono inviati più moduli, in modo da rilevare la soddisfazione di tutti i responsabili di processo / unità organizzativa auditati.
Il modulo è utilizzato per ottenere un riscontro relativamente alla professionalità del Servizio di Controllo Interno nella visione dei soggetti auditati, in merito ai seguenti argomenti:

- comprensione dei processi;
- personale;
- comunicazioni;
- servizio in generale.

Le informazioni rilevate sono importanti sia per avere una visione del livello di soddisfazione, sia per monitorare le aspettative degli auditati.

Ai responsabili delle funzioni auditate è richiesto di riempire il modulo attribuendo un livello di soddisfazione (punteggio da 1 a 5, con 5 il livello massimo di soddisfazione e X se il punto non è applicabile) a ciascuna domanda. Oltre ad esprimere un punteggio a ciascuna domanda del questionario, gli intervistati possono aggiungere dei commenti per meglio esprimere le loro osservazioni.

Il modulo dovrebbe essere restituito compilato al Servizio di Controllo Interno entro sette giorni lavorativi dalla data di ricevimento. Nel caso in cui il responsabile della funzione/processo non provveda a inviarlo, il Responsabile del Servizio di Controllo Interno si attiva sollecitando la consegna.

Una volta ricevuti i moduli, occorre riportare i punteggi nella "Tabella di rilevazione statistica della soddisfazione degli auditati" (Appendice 10) e calcolare il punteggio medio per ciascun modulo. Successivamente, si devono produrre delle statistiche consolidando tutti i dati dei moduli ricevuti relativi a un intervento.

Le statistiche che devono essere prodotte sono:

- punteggio medio per ogni argomento trattato (comprensione dei processi, personale, comunicazioni, prodotti, servizio in generale);
- punteggio medio complessivo dell'intervento di audit.

I commenti aggiuntivi riportati dal modulo sono raccolti e analizzati insieme ai punteggi che emergono dai moduli.

Ogni modulo è identificato con il codice dell'intervento di audit ed archiviato sia in formato cartaceo sia in formato elettronico all'interno dei fascicoli dell'intervento, unitamente alle relative statistiche di sintesi.

6. IL RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITA' DEL SERVIZIO DI CONTROLLO INTERNO

6.1 Il contenuto del rapporto annuale sulle attività del Servizio di Controllo Interno

Al termine di ogni periodo o annualità di audit il Servizio di Controllo Interno produce un rapporto sull'attività svolta, destinato al Direttore dell'Agenzia.

L'attività di rendicontazione sulle attività svolte è propedeutica alla presentazione ed all'ottenimento dell'autorizzazione del Direttore alla programmazione del periodo o annualità successiva.

All'interno del rapporto sono inclusi i seguenti capitoli, aventi i contenuti di seguito riportati:

- **Copertura del piano di audit**: resoconto di quanto effettivamente svolto nel corso dell'intervento dai membri del Servizio di Controllo Interno. In particolare è riportato l'impegno di risorse effettivo per ciascun intervento di audit, ed eventuali variazioni intervenute rispetto alla programmazione iniziale.
- **Sintesi delle principali osservazioni**: all'interno del quale è fornita una sintesi delle principali osservazioni rilevate nel corso degli interventi di audit svolti.
- **Attività di follow up**: all'interno del quale è fornita una sintesi del grado di implementazione dei piani di azione concordati nel corso dei periodi / annualità antecedenti e oggetto di specifici interventi di follow up nel corso del periodo / annualità appena conclusa.

7. ULTERIORI PROCEDIMENTI

Con l'emanazione Decreto Direttoriale n.221 del 27/10/2016, le competenze dell'Ufficio Registri di ARCEA, sono state incorporate all'interno del Servizio di Controllo Interno. Ciò allo scopo di ottimizzare le funzioni dell'Agenzia in quanto preposto al coordinamento di importanti funzioni proprie dell'Organismo Pagatore, per come previste dall'art. 1 dell'All. 1 al Regolamento Delegato (UE) 907/2014.

In particolare, l'incorporazione dell'Ufficio Registri, consentirà al Servizio di Controllo Interno di operare in modo trasversale nella gestione dei procedimenti di seguito indicati:

- coordinamento tra le Funzioni coinvolte nella gestione del Registro Debitori;
- coordinamento tra le Funzioni coinvolte nella gestione del Registro delle Garanzie;
- gestione degli invii delle statistiche comunitarie;
- coordinamento e gestione delle attività di Audit esterni, quali a titolo esemplificativo: Indagini DG Agri, Indagini della Corte dei Conti europea e ulteriori procedimenti analoghi, inclusi gli Audit effettuati dal Ministero delle Politiche Agricole e Forestali , propri del C.I.e finalizzati al mantenimento dei requisiti necessari per il riconoscimento dell'Organismo Pagatore.

Tali procedimenti riguardano, quindi, aspetti delicati circa i rapporto tra le funzioni all'interno dell'O.P. e tra lo stesso e gli Enti Istituzionali esterni (Unione europea, Agea Coordinamento, Istituzioni bancarie, Organi di controllo nazionali ed europei).

In particolare, il Servizio si interfaccia con Agea Coordinamento per le verifiche di conformità proposte dai Servizi della Commissione europea.

7.1 Registro Debitori

L'attività del Servizio di Controllo Interno di coordinamento delle diverse Funzioni coinvolte nella gestione del registro debitori, si esplica in particolar modo attraverso un'attività di monitoraggio dello stesso Registro, in ottemperanza a quanto disposto dalla Linea Direttrice n. 1 delle "*Linee Direttrici per la verifica di certificazione dei conti del FEAGA e del FEASR – Linea Direttrice per il Riconoscimento"*. Tale registro viene aggiornato in base alle informazioni fornite dai servizi dell'Organismo Pagatore e, in particolare, dall'Ufficio Contenzioso Comunitario, dalla Funzione Autorizzazione pagamenti e dal Servizio Tecnico.

Il Servizio verifica pertanto che:

– gli importi da recuperare siano correttamente annotati nel registro dei debiti;

– tutti i debiti segnalati siano completi delle informazioni necessarie alla loro iscrizione.

Inoltre, ai fini della validità ed esattezza del registro debitori, e soprattutto per evitare frodi, su richiesta del Dirigente controlla la completezza del registro debitori periodicamente e, almeno, trimestralmente, incrociando l'estratto del registro con tutti i dati pertinenti e disponibili.

Tale attività viene partecipata alla Direzione dell'O.P. e al Comitato per la gestione dei debiti ed è volta concordare eventuali nuove azioni da intraprende a tutela degli interessi finanziari del Bilancio unionale, qualora le misure adottate dovessero risultare insufficienti o inadeguate per il recupero dei crediti.

7.2 Registro delle Garanzie

Il Regolamento (UE) n. 1306/2013 fissa le norme fondamentali sul finanziamento, sulla gestione e sul monitoraggio della politica agricola comune, in particolare in merito al riconoscimento degli organismi pagatori e degli organismi di coordinamento, alle procedure di gestione finanziaria e di liquidazione dei conti, ai sistemi di controllo e alle sanzioni, compresi il controllo delle operazioni, nonché sulle cauzioni e la trasparenza.
Il regolamento delegato (UE) n. 907/2014 stabilisce, inoltre, le norme che integrano il quadro normativo applicabile alle cauzioni, in particolare in merito all'obbligo di costituire una cauzione, alle condizioni applicabili, come pure in merito alla costituzione, allo svincolo e all'incameramento delle cauzioni stesse.

L'Ufficio svolge, pertanto, un'azione di coordinamento, che non riguarda la fase meramente istruttoria e di gestione delle polizze e che si ritiene necessaria in tutte le fasi procedurali che vedono il coinvolgimento in questa materia di più Funzioni dell'Organismo pagatore.

In particolare, monitora l'andamento delle escussioni e i riscontri dei singoli Enti Garanti, al fine di rinvenire ipotesi di soggetti inadempienti o inaffidabili da segnalare alla Direzione, soprattutto con riferimento alle Compagnie che hanno sede principale al di fuori dello Stato.
Più in generale, il personale preposto accerta che gli Enti Garanti siano regolarmente autorizzati allo svolgimento dell'attività assicurativa/bancaria, tramite la consultazione sul sito istituzionale dell'IVASS o della Banca d'Italia, mediante riscontro:
- sugli elenchi delle imprese italiane ed estere ammesse ad operare in Italia;
- sull'elenco degli avvisi relativi a "Casi di contraffazione o società non autorizzate";
- sul Registro unico degli intermediari assicurativi e dell'Elenco degli intermediari dell'Unione europea.

Qualora si ravvisino casi di contraffazione o di revoca delle abilitazioni all'esercizio dell'attività assicurativa/bancaria, l'Ufficio Registri né da tempestiva comunicazione a tutti gli uffici dell'Organismo Pagatore coinvolti nel procedimento di erogazione di Fondi europei.

Le informazioni vengono raccolte in un apposito Registro in formato elettronico all'uopo consultabile.

Il personale assegnato, partecipa altresì le riunioni in materia di anticipi e cauzioni volte a tutelare gli interessi finanziari dell'Organismo Pagatore e il Bilancio dell'Unione europea per quanto riguarda la nuova programmazione 2014-2020.

Effettua, inoltre, su richiesta del Dirigente, un monitoraggio sul Registro delle garanzie, previa richiesta alla Funzione Esecuzione, per verificare la sussistenza dei requisiti richiesti per il rilascio delle polizze fideiussorie per erogazioni di anticipi (ramo cauzioni) o debiti.

7.3 Gestione degli invii delle statistiche di controllo

La normativa agricola settoriale prevede da parte degli Organismi Pagatori l'invio di informazioni circa il numero di controlli effettuati (amministrativi ed in loco) e sui loro risultati, la cui trasmissione deve avvenire entro determinati termini. L'elaborazione di tali informazioni avviene attraverso le c.d. "*statistiche di controllo*".

Le statistiche di controllo sono usate, prioritariamente, per determinare il livello di errore dell'Organismo Pagatore e, più in generale, per la verifica della gestione dei Fondi. Sono un'importante fonte di informazione a disposizione della Commissione affinché quest'ultima possa assicurarsi della corretta gestione dei Fondi e costituiscono un elemento fondamentale della dichiarazione annuale di affidabilità. Data l'estrema importanza delle statistiche di controllo e soprattutto per far sì che O.P. rispettino l'obbligo di inviarle entro i termini, la Commissione ha introdotto delle disposizioni atte a sospendere una parte dei pagamenti mensili o intermedi nel caso in cui le statistiche richieste non siano state trasmesse entro i termini.

Pertanto, in ottemperanza alla normativa di settore, l'ARCEA ha assegnato all'Ufficio Registri il coordinamento delle attività afferenti la trasmissione delle statistiche di controllo al fine di garantire il rispetto dei termini prestabiliti.

A tal fine l'Ufficio:

- coordina l'attività degli Uffici coinvolti nel procedimento;
- monitora le scadenze;
- riceve la documentazione amministrativa;
- effettua la collazione dei dati da trasmettere alle Autorità preposte e ne cura la trasmissione;

- archivia i dati in apposite cartelle informatiche all'uopo consultabili;
- cura l'eventuale seguito della procedura, in caso di richieste di integrazione dei dati.

7.4 Gestione delle attività di audit

Il Servizio di Controllo Interno coordina la gestione e la pianificazione delle attività di Audit della DG Agri, della Corte dei Conti europea e ulteriori procedimenti analoghi, inclusi gli Audit effettuati dal Ministero delle Politiche Agricole e Forestali e finalizzati al mantenimento dei requisiti necessari per il riconoscimento dell'Organismo Pagatore.

In particolare:

- coordina le attività propedeutiche alle indagini dei Servizi della Commissione e/o di eventuali altri Enti istituzionali esterni;
- effettua la raccolta sistematica di tutta la documentazione da trasmettere ai Servizi della Commissione europea e/o alle altre Istituzioni, tenendo un apposito registro;
- assicura il regolare svolgimento delle attività programmate garantendo il rispetto delle scadenze stabilite;
- interviene, se ritenuto necessario ed opportuno, durante gli incontri di chiusura degli interventi di audit;
- rappresenta alla Direzione eventuali criticità emerse nel corso degli interventi di Audit;
- coadiuva la Direzione predisponendo le comunicazioni ed i rapporti ufficiali da inviare agli Enti competenti.

In particolare, il Servizio cura e coordina gli audit susseguenti alla decisione di liquidazione dei conti con la quale la Commissione determina l'importo delle spese effettuate in ciascuno Stato membro relativamente all'esercizio finanziario di riferimento.

La liquidazione è eseguita sulla base dei conti annuali degli Organismi pagatori, completati da una dichiarazione di affidabilità del Direttore dell'ARCEA e corredati dalle informazioni necessarie per la loro liquidazione, nonché dalla relazione di certificazione elaborata dall'organismo di certificazione attestante la veridicità, la completezza e la correttezza dei conti. In sede di liquidazione dei conti, la Commissione dispone eventuali riduzioni o sospensioni dei pagamenti previsti dalla normativa comunitaria, a fronte dei quali si instaura una interlocuzione con l'Organismo pagatore coordinata dall'Ufficio Registri.

L'Ufficio è poi impegnato nella trattazione degli Audit della Corte dei Conti europea, che come è noto, attengono alla verifica dell'operato della Commissione tenuta a far rispettare il diritto dell'Unione europea da parte degli Stati membri.

Fondamentali risultano gli Audit di conformità su misure di aiuto selezionate, che sono delle indagini svolte dai servizi della Commissione europea su base pluriennale, per verificare se gli organismi pagatori abbiano eseguito la spesa agricola nel rispetto della normativa dell'UE. Il mancato rispetto della normativa ha per conseguenza, nella maggior parte dei casi, l'imposizione di rettifiche finanziarie forfettarie a carico dell'Organismo Pagatore, che spetta alla Direzione dell'Organismo pagatore contestare, con il supporto dell'Ufficio Registri, che coordina la raccolta dei dati e la predisposizione dei documenti.

Infatti, la Commissione, qualora, a seguito di un'indagine, ritenga che le spese non sono state sostenute in conformità delle norme dell'Unione, la Commissione comunica le proprie risultanze all'O.P. specificando i provvedimenti correttivi da adottare per garantire, in futuro, l'osservanza di tali norme e indica il livello provvisorio della rettifica finanziaria (in misura fissa o forfettaria variamente determinata) che in questa fase della procedura ritiene corrispondere alle proprie risultanze. Tale comunicazione indica anche la previsione di una riunione bilaterale entro quattro mesi dalla scadenza del termine di risposta concesso all'O.P. che è tenuto a rispondere entro due mesi dalla ricezione della comunicazione.

Il Servizio di Controllo Interno, si occupa in primis di elaborare le controdeduzioni e, in particolare, di:

a) dimostrare alla Commissione che l'effettiva portata dell'inadempienza o il rischio per i fondi sono inferiori a quanto indicato dalla Commissione;

b) informare la Commissione dei provvedimenti correttivi adottati per assicurare il rispetto delle norme dell'Unione e della data effettiva della loro attuazione.

Nella riunione bilaterale entrambe le parti si adoperano per raggiungere un accordo sulle misure da adottare, come pure sulla valutazione della gravità dell'inosservanza e del danno finanziario causato al bilancio dell'Unione.

Entro i 30 giorni lavorativi successivi alla riunione bilaterale la Commissione elabora il relativo verbale e lo trasmette all'Organismo pagatore e l'Ufficio Registri ne verifica il contenuto qualora siano previsti adempimenti a carico dell'Agenzia.

Entro i sei mesi successivi alla trasmissione del verbale della riunione bilaterale la Commissione comunica formalmente le proprie conclusioni all'O.P. sulla base delle informazioni ricevute nell'ambito della procedura di verifica di conformità. La comunicazione contiene la valutazione delle spese da escludere dal finanziamento dell'Unione a norma dell'articolo 52 del regolamento (UE) n. 1306/2013 e dell'articolo 12 del regolamento delegato (UE) n. 907/2014. L'Ufficio Registri verifica

gli adempimenti posti in capo all'Agenzia, considerato che la Commissione ha facoltà di portare avanti procedure consecutive di verifica di conformità fino a quando l'O.P. abbia effettivamente attuato i provvedimenti correttivi, e, se la Direzione non ritiene giusta la rettifica applicata, attiva la procedura di ricorso davanti all'Organo di conciliazione.

Infatti, ai fini della procedura di verifica di conformità di cui all'articolo 52 del regolamento (UE) n. 1306/2013, è costituito un organo di conciliazione che svolge i seguenti compiti:

a) esamina i ricorsi presentati da uno Stato membro che ha ricevuto una comunicazione formale da parte della Commissione ai sensi dell'articolo 34, paragrafo 3, secondo comma, del presente regolamento, compresa una valutazione della spesa che la Commissione intende escludere dal finanziamento dell'Unione;

b) cerca di conciliare le posizioni divergenti della Commissione e dell'O.P. interessato;

c) al termine della valutazione, redige una relazione sui risultati della sua opera di conciliazione, formulando le osservazioni che ritiene opportune nel caso in cui i punti controversi siano rimasti del tutto o in parte irrisolti.

Uno Stato membro può presentare ricorso all'organo di conciliazione entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione formale della Commissione di cui all'articolo 34, paragrafo 3, secondo comma, inviando al segretariato una richiesta motivata di conciliazione.

La procedura da seguire e l'indirizzo del segretariato sono comunicati agli Stati membri per il tramite del comitato dei fondi agricoli.

Una richiesta di conciliazione è ammissibile solo quando l'importo che si prevede di escludere dal finanziamento dell'Unione conformemente alla comunicazione della Commissione:

a) è superiore a 1 milione di EUR

oppure

b) rappresenta almeno il 25 % della spesa annua totale dell'O.P. nella voce di bilancio interessata.

Inoltre, se nel corso di precedenti discussioni l'O.P. ha sostenuto e dimostrato che la questione di cui trattasi è una questione di principio relativa all'applicazione del diritto dell'Unione, il presidente dell'organo di conciliazione può dichiarare ammissibile la richiesta di conciliazione. La richiesta non è tuttavia ammissibile se riguarda esclusivamente un problema di interpretazione giuridica.

L'organo di conciliazione esegue le sue ricerche nel modo più sollecito e informale possibile, basandosi esclusivamente sulle informazioni di cui dispone la Commissione al momento della comunicazione formale delle sue conclusioni a norma dell'articolo 34, paragrafo 3, e su un'audizione imparziale della Commissione e delle autorità nazionali interessate.

Se tuttavia l'O.P. ritiene necessario presentare, nella sua richiesta di conciliazione, informazioni che non sono ancora state comunicate alla Commissione, l'organo di conciliazione può invitare la Commissione a valutare queste nuove informazioni solo se sono soddisfatte le condizioni di cui all'articolo 34, paragrafo 6. Tali informazioni sono comunicate alla Commissione entro i due mesi successivi alla trasmissione della relazione di cui all'articolo 36, lettera c). Se, entro quattro mesi dalla presentazione del ricorso, l'organo di conciliazione non è stato in grado di conciliare le posizioni della Commissione e dell'O.P., la procedura di conciliazione si considera fallita. La relazione di cui all'articolo 36, lettera c), riporta i motivi per cui non è stato possibile conciliare le posizioni. Essa indica se, nel corso della procedura, sia stato raggiunto un accordo parziale e se l'organo di conciliazione invita la Commissione a valutare le nuove informazioni in conformità del paragrafo 3, secondo comma.

La relazione è inviata:

a) all'O.P. interessato;

b) alla Commissione, affinché la esamini prima di comunicare le proprie conclusioni allo Stato membro;

c) agli altri Stati membri nell'ambito del comitato dei fondi agricoli.

Se l'.O.P. si è avvalso della procedura di conciliazione di cui all'articolo 40, la Commissione è tenuta a comunicargli le proprie conclusioni non oltre sei mesi:

a) dal ricevimento della relazione dell'organo di conciliazione, oppure

b) dal ricevimento di informazioni supplementari dall'O.P. entro il termine stabilito a norma dell'articolo 40, paragrafo 3, secondo comma, purché siano rispettate le condizioni stabilite al paragrafo 6 del presente articolo.

Qualora il ricorso all'Organo di conciliazione non abbia avuto buon esito, anche solo parzialmente, l'Ufficio registri monitora la ricezione della decisione finale della Commissione, al fine di consentire alla Direzione di attivare, ove lo ritenga opportuno o doveroso, la procedura di impugnazione davanti agli Organi giurisdizionali dell'Unione europea, nei termini stabiliti dalla normativa di settore.

7.5 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente disciplinato nel presente Manuale, si fa riferimento alle disposizione dei Trattati dell'Unione europea ed alla normativa europea in materia nonché alla normativa nazionale di settore ed alle Circolari, raccomandazioni e prescrizioni emanate dall'ARCEA e da Autorità esterne, in quanto applicabili.

8. L'AUDIT DEI SISTEMI IT

8.1 Definizione degli ambiti.

La sempre maggiore dipendenza dei processi dell'Agenzia dall'informatica determina l'applicazione, da parte della Struttura di Controllo Interno, di tecniche di audit anche in materia IT.

In particolare gli obiettivi fondamentali in materia di **IT auditing** sono i seguenti:

- individuare le aree di maggior esposizione ai rischi nelle attività di gestione dell'infrastruttura informatica e supporto dell'attività operativa;
- misurarne il grado di controllo esistente, rilevando le potenziali criticità e proponendo, se necessario, le misure per il ripristino del livello di controllo desiderato;
- supportare l'audit operativo circa l'efficacia dei controlli, che sono fortemente automatizzati;
- supportare l'audit operativo nell'elaborazione ed analisi dei dati attraverso strumenti informatici.

8.2 Analisi del processo "Sistemi Informativi"

Al fine di cogliere i primi degli obiettivi riportati nel precedente paragrafo, la metodologia adottata propone un'analisi del processo in cui sono sintetizzate tutte le attività di gestione degli aspetti informatici dell'Agenzia, con specifico riferimento allo standard scelto da Arcea per la gestione e protezione delle informazioni.

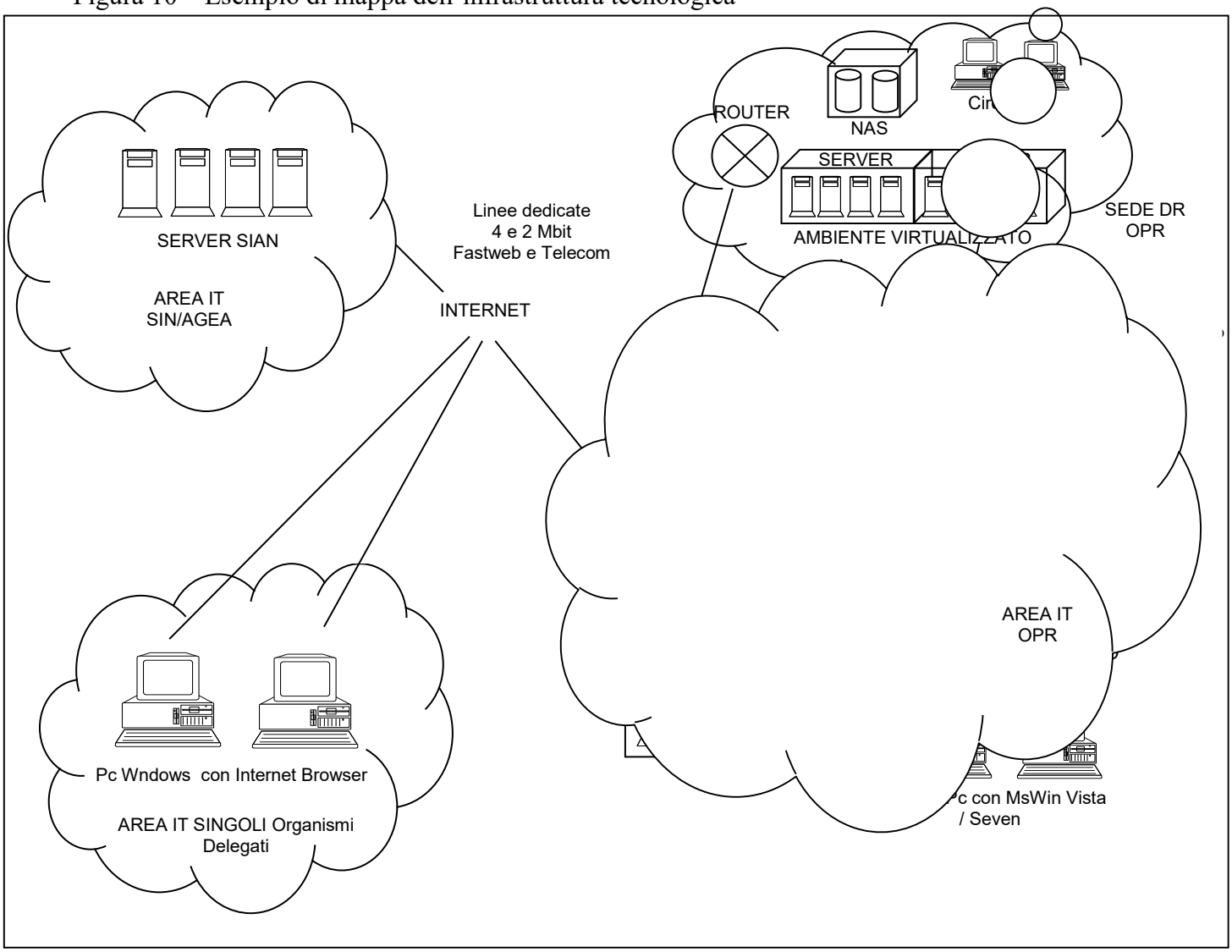
Tale attività, coerentemente con l'analisi dei processi, può essere scomposta nelle tre fasi principali:

- **IT Risk Assessment**
- **Piano di audit IT**
- **Esecuzione di test sull'ambiente IT**

8.3 IT Risk Assessment

Le attività preliminari in questa fase sono la mappatura del processo Sistemi Informativi intendendo con ciò anche l'individuazione e descrizione delle infrastrutture tecnologiche esistenti, 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.

Figura 10 – Esempio di mappa dell'infrastruttura tecnologica



Segue l'attività vera e propria di IT RiskAssessment, durante la quale il processo di supporto è suddiviso nei seguenti processi secondari:

- Pianificare ed organizzare l'ambiente dei Sistemi Informativi (SI)
- Sviluppare ed acquisire le soluzioni dei SI
- Gestire l'operatività dei SI
- Monitorare l'ambiente dei SI (quest'ultimo può essere inserito all'interno di "Pianificare ed organizzare l'ambiente dei SI").

Per ciascun processo secondario, coerentemente con la metodologia generale di Risk Assessment (usata nei processi principali), sono individuati gli scopi, gli obiettivi, i responsabili del processo e le descrizioni delle attività principali, i confini, gli input/output e gli indicatori di performance, riportati nel documento IT Mapping ARCEA (Appendice 8).

Successivamente, con il responsabile del processo, si identificano i rischi principali insiti nelle attività descritte e si procede alla loro valutazione come descritto nel presente Manuale. A seguire vengono mappate le attività di controllo a cui, sempre congiuntamente con il responsabile del processo, viene dato un giudizio preliminare in merito alla loro capacità di mitigare il rischio in oggetto. Contestualmente è possibile confrontare quanto rilevato, con le migliori pratiche di controllo e, quindi, identificare aree di miglioramento già in fase di intervista. Il tutto viene raccolto del documento di IT Risk Assessment (Appendice 9) dove i principali rischi dell'Agenzia sono inseriti all'interno di un modello basato sullo standard ISO27002.

8.4 Piani di audit IT

La fase di piano di audit IT rientra in quella più generale di pianificazione, in cui sono analizzate le aree di rischio al fine di scegliere gli interventi di audit da eseguire.

Qualora si decida di includere l'esecuzione di interventi di audit, conseguenti a rischi valutati alti nei processi di *information technology,* è bene considerare i seguenti aspetti per poter dare delle indicazioni precise sui confini dell'intervento già in fase di piano di audit IT:

- 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 l'ambito dell'intervento a favore di una maggiore efficienza, sia per stimare correttamente le risorse in termine di tempo e di competenze.

A titolo puramente esemplificativo si riporta un esempio di tabella indicante i domini ISO 27002, dove, in base ai rischi associati e alla loro rilevanza verranno evidenziati solo quei domini su cui effettuare i singoli interventi di audit.

Piano Audit IT - General Controls - ITRA					
ELENCO DOMINI DA SOTTOPORRE AD AUDIT (Rischio Alto o 30% medio)		N. Rischi	ALTO	MEDIO	BASSO
5	POLITICHE PER LA SICUREZZA DELL'INFORMAZIONE				
6	ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA DELL'INFORMAZIONE				
7	SICUREZZA DELLE RISORSE UMANE				
8	GESTIONE DEGLI ASSET				
9	CONTROLLO DEGLI ACCESSI				
10	CRITTOGRAFIA				
11	SICUREZZA FISICA E AMBIENTALE				
12	OPERAZIONI DI SICUREZZA				
13	SICUREZZA DELLE COMUNICAZIONI				
14	ACQUISTO, SVILUPPO E MANUTENZIONE DEI SISTEMI				
15	RELAZIONI CON I FORNITORI				
16	GESTIONE DEGLI INCIDENTI DI SICUREZZA DELL'INFORMAZIONE				
17	ASPETTI DI SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI NELLA GESTIONE DELLA				
18	CONFORMITÀ				
Domini ISO27002 scelti sulla base della presenza di rischio ALTO o con 30% di rischi MEDI. Il rischio su cui è stato individuato il dominio è il rischio residuo					

8.5 Esecuzione di test sull'ambiente IT

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

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 per l'esecuzione dell'intervento, che può essere analizzata prima dell'avvio dello stesso;
- un'agenda delle interviste necessarie con i relativi obiettivi;
- un'agenda dei test sull'elaboratore con gli obiettivi previsti;
- una check-list dei punti di controllo salienti che non devono essere tralasciati dall'insieme di interviste e test (Appendice 10).

Il sistema di *reporting* delle evidenze riscontrate è sostanzialmente identico a quello indicato per i processi principali.

8.6 Utilizzo di standard di IT auditing

Per poter rispondere in maniera efficiente alla complessità di tali impegni, l'*auditor* dei Sistemi Informativi si affida, per lo svolgimento dell'attività a standard e linee guida in continua evoluzione.

In particolare il Regolamento Delegato (UE) n. 907/2014 della Commissione, prevede la certificazione del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni SGSI allo standard ISO27001 dal 16 ottobre 2016 ovvero per OP con spesa annuale comunitaria inferiore a 400 milioni da la possibilità agli Stati Membri di esonerare gli OP dalla certificazione, previo però il rispetto e l'applicazione di una fra le tre seguenti norme relative aulla sicurezza dei sistemi informativi:

- International Standards Organisation (Organizzazione internazionale per la standardizzazione) 27002: Code of practice for Information Security controls (ISO) (codice di buona pratica per i controlli sulla sicurezza delle informazioni),
- BundesamtfürSicherheit in der Informationstechnik: IT-Grundschutzhandbuch/Manuale di sicurezza informatica di base (BSI),
- Information Systems Audit and Control Association: Control Objectives for Information and related Technology (COBIT) (obiettivi di controllo nel campo dell'informazione e delle tecnologie correlate).

Per il momento l'Arcea ha scelto di adottare come standard per la sicurezza delle informazioni la ISO 27002 – Code of Practice for Information Security Management e, nel rispetto dello stesso, il Servizio di Controllo Interno implementerà la propria metodologia per l'espletamento degli interventi di audit IT. La ISO 27002 è una norma internazionale che definisce le best practice per impostare e gestire un Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI), ed include aspetti relativi alla sicurezza logica, fisica ed organizzativa.

Gli obiettivi di controllo ed i controlli specifici riguardano diverse tematiche, fra le quali:

- Politiche per la sicurezza;
- Organizzazione della sicurezza;
- Sicurezza delle risorse umane;
- Gestione degli asset;
- Controllo degli accessi;
- Crittografia;
- Sicurezza fisica e ambientale;
- Operazioni di sicurezza;
- Sicurezza delle comunicazioni;

- Acquisto, sviluppo e manutenzione dei sistemi;
- Relazioni con i fornitori;
- Gestione degli incidenti;
- Aspetti di sicurezza nella gestione della continuità aziendale;
- Conformità.

Lo standard prevede due macro-fasi distinte:

- **Analisi del rischio**: successivamente alla classificazione delle informazioni e dell'identificazione delle minacce si identifica il livello di rischio associabile a ciascuna classe di informazioni;
- **Trattamento o gestione del rischio**: si identificano le decisioni che l'azienda deve intraprendere in funzione del rispetto dei requisiti di sicurezza: riservatezza, integrità e disponibilità dei dati.

8.7 IT Risk Assessment - ISO 27002

Lo standard ISO 27002applicacome modello per la gestione del rischio, all'interno dell'SGSI, il framework di Risk Management indicato nella ISO 31000. Tale modello, con riferimento alla sicurezza delle informazioni può essere rappresentato come in figura.

Figura 11 – Modello di risk management all'interno del Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni.

Questo modello si articola in una sequenza di attività a livello strategico, tattico e operativo.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni è quella parte del più globale sistema di gestione aziendale, che adotta un approccio basato sul rischio per definire, realizzare, esercitare,

monitorare, mantenere e migliorare il processo di sicurezza delle informazioni ovvero il governo della sicurezza di un sistema informativo. Il risk assessment, ovvero l'attività di identificazione, analisi e valutazione dei rischi, è un punto cardine dell'attività di audit sui sistemi informativi. Infatti, i sistemi contengono informazioni ed applicazioni di valore, che costituiscono gli asset di cui l'agenzia dispone e, in quanto tali, vanno individuati, classificati ed opportunamente protetti. Con l'individuazione degli asset relativi al sistema informatico, vengono chiariti quali siano gli elementi da proteggere e si può proseguire analizzando le minacce a cui essi sono esposti. L'attività di risk assessment deve essere effettuata periodicamente specie con riguardo al sistema informativo, in quanto è il punto di partenza per la sua messa in sicurezza.

8.8 Il modello Plan-Do-Check-Act

Il SGSI è rappresentabile anche secondo il modello PDCA (Plan-Do-Check-Act, rappresentato nella figura sottostante), articolato attraverso le fasi della definizione, realizzazione, esercizio, monitoraggio, revisione, manutenzione e miglioramento di un processo.

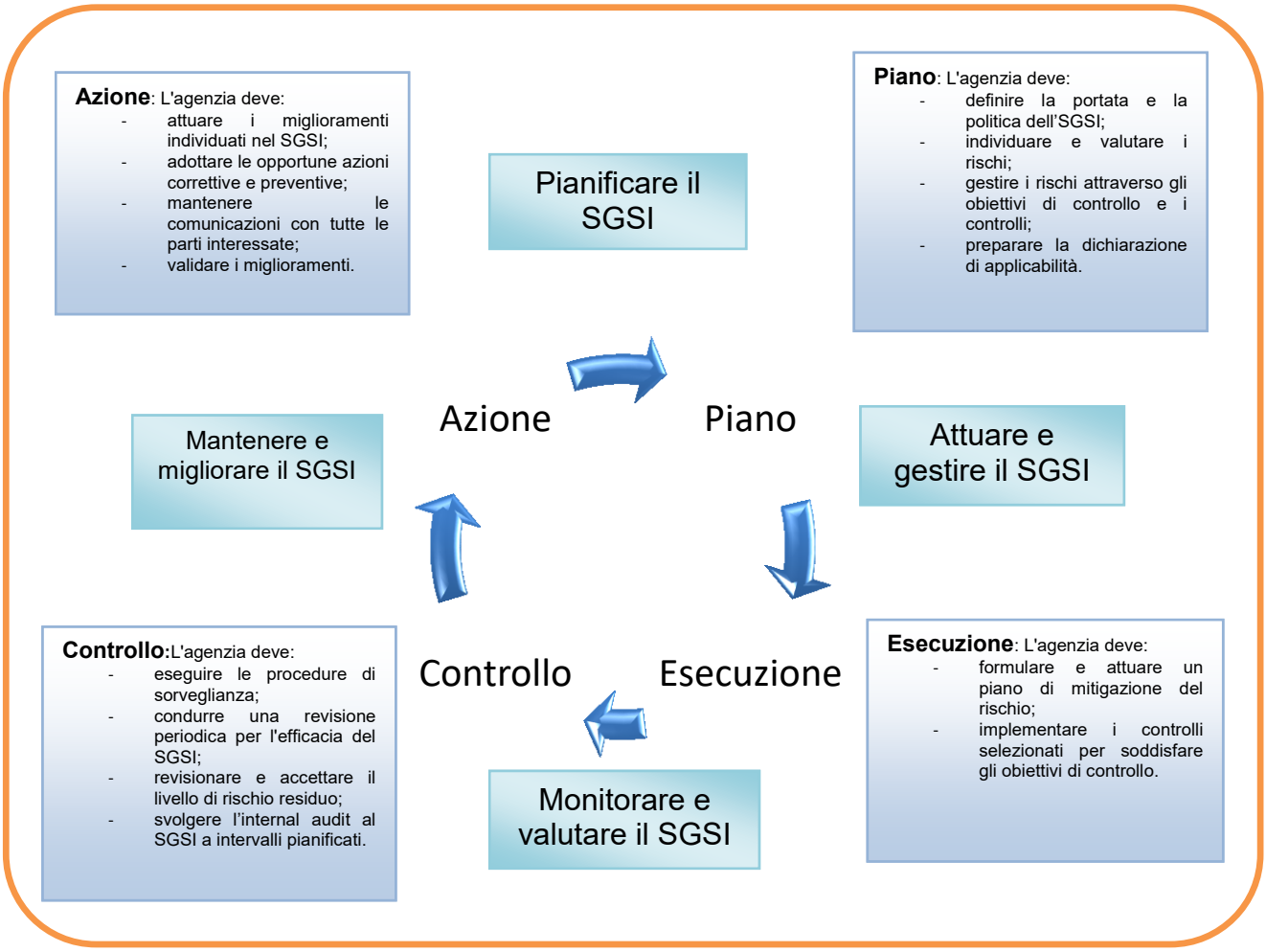


Figura 12 – Modello di PDCA.

8.9 Piano di audit IT - ISO 27002

Come descritto nel paragrafo "Piani di audit IT", la valutazione dei rischi, guida la scelta delle aree su cui eseguire i singoli interventi di audit. La metodologia applicata dal Servizio, prevede che i rischi siano associabili a specifici "DOMINI" della ISO 27002, di conseguenza, questo permetterà di avere una coincidenza fra le aree di intervento individuate nella fase di analisi dei rischi ed i singoli domini della norma per i quali sono stati già definiti sia gli obiettivi di controllo che le best practices per la loro implementazione.

8.10 Esecuzione di test sull'ambiente IT- ISO 27002

Tale fase avviene coerentemente con quanto descritto nel paragrafo "Esecuzione di test sull'ambiente IT". Nell'applicazione della metodologia, essendoci la coincidenza delle aree di audit con i domini di controllo, ci si avvale di opportune "checklist di controllo", che danno la possibilità di effettuare analisi approfondite su aspetti definiti. Le domande riferite ai requisiti di controllo sono variamente dettagliate in base al rischio da analizzare; inoltre alcuni argomenti oggetto delle domande sono ripetuti in uno o più obiettivi di controllo, anche se con sfaccettature differenti.

8.11 Supporto all'audit

8.11.1 Controlli automatizzati.

Il terzo obiettivo indicato per le attività di IT auditing è quello di supportare l'audit operativo nel fornire un certo grado di conforto sull'efficacia dei controlli che sono fortemente automatizzati.

A tal fine è opportuno impostare progetti di audit multidisciplinari con competenze IT e competenze nell'area operativa di riferimento.

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

La verifica del controllo può poi avvenire nei seguenti modi:

- verificando la correttezza semantica dei programmi sorgenti che compongono il controllo;
- istituendo un ambiente informatico di test, identico a quello di produzione, su cui fare verifiche e prove;
- utilizzando tecniche miste di verifica sorgenti – test applicativi e, al limite, suddividendo il controllo in più fasi, che possono essere analizzate anche con tecniche differenti.

8.11.2 Analisi dati

L'ultimo obiettivo indicato per le attività di IT auditing è di supportare l'audit nell'elaborare ed analizzare dati attraverso strumenti informatici.

Anche a tal fine è indispensabile istituire team multidisciplinari con competenze nelle aree operative interessate e con competenze statistiche oltre che informatiche di gestione dei dati. Gli obiettivi delle elaborazioni devono essere indicate dall'auditor operativo, mentre è scopo dell'auditor IT quello di sviluppare le tecniche (analitiche) di analisi dei dati, di individuare lo strumento informatico (es. ACL, Ms Access,Ms Excel,Monarch, ecc.) che meglio consente l'esecuzione di tali tecniche analitiche ed implementare le stesse attraverso lo strumento informatico prescelto.

9. L' ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

9.1 La protocollazione

9.1.1 Approccio del Servizio di Controllo Interno

In linea di principio occorre effettuare la protocollazione di tutta la corrispondenza in arrivo o in partenza da o per l'esterno inerente l'attività del Servizio di Controllo Interno dell'Agenzia.

Alcune comunicazioni in entrata o in uscita aventi forma ufficiale, quali ad esempio, lettere di avvio dell'audit, lettere d'incarico, richieste di documentazione etc. , debbono essere necessariamente protocollate, mentre altre comunicazioni in entrata o in uscita (ad esempio bozze di rapporti, documenti vari, etc.) sono protocollate solamente se, a giudizio del Responsabile del servizio, debbono assumere una valenza ufficiale.

A tal proposito, è istituito presso il Servizio di Controllo Interno apposito registro di protocollo. L'archiviazione fisica della documentazione protocollata avviene presso gli uffici del Servizio di Controllo Interno.

9.1.2 I documenti del Servizio di Controllo Interno che devono necessariamente essere protocollati

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riporta di seguito la documentazione in uscita che deve essere necessariamente protocollata:

- Piano di Audit, quando approvato dal Direttore dell'Agenzia;
- lettere di pianificazione;
- rapporti degli interventi di audit, quando considerati definitivi e non successivamente modificabili;
- relazione finale;
- rapporto annuale sull'attività del Servizio di Controllo Interno, dopo essere stato presentato al Direttore dell'Agenzia.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si riporta di seguito, altresì, la documentazione in entrata che deve essere necessariamente protocollata:

- commenti del responsabile del processo alle osservazioni emerse nel corso degli interventi di audit, quando sono considerati definitivi e saranno inclusi nel rapporto dell'intervanto di audit;
- documenti che comportano integrazioni o variazioni a documenti già protocollati.

9.1.3 I documenti del Servizio di Controllo Interno che devono eventualmente essere protocollati

Il Responsabile del Servizio di Controllo Interno valuterà caso per caso quali documenti, in entrata o in uscita, debbano eventualmente essere protocollati. L'elemento di valutazione, sul quale basare la decisione di procedere alla protocollazione dei documenti, è la volontà / necessità di far assumere alle comunicazioni valenza ufficiale.

Tra i documenti che devono essere sottoposti a tale valutazione citiamo, ad esempio, la documentazione ricevuta dalle unità auditate, comunicazioni effettuate attraverso la posta elettronica, rapporti degli interventi in bozza, etc..

9.2 L'archivio cartaceo

9.2.1 L'organizzazione dell'archivio cartaceo del Servizio di Controllo Interno

Il Servizio di Controllo Interno si dota, presso i propri uffici, di spazi adeguati a raccogliere ed archiviare la documentazione e le comunicazioni, da e verso l'esterno, sia relativamente agli interventi di audit svolti, sia relativamente alla pianificazione e gestione delle attività interne.
Gli spazi fisici sono organizzati all'interno di appositi armadi accessibili al solo personale del Servizio di Controllo Interno.
La documentazione è mantenuta presso gli uffici del Servizio di Controllo Interno durante l'anno di riferimento stesso e per i successivi 10 anni dalla chiusura del fascicolo. Al termine di tale periodo la documentazione, se divenuta superflua dal punto di vista giuridico, amministrativo e storico, è inviata al macero, altrimenti, è inviata all'archivio storico dell'Agenzia.

9.2.2 Il fascicolo dell'intervento, la sua organizzazione e la sua archiviazione

Per ciascun intervento di audit, il Servizio di Controllo Interno mantiene adeguata documentazione, al fine di:

- documentare le attività di pianificazione svolte e le relative comunicazioni con i soggetti auditati;
- mantenere memoria del lavoro eseguito (programmi delle verifiche svolti, modalità di esecuzione dei test, ecc.);
- mantenere memoria delle informazioni ottenute nel corso dell'intervento (descrizione dei processi/attività, osservazioni, conclusioni, raccomandazioni);
- supportare, con adeguate evidenze, le conclusioni tratte nel Rapporto dell'Intervento.

Il codice attribuito ad ogni intervento è quello definito in fase di pianificazione e che contraddistingue l'intervento stesso all'interno del Piano di Audit ed è il riferimento che consente di identificare, ed associare all'intervento stesso, tutta la documentazione prodotta o ricevuta nel corso dello stesso. Pertanto sia sul dorso del fascicolo dell'intervento è riportato il suddetto codice, oltre all'anno di riferimento. Al fine di facilitare la gestione del fascicolo potrebbe essere utile inserire un sommario, da inserirsi in testa al fascicolo, indicante i documenti contenuti nel fascicolo stesso.

All'interno del fascicolo dell'intervento di norma sono presenti:

- pianificazione e corrispondenza: raccoglie tutte le comunicazioni intervenute tra il Servizio di Controllo Interno e le unità auditate nella fase di pianificazione dell'intervento di audit; inoltre, all'interno viene archiviato il Memorandum di Pianificazione dell'Intervento definitivo e protocollato, oltre ad eventuali bozze dello stesso, se ritenute avere rilevanza;
- **check-list:** raccoglie le check-list ed i programmi di lavoro utilizzati nel corso dell'intervento di audit e firmate da parte degli *auditor* che hanno svolto il lavoro;
- **evidenze osservazioni:** raccoglie tutte le evidenze necessarie a supportare le osservazioni che sono riportate nel rapporto dell'intervento di audit;

- **rapporto dell'intervento e corrispondenza:** raccoglie e documenta tutte le comunicazioni intervenute tra il Servizio di Controllo Interno e le unità auditate nella fase dell'intervento; inoltre, all'interno di tale sezione viene archiviato il rapporto dell'intervento definitivo e protocollato, oltre ad eventuali bozze dello stesso, se ritenute avere rilevanza;
- **altra documentazione:** raccoglie l'eventuale altra documentazione che il Responsabile del Servizio ritiene rilevante e da mantenersi archiviata;
- **eventi successivi:** raccoglie il modulo per la rilevazione della soddisfazione degli auditati compilato dall'unità auditata e la relativa tabella statistica ed una copia cartacea della tavola di follow up dell'intervento.

Al termine di ciascun intervento, il responsabile del Servizio, rivede la documentazione prodotta e si assicura che il fascicolo sia completo e che i relativi contenuti siano ordinati e corretti. In quest'ultimo caso il fascicolo può essere archiviato.

10. APPENDICE 1 – PIANIFICAZIONE INTERNA DEL LAVORO

Il presente foglio compilato per ciascun *audit* deve essere aggiornato costantemente evidenziando i tempi consuntivati per ciascun'attività ed essere corredato da una breve relazione in cui si spiegano le efficienze /inefficienze verificatesi e le relative motivazioni.

ATTIVITA'																																
MAGGIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Totale**	**Delta**
Pianificazione dell'attività			0																													0	
(-) Consuntivazione			0																													0	0
Riunione iniziale Team				8																												8	
(-) Consuntivazione				8																												8	0
Analisi preliminare documenti e informazioni					4	4																										8	
(-) Consuntivazione					4	4																										8	0
Riunione di Apertura dell'Audit e conseguente elaborazione documenti					4	4																										8	
(-) Consuntivazione					4	4																										8	0
(#) Attività Aggiunta 1							8																									8	
(-) Consuntivazione							8																									8	0
Validazione fase inizio attività																																	0
1° Ciclo Interviste e elaborazione schede processo										4	4	4	4	4																		20	
(-) Consuntivazione										4	4	0	0	4																		12	-8
Condivisione mappatura processi (recepimento eventuali modifiche)										2	2	2	2	0																		8	
(-) Consuntivazione										2	2	0	0	2																		6	-2
Attività Aggiunta 2										2	2	2	2	2																		10	
(-) Consuntivazione										2	2	0	0	2																		6	-4
Validazione Mappatura del processo																																	-14
2° Ciclo interviste e elaborazione schede rischi e controlli																	6	6	6													18	
(-) Consuntivazione																	6	6	6													18	0
Condivisione mappatura risc eventuali modifiche)																	2	2	2													6	
(-) Consuntivazione																	2	2	2													6	0
Validazione Mappatura Risch																																	0
Individuazione criticità ed ela raccomandazioni																				8	8											16	
(-) Consuntivazione																				8	8											16	0
Validazione Gap Analisys																																	0
Stesura Relazione																								4	4	2	2	2				14	
(-) Consuntivazione																								4	4	8	0	0				16	2
Riunione di Audit (Elaborazic																								4	4	2	2	2				14	
(-) Consuntivazione																								4	4	0	8	0				16	2
Condivisione resoconto riuni modifiche)																								0	0	2	2	2				6	
(-) Consuntivazione																									0	0	0	8	8	0	0	16	10
Integrazione e modifica relaz documentazione																								0	0	2	2	2				6	
(-) Consuntivazione																								0	0	0	0	0	0	8	0	8	2
Stesura Executive Summary																								0	0	0	0	0				0	
(-) Consuntivazione																								0	0	0	0	0	0	0	8	8	8
Validazione consuntivazione e condivisione																																	24
Tempi Previsti	0	0	0	8	8	8	8	0	0	8	8	8	8	6	0	0	8	8	8	8	8	0	0	8	8	8	8	8	0	0	0	150	
Tempi Consuntivati	0	0	0	8	8	8	8	0	0	8	8	0	0	8	0	0	8	8	8	8	8	0	0	8	8	8	8	8	8	8	8	160	10

11. APPENDICE 2 – MEMORANDUM DI PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

Servizio Controllo Interno

MEMORANDUM PIANIFICAZIONE AUDIT

Data / codice intervento

DA: Responsabile Controllo Interno A.R.C.E.A.

A: nome funzione interessata
nome funzione interessata
nome funzione interessata
CC: nome funzione interessata
nome funzione interessata

Indice

A) INFORMAZIONI GENERALI

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

Con la presente intendiamo comunicarVi l'intervento di audit che è stato pianificato dal Servizio di Controllo Interno di ARCEA presso la Vostra funzione.

Di seguito, troverete alcuni dettagli dell'intervento stesso, incluso le aree ed i processi che intendiamo auditare, la documentazione che supporterà l'intervento stesso e la sua pianificazione di massima.

B) AREE / PROCESSI SELEZIONATI

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

Dall'analisi del lavoro di Risk Assessment effettuato in una fase preliminare dal Servizio di Controllo Interno, è risultato opportuno effettuare un intervento di audit presso la funzione che riceve le domande, le istruisce e, in caso di esito positivo dei controlli, le liquida. Tale importanza trova giustificazione nel fatto che la Vostra funzione rappresenta il momento iniziale e fondamentale dell'iter di concessione dei contributi previsti dal P.S.R. 2014-2020 Misura xxx.

Processo	Responsabile	Note

C) OBIETTIVI AUDIT

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:
OBIETTIVO:

D) DOCUMENTI RICHIESTI

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

La predisposizione da parte Vostra della documentazione sotto riportata, alla data di inizio del nostro intervento, consentirà un efficiente svolgimento dell'intervento stesso consentirà di limitare l'impegno delle Vostre risorse nel supporto alle nostre operazioni.

TIPO DOCUMENTO	AREA/PROCESSO	RESPONSABILE

E) DETTAGLI DELLA PIANIFICAZIONE (programma di lavoro e modalità operative)

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:
L'intervento di audit avrà inizio in data xx mese 200x.

Il Team del Servizio di Controllo Interno impegnato nell'effettuazione dell'intervento di audit è composto da
Responsabile del Servizio, _____,
da n. auditors

Per un'efficiente svolgimento dei lavori, abbiamo pianificato, in linea di massima, le attività che ci proponiamo di eseguire nell'arco del periodo previsto e le riportiamo nella tabella di cui appresso, indicando inoltre le date delle stesse, le Vostre e le nostre risorse che consideriamo dovranno essere coinvolte nei lavori.

Processo / attività	Data	Vostre Risorse coinvolte	Nostre risorse coinvolte	Note

Distinti saluti

Firma del Responsabile del Servizio di Controllo Interno:

_____

12. APPENDICE 3 – STANDARD MODULO PER LA RILEVAZIONE DI UN'OSSERVAZIONE

PROCESSO PRINCIPALE:	Servizio Tecnico
PROCESSO SECONDARIO:	Acquisire la domanda ed effettuare l'istruttoria
Livello di criticità (Alta/Media/Bassa):	Alta
ARGOMENTO:	Assenza di procedure relative alla protocollazione delle domande

OSSERVAZIONE N° 1	RISCHI	SUGGERIMENTI	CONSIDERAZIONI DEL RESPONSABILE DEL PROCESSO
Assenza di una procedura formalizzata relativa alle modalità di protocollazione delle domande del P.S.R. 2014-2020	Mancata protocollazione di tutte le domande ricevute	Si suggerisce approvare una procedura formalizzata relativa alle modalità di protocollazione delle domande del P.S.R. 2014-2020	Il Responsabile dell'Ufficio ……, Dott. X. XXXX, concorda sull'osservazione. Piano d'Azione Approvazione della procedura in oggetto Tempi Entro xx mese 200x (redazione procedura) Entro xy mese 200x (approvazione) Responsabilità Responsabile dell'Ufficio ……, Dott. X. XXXX

SOLO A TITOLO

ESEMPLIFICATIVO

Processo principale: ….						
Processo Secondario	Scopo	Obiettivi	Responsabile (del processo) e descrizione delle attività	Inizio e Fine	Input e Output	Indicatori chiave di performance
……	….	…. ….	Dr. X. XXXX (Ufficio Autorizzazione Pagamenti) ….. ….. ….. …..	Inizio: ….. Fine: …..	Input: …. Output: ….	… … …

Processo principale: … Processo secondario: …					
Rischio	Impatto	Probabilità	Rilevanza	Controllo	Valutazione del controllo/ (N. Osservazione)
…	Grave	Bassa		…	✓
…	Grave	Moderata		…	- Osservazione n. 1
…	Insignificante	Bassa		…	✓
…	Moderato	Moderata		…	- Osservazione n. 2

Legenda:

Rischio	Evento la cui manifestazione ha un impatto sul raggiungimento degli obiettivi aziendali		
Rilevanza del rischio	Stato del rischio, predisposta con il responsabile del processo		Basso
			Medio
			Alto
		N/A	Non valutato
Probabilità del rischio	Probabilità che l'accadimento dell'evento si verifichi		Alta
			Moderata
			Bassa
Impatto del rischio	Livello in cui il manifestarsi del rischio influenzerebbe il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi		Grave
			Moderato
			Insignificante
Controllo	Attività orientata alla prevenzione o alla rilevazione dell'accadimento dei rischi e alla mitigazione del loro impatto		
Valutazione del Controllo	Valutazione dell'efficacia della mitigazione del rischio da parte dell'insieme dei controlli su di esso applicati	✓	Adeguatamente controllato
		+	Sovra controllato
		-	Non adeguatamente controllato
		N/A	Non valutato

13. APPENDICE 4 – RAPPORTO FINALE DELL'INTERVENTO DI AUDIT

Controllo Interno

Nome unità / funzione /processo auditato:
Funzione Esecuzione / Esecuzione Pagamenti/Effettuare il pagamento
Data:
XX/XX/200X
Codice Intervento 09-X.1

DA: XXX	Responsabile Controllo Interno
YYY	Auditor controllo interno
A: KKK	Responsabile della Funzione Esecuzione Pagamenti
CC: WWW	Direttore OPR

Commenti dei responsabili dovuti:	entro 5 giorni
Commenti dei responsabili ricevuti:	entro X giorni

1. SOMMARIO PER LA DIREZIONE

1.1 SCOPO E OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

Gli obiettivi dell'intervento, in accordo a quanto previsto dal Piano di Audit, sono stati (ad esempio):

- Rilevare le soluzione adottate nella esecuzione dei pagamenti, al fine di garantire un ottimale utilizzo dei flussi finanziari.
- Verificare l'adeguatezza del Servizio rispetto all'attività svolta
- Confermare, attraverso l'esecuzione di specifici test, l'esistenza e l'efficacia dei controlli rilevati in fase di Risk Assessment iniziale.
- Rilevare eventuali rischi non individuati in fase di Risk assessmente ed eventualmente proporre nuovi controlli
- Aggiornare la mappa dei processi
- Verificare il rispetto delle procedure e della normativa di riferimento

L'analisi svolta si è basata su una serie di interviste con il personale della funzione Esecuzione, nonché sull'analisi di un campione dei mandati di pagamento (n. XX) istruite dalla funzione per l'annualità 200X e relativamente al P.S.R..

1.2 CONCLUSIONI

Esempio: Riteniamo che le soluzioni adottate per eseguire i pagamenti e garantire un ottimale utilizzo dei flussi finanziari dalla funzione Esecuzione siano adeguati/non adeguati, sia in relazione alla grande quantità di flussi gestiti, soprattutto verso la fine dell'esercizio finanziario, nonché alla molteplicità dei compiti che la funzione stessa è chiamata ad ottemperare.
Il sistema dei controlli messi in atto dalla funzione Esecuzione sono ritenuti complessivamente conformi/non conformi a quanto stabilito nelle procedure.

Sono state individuate delle opportunità di miglioramento nelle attività di controllo interno per quanto riguarda:

_____;
_____;
_____.

SOLO A TITOLO

ESEMPLIFICATIVO

1.3 OSSERVAZIONI DI PRIMARIA IMPORTANZA

Oggetto osservazione

Sintesi osservazione

Commento del Responsabile / piano d'azione / data di attuazione

Oggetto osservazione

Sintesi osservazione

Commento del Responsabile / piano d'azione / data di attuazione

Oggetto osservazione

Sintesi osservazione

Commento del Responsabile / piano d'azione / data di attuazione

2. MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DELL'INTERVENTO

Descrizione dei passaggi operativi dell'attività d'intervento.

OSSERVAZIONI DI DETTAGLIO

OSSERVAZIONI EMERSE

PROCESSO		***Effettuare i pagamenti***		
CODICE OSSERVAZIONE		***n. 1 / 09-X1***		
ARGOMENTO		**……..**		
FUNZIONE DESTINATARIA		***Esecuzione Pagamenti***		
OSSERVAZIONE	**RISCHIO**	**SUGGERIMENTI**	**PIANI DI AZIONE**	**DATA**
				Data prevista Responsabile

….omississ….

14. APPENDICE 5 – ESEMPIO DI INDICE DELLA RELAZIONE FINALE DI AUDIT

INDICE

1. Descrizione e finalità dell'incarico

2. Ambito di intervento

3. Documentazione di riferimento

4. Descrizione delle modalità di intervento di audit

5. Criticità emerse dall'analisi svolta

6. Raccomandazioni

Allegati

SOLO A TITOLO

ESEMPLIFICATIVO

15. APPENDICE 6 – ESEMPIO TAVOLA DI FOLLOW UP

TAVOLA DI FOLLOW UP

Processo	Unità Auditata	COD AUDIT	DATA AUDIT	Tipo	OSSERVAZIONE	AZIONE DA IMPLEMENTARE	Responsabilità	Data scadenza	Data	comp

AUDIT STATUS:

I	azione implementata
N	azione non implementata
R	ritardo sull'azione
Z	impossibilità ad implementare l'azione
S	cambiamento organizzativo interno e/o normativo

TIPO OSSERVAZIONE:

CI	controllo interno
EF	efficienza dei processi

16. APPENDICE 7 – MODULO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI AUDITATI

Servizio Controllo Interno

Modulo per la rilevazione della soddisfazione degli auditati

Funzione: _____

Nome:
Data:

Si prega di restituire il presente compilato per fax al seguente numero: xxxxxxxxx

Ratings: 5 = Molto, 4 = Buon standard, 3 = Adeguato, 2 = Non esattamente, 1 = Per nulla, X = Non applicabile

A. COMPRENSIONE DEI PROCESSI

1. Abbiamo una buona comprensione del Vostro processo? _____

Con quale estensione siamo stati capaci di comprendere le criticità dei Vostri processi, i relativi rischi ed opportunità? _____

Siete soddisfatti della nostra comprensione delle cause delle criticità eventualmente individuate nel corso dell'audit? _____

In che modo siamo stati capaci di suggerirvi, come soluzione ai Vostri problemi, delle pratiche adottate presso altri processi simili all'interno di ARCEA? _____

Punteggio:_____

Commenti:

_____

_____

_____

_____

B. PERSONALE

1. Siete soddisfatti di come il personale del Controllo Interno si relaziona con il Vostro personale? _____
2. Siamo professionali nei rapporti col Vostro personale? _____
3. Facciamo un buon uso del tempo richiesto al Vostro personale? _____

Punteggio:_____

Commenti:

_____

_____

_____

_____

C) COMUNICAZIONI

1. L'audit è stato comunicato con sufficiente anticipo? _____
2. Lo scopo e gli obiettivi dell'audit sono stati adeguatamente spiegati? _____

Vi abbiamo mantenuto sufficientemente informati durante l'audit? _____

Abbiamo mantenuto un livello di chiara comunicazione con il Vostro personale? _____

6. Abbiamo presentato in modo professionale le nostre osservazioni nel corso delle riunioni? _____

Punteggio:_____

Commenti:

_____
_____
_____

D. PRODOTTI

1. Abbiamo soddisfatto le Vostre aspettative con il nostro audit? _____

Siete soddisfatti con le soluzioni da noi proposte? _____

3. Abbiamo adeguatamente supportato con evidenze di audit le nostre osservazioni? _____

Il nostro report è chiaro e logico? _____

Punteggio:_____

Commenti:

_____
_____
_____
_____

E. IL NOSTRO SERVIZIO IN GENERALE

1. Abbiamo prodotto valore aggiunto per la Vostra funzione / processi? _____

2. Siamo migliorati rispetto ai precedenti audit? _____

Punteggio:_____

Commenti:

_____
_____
_____

F. COMMENTI IN GENERE

Vi preghiamo di aggiungere qualunque Vostro altro eventuale commento nelle seguenti righe:

_____
_____
_____
_____
_____

Intervento di audit del: Auditor:
Funzioni/aree coinvolte: Responsabile/i:

Riportare il punteggio come da modulo per la rilevazione della soddisfazione degli auditati:

A. COMPRENSIONE DEI PROCESSI	Punteggio
Abbiamo una buona comprensione del Vostro processo?	
Con quale estensione siamo stati capaci di comprendere le criticità dei Vostri processi, i relativi rischi ed opportunità?	
Siete soddisfatti della nostra comprensione delle cause delle criticità eventualmente individuate nel corso dell'audit?	
In che modo siamo stati capaci di suggerirvi, come soluzione ai Vostri problemi, delle pratiche adottate presso altri processi simili all'interno di ARCEA?	
Punteggio totale	
Punteggio medio	
B. PERSONALE	
Siete soddisfatti di come il personale del Controllo Interno si relaziona con il Vostro personale?	
Siamo professionali nei rapporti col Vostro personale?	
Facciamo un buon uso del tempo richiesto al Vostro personale?	
Punteggio totale	
Punteggio medio	
C. COMUNICAZIONI	
L'audit è stato comunicato con sufficiente anticipo?	
Lo scopo e gli obiettivi dell'audit sono stati adeguatamente spiegati?	

Vi abbiamo mantenuto sufficientemente informati durante l'audit?	
Abbiamo mantenuto un livello di chiara comunicazione con il Vostro personale?	
Abbiamo presentato in modo professionale le nostre osservazioni nel corso delle riunioni?	
Punteggio totale	
Punteggio medio	
D. PRODOTTI	
Abbiamo soddisfatto le Vostre aspettative con il nostro audit?	
Siete soddisfatti con le soluzioni da noi proposte?	
Abbiamo adeguatamente supportato con evidenze di audit le nostre osservazioni?	
Il nostro report è chiaro e logico?	
Punteggio totale	
Punteggio medio	
E. IL NOSTRO SERVIZIO IN GENERALE	
Abbiamo prodotto valore aggiunto per la Vostra funzione / processi?	
Siamo migliorati rispetto ai precedenti audit?	
Punteggio totale	
Punteggio medio	
Punteggio complessivo	
Punteggio medio complessivo	

Commenti	

17. APPENDICE 8 – SCHEMA PER MAPPATURA PROCESSI IT

AGENZIA REGIONE CALABRIA per le EROGAZIONI IN AGRICOLTURA

Progetto	IT Mapping ARCEA	Data	
Documento	Mappatura dei processi IT	Pagina	di

Processo:	Sistemi Informativi
Processo secondario/Dominio:	

Dominio	Obiettivi	Owner e descrizione	Inizio e Fine	Input e Output	Indicatori chiave di performance

18. APPENDICE 9 – SCHEMA IT RISK ASSESSMENT

ID	Rischio	Rif. ISO	Descrizione	I	P	R	Causa	Controllo	Impatto	Probabilità			Note	Valutazione controllo/(Osservazione)
A.5	*Information security policies*													
		A.5.1	***Management direction for information security***											
ID RISK	Risk Description	ISO 27002 Objective	ISO 27002 Description	Implicability	Probability	Rischio	Cause description	Control description	Impact	Probability			Note	
		ISO 27002 Objective	ISO 27002 Description				Cause description	Control description	Impact	Probability			Note	

19. APPENDICE 10 – ESEMPIO CHECKLIST IT AUDIT