

Argea

Agenzia regionale
per il sostegno all'agricoltura



REGIONE
AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

Manuale di Internal audit

ARGEA Sardegna

Determinazione del Direttore generale n. 781 del 15/02/2019

REGISTRO DELLE MODIFICHE**VERSIONE: 1.1****APPROVAZIONI ULTIMA VERSIONE**

Azione	Struttura	Nome	Data
Redazione	Audit e controllo strategico	Fadda Marco	Novembre 2018
Revisione	Ernst & Young	Di Biase Petronilla	Novembre 2018
Revisione	Audit e controllo strategico	Carta Marcella – Fenza Guido	Novembre 2018
Approvazione	Audit e controllo strategico	Fadda Marco	07.12.2018
Adozione	Direzione Generale	Ibba Gianni	15.02.2019

SEQUENZA REVISIONI

N° Versione	Descrizione	Data	Responsabile	Estremi atto adozione
1.0	Prima emissione	29.06.2018	Direttore Generale	Determ. n.3962 del 29.06.2018
1.1	Aggiornamento	15.02.2019	Direttore Generale	Determ. N. 781 del 15/02/2019

INDICE

1.	INTRODUZIONE	5
1.1	SCOPO E DESTINATARI DEL MANUALE	5
1.2	DEFINIZIONI E ACRONIMI	5
1.3	IL QUADRO LEGISLATIVO DI RIFERIMENTO	5
1.4	OBIETTIVI E AMBITO DI INTERVENTO DEL SERVIZIO DI INTERNAL AUDIT	6
1.5	STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'IA	7
1.6	PROTOCOLLI DI COMUNICAZIONE	7
1.7	I PRINCIPI ETICI DI RIFERIMENTO PER IL PERSONALE DELL'IA	8
1.8	RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE DI ARGEA E DEI COMPONENTI DELL'IA ...	8
2.	PIANO QUINQUIENNALE E ANNUALE DI AUDIT.....	12
2.1	PIANO QUINQUIENNALE DI AUDIT	12
2.2	PIANO ANNUALE DI AUDIT	12
2.3	ATTIVITÀ DI RISK ASSESSMENT E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISCHI E DEI CONTROLLI	14
	2.3.1 <i>L'individuazione e la valutazione dei rischi e la valutazione dei controlli</i>	15
	2.3.3 <i>La valutazione del rischio complessivo a livello di processo</i>	18
2.4	LE TIPOLOGIE DI INTERVENTO E LE LINEE GUIDA PER LA LORO PIANIFICAZIONE	18
3.	L'INTERVENTO DI AUDIT.....	20
3.1	LA PIANIFICAZIONE DEL SINGOLO INTERVENTO	20
	3.1.1 <i>Pianificare l'acquisizione della documentazione necessaria e le attività da svolgersi nel corso dell'intervento</i>	20
	3.1.2 <i>Definizione dell'approccio metodologico e pianificazione interna del lavoro</i>	21
	3.1.3 <i>Predisposizione del Programma di lavoro</i>	21
	3.1.4 <i>Distribuzione / Comunicazione del Programma di lavoro dell'Intervento</i>	22
3.2	IL CAMPIONAMENTO	22
	3.2.1 <i>Tipi di campionamento</i>	22
	3.2.2 <i>La selezione sulla base del giudizio professionale</i>	23
	3.2.3 <i>La scelta del metodo di campionamento</i>	25
3.3	L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO	25
	3.3.1 <i>Svolgimento dell'incontro iniziale</i>	25
	3.3.2 <i>L'analisi dei processi</i>	26
	3.3.3 <i>Lo svolgimento dei test sui controlli</i>	27
	3.3.4 <i>Predisposizione delle carte di lavoro</i>	30
	3.3.5 <i>La gestione delle evidenze</i>	31
3.4	IL RAPPORTO DELL'INTERVENTO.....	31
3.5	SUPERVISIONE DEGLI INTERVENTI.....	32
4.	ATTIVITÀ DI CONSULENZA	33
5.	L'INTERVENTO DI FOLLOW UP	34
6.	L' ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT....	37

6.1 LA PROTOCOLLAZIONE	37
6.1.1 Riferimenti normativi e approccio dell'IA	37
6.1.2 I documenti dell'IA che debbono necessariamente essere protocollati	37
6.1.3 I documenti dell'IA che debbono eventualmente essere protocollati.	38
7. ATTIVITA' DI AUDIT A CARICO DEI SISTEMI INFORMATIVI	39
7.1 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI.....	39
7.2 ANALISI DEL PROCESSO "GESTIONE DELLE INFORMAZIONI E DELLA RELATIVA TECNOLOGIA"	39
8. LA RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA' DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA DI INTERNAL AUDIT	40
8.1 LA RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITÀ DELL'IA.....	40
ALLEGATO 1. PRINCIPI DEONTOLOGICI DI RIFERIMENTO PER IL PERSONALE DELL'IA.	41

INTRODUZIONE

1.1 Scopo e destinatari del manuale

Il presente manuale descrive ruoli, responsabilità e modalità operative per lo svolgimento dell'attività di internal audit dell'Agenzia Regionale per la Gestione e l'Erogazione degli Aiuti in Agricoltura della Regione Sardegna.

Oltre agli Auditor, i destinatari del manuale sono i Servizi e le Unità Organizzative di ARGEA e i soggetti che collaborano con l'Organismo Pagatore nella gestione delle domande di contributo per gli aiuti previsti dalla Politica Agricola Comune (fondi FEAGA e FEASR).

Il contenuto del manuale e dei suoi allegati è soggetto a periodiche valutazioni e, se del caso, revisioni in funzione a variazioni intervenute:

- nella normativa unionale, nazionale e regionale di riferimento;
- nella strategia dell'attività di auditing.

Il manuale viene aggiornato dal Servizio Internal Audit, approvato dal Direttore di ARGEA e pubblicato sul sito internet dell'Agenzia.

1.2 Definizioni e acronimi

ARGEA: Agenzia Regionale per la Gestione e l'Erogazione degli Aiuti in Agricoltura della Regione Sardegna

Auditor (o Internal Auditor): funzionari operanti nell'Unità Organizzativa di Internal Audit e incaricati dello svolgimento degli interventi di audit

CAA: Centri di Assistenza Agricola autorizzati

CCE: Corte dei Conti Europea

CE: Commissione Europea

IA: Servizio Internal Audit di ARGEA

IIA: Institute of Internal Auditors

MIPAAF: Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali

SI: Sistemi Informativi

SIAR: Sistema Informativo Agricolo Regionale

UE: Unione Europea

UO: Unità Organizzative

UOIA: Unità Organizzativa di Internal Audit del Servizio Internal Audit di ARGEA

1.3 Il quadro legislativo di riferimento

La costituzione del Servizio di Internal Audit nell'ambito dell'organismo pagatore è prevista dall'allegato I al Reg. (UE) n. 907/2014.

Il Regolamento Unionale menzionato prevede che:

- il Servizio di Internal Audit sia indipendente dagli altri servizi dell’Organismo Pagatore e riferisca direttamente alla Direzione dell’Organismo,
- il Servizio di Internal Audit verifichi che le procedure adottate dall’Organismo Pagatore siano adeguate per garantire la conformità con la normativa unionale e inoltre che la contabilità sia esatta, completa e tempestiva.
- le verifiche possono essere limitate a determinate misure o campioni di operazioni, a condizione che il programma di lavoro garantisca la copertura di tutti i settori importanti, ivi comprese le unità incaricate dell’autorizzazione, per un periodo non superiore ai cinque anni.
- il Servizio di Internal Audit svolga la propria attività in base a criteri riconosciuti a livello internazionale. L’attività deve essere registrata in documenti di lavoro e i risultati di tale attività devono figurare nelle relazioni e nelle raccomandazioni destinate alla Direzione dell’Organismo Pagatore.

1.4 Obiettivi e ambito di intervento del Servizio di Internal Audit

Il Servizio di Internal Audit di ARGEA assiste il Direttore nel valutare l’adeguatezza del sistema di controllo interno dell’Agenzia. Inoltre l’IA, applicando una metodologia basata sull’analisi dei processi, dei rischi e dei controlli, contribuisce all’individuazione delle eventuali aree od opportunità di miglioramento nei processi stessi.

In particolare, l’IA valuta e fornisce appropriati suggerimenti volti a migliorare il processo di governance allo scopo di:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici nell’organizzazione;
- garantire l’efficace gestione dell’organizzazione e l’accountability;
- comunicare informazioni su rischi e controlli ai relativi servizi dell’organizzazione;
- coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra il Direttore, l’organismo di certificazione, gli Auditor e il management.

L’attività dell’IA riguarda l’intera agenzia, inclusi i processi che per effetto di delega possono essere operati da altri soggetti.

Tra gli altri, costituiscono oggetto di controllo:

- la conformità alla normativa comunitaria, nazionale e regionale delle procedure adottate da ARGEA e il corretto funzionamento del sistema di gestione e controllo utilizzato;
- la contabilità dell’organismo pagatore e le rendicontazioni / comunicazioni trasmesse all’ente di Coordinamento a livello di Stato membro e agli enti di controllo unionali (es. Commissione Europea, Corte dei Conti Europea);
- i sistemi informativi;
- le attività eventualmente delegate;
- le procedure adottate, il sistema di controllo e di monitoraggio di ARGEA;
- i beneficiari.

I risultati dell'attività svolta dall'IA supportano la “Dichiarazione di gestione” del Direttore di ARGEA (di cui all'articolo 102, paragrafo 1, primo comma, lettera c), punto iii), del regolamento (UE) n. 1306/2013).

1.5 Struttura organizzativa dell'IA

L'IA dipende direttamente dal Direttore di ARGEA, è pertanto indipendente dagli altri Servizi dell'Agenzia stessa.

L'IA, in caso di condizionamenti nell'indipendenza organizzativa o nell'obiettività individuale, deve tempestivamente comunicare al Direttore le circostanze di tali avvenimenti.

Tra i fattori che possono condizionare l'indipendenza o l'obiettività si possono annoverare conflitti di interesse individuali, limitazione del campo di azione, restrizioni dell'accesso a dati e persone e vincoli di risorse, tra cui quelle finanziarie.

L'IA per poter svolgere correttamente le proprie funzioni deve poter avere accesso:

- alla documentazione relativa alle singole pratiche presenti presso i servizi di ARGEA, dei CAA, dei beneficiari, ecc.;
- a tutti i dati contenuti nelle banche dati utilizzate da ARGEA;
- alle registrazioni contabili (cartacee e informatiche) gestite da ARGEA e dal suo Tesoriere;
- a ogni altra informazione che ritenga utile.

L'IA per poter mantenere l'indipendenza e l'oggettività di giudizio:

- non deve avere responsabilità diretta nei processi oggetto del controllo;
- non deve occuparsi direttamente del disegno, dell'installazione e dell'esecuzione dei processi operativi, né della definizione delle procedure.

Tuttavia, ai funzionari dell'IA è richiesto di avviare e mantenere un approccio di positiva collaborazione con le unità auditate, pur tenendo in adeguata considerazione i propri compiti di controllo.

1.6 Protocolli di comunicazione

I membri dell'IA sono tenuti al massimo riserbo relativamente alle informazioni ricevute o raccolte nel corso del loro ufficio e debbono operare all'interno di chiari protocolli di comunicazione.

Le comunicazioni del Servizio di Internal Audit sono essenzialmente rivolte verso le seguenti tre classi di soggetti:

a) *I soggetti auditati*

Sono i primi destinatari dei rapporti di audit. Le modalità di comunicazione con tali soggetti, esplicitate nel successivo capitolo 3, sono regolate dal presente manuale per quanto concerne sia la fase preliminare ed esecutiva all'intervento di audit, sia la fase di rendicontazione dei risultati dell'intervento stesso.

b) Il Direttore dell'Agenzia

È il primo destinatario dei rapporti di audit elaborati dall'IA.

Il Direttore dell'Agenzia è inoltre responsabile dell'approvazione del piano di audit annuale e delle sue eventuali variazioni nel corso dell'anno.

Infine il Direttore dell'Agenzia è il destinatario di un periodico rapporto, circa il lavoro svolto dall'IA e circa lo stato di avanzamento del piano di audit.

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. Nei confronti di tali soggetti, l'IA deve adottare un approccio collaborativo e, laddove opportuno, di supporto.

1.7 I principi etici di riferimento per il personale dell'IA

Il personale del Servizio Internal Audit dell'Agenzia adotta in via informale il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors, il cui scopo è quello di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di "internal auditor".

In appendice (vedi Allegato 1) sono riportati i principi deontologici di riferimento degli Auditor.

1.8 Responsabilità del Direttore di ARGEA e dei componenti dell'IA

All'interno dell'IA sono distinguibili tre livelli di responsabilità gerarchica, oltre agli auditor impegnati nelle attività più operative. Ruoli, compiti e responsabilità sono descritti in seguito.

- 1) Il Direttore ARGEA, con riferimento all'attività di Controllo Interno:
 - supervisiona l'attività dell'IA nell'ambito dei protocolli di comunicazione previsti;
 - approva il piano annuale di audit e il piano quinquennale, il manuale di controllo interno e le relative proposte di variazione.

- 2) Il Responsabile dell'IA si occupa delle seguenti attività:
- coordina e supervisiona la pianificazione delle attività dell'IA;
 - garantisce l'esecuzione e il regolare svolgimento delle attività programmate all'interno del piano di audit annuale approvato dal Direttore;
 - interviene, se ritenuto necessario, durante gli incontri iniziali e di chiusura dei singoli interventi di audit, spiegando il ruolo dell'IA e le finalità dell'intervento ai soggetti interessati;
 - adotta comunicazioni e rapporti ufficiali, in particolare, approvando le bozze dei Programmi di lavoro dell'intervento e dei rapporti di audit prima che questi siano consegnati ai soggetti destinatari degli stessi;
 - interviene, se ritenuto necessario, presso i soggetti auditati al fine di gestire l'ottenimento dei commenti alle eventuali osservazioni emerse nel corso degli interventi, da includersi nei rapporti finali;
 - adotta la proposta di piano annuale e quinquennale di audit e la relazione annuale di audit;
 - adotta i rapporti di audit sulle attività di verifica e di monitoraggio inviandoli al Direttore Generale e ai responsabili delle Strutture interessate (i rapporti descrivono evidenze e formulano raccomandazioni per il miglioramento delle attività e dei controlli);
 - adotta e presenta al Direttore dell'Agenzia la relazione periodica sulle attività svolte dall'IA, lo status dei piani di audit e le principali criticità riscontrate nel corso degli interventi effettuati;
 - adotta il periodico aggiornamento del manuale rispetto agli standard dell'attività di auditing;
 - supporta il Direttore in occasione delle verifiche da parte delle autorità di certificazione, delle autorità di controllo comunitarie, nazionali e regionali e della Corte dei Conti;
 - gestisce le risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate all'IA, assicurando un'adeguata formazione del personale;
 - adotta il programma di formazione e aggiornamento continuo del personale impegnato nell'attività di internal auditing;
 - adotta il programma di attività per la sensibilizzazione alla cultura del controllo.
- 3) Il Coordinatore dell'UOIA si occupa delle seguenti attività:
- attua l'esecuzione e il regolare svolgimento delle attività programmate all'interno del piano di audit annuale approvato dal Direttore;
 - coordina e interviene, se ritenuto necessario, durante gli incontri iniziali e di chiusura dei singoli interventi di audit, spiegando il ruolo dell'IA e le finalità dell'intervento ai soggetti interessati;
 - predispone la produzione di comunicazioni e rapporti ufficiali, in particolare, rivedendo le bozze dei Programmi di lavoro dell'intervento e dei rapporti di audit prima che questi siano consegnati ai soggetti destinatari degli stessi;
 - interviene presso i soggetti auditati al fine di gestire l'ottenimento dei commenti alle eventuali osservazioni emerse nel corso degli interventi, da includersi nei rapporti finali;

- predispone la proposta di piano annuale e quinquennale di audit e cura la redazione della proposta di relazione annuale di audit;
 - redige e presenta al Responsabile dell'IA la relazione periodica sulle attività svolte dall'IA, lo status dei piani di audit e le principali criticità riscontrate nel corso degli interventi effettuati;
 - cura la proposta di periodico aggiornamento del manuale rispetto agli standard dell'attività di auditing.
 - propone al Responsabile dell'IA le esigenze di risorse strumentali e finanziarie e le esigenze di formazione del personale impegnato nell'attività di Internal Audit;
 - predispone e propone al Responsabile del Servizio di Internal Audit i rapporti di audit sulle attività di verifica e di monitoraggio (i rapporti descrivono evidenze e formulano raccomandazioni per il miglioramento delle attività e dei controlli)
 - propone il programma e supporta l'attività di formazione e aggiornamento continuo degli auditors
 - propone il programma di attività per la sensibilizzazione alla cultura del controllo, curandone la relativa realizzazione e rendicontazione, con relazioni periodiche al Responsabile del Servizio di Internal Audit;
 - assiste il Servizio di Internal Audit in occasione delle verifiche da parte delle autorità di certificazione, delle autorità di controllo comunitarie, nazionali e regionali e della Corte dei Conti
 - con periodici aggiornamenti al Responsabile del Servizio di Internal Audit, il quale valuterà la rilevanza degli atti necessari e le informazioni da dare al Direttore:
 - verifica la conformità delle procedure e dei manuali operativi e gestionali alle politiche e alle disposizioni della normativa comunitaria e nazionale, all'interno dell'Organismo pagatore e presso i soggetti delegati,
 - analizza le attività e i procedimenti delle strutture interne dell'Agenzia e degli organismi delegati, per la valutazione dell'adeguatezza dei sistemi di controllo e monitoraggio dei rischi e assistenza alle strutture dell'OP,
 - programma gli interventi di audit e monitoraggio periodico, secondo il piano annuale,
 - programma gli interventi di riscontro (follow-up) relativi alla correzione delle anomalie di controllo, alla mitigazione dei rischi e al recepimento delle raccomandazioni,
 - supporta la valutazione ex ante della verificabilità e controllabilità delle misure del programma di sviluppo rurale e nella verificabilità e controllabilità delle misure anche nel corso dell'attuazione dello stesso, ai sensi dell'art. 62 del Reg. (UE) 17-12-2013 n. 1305/2013 del Parlamento Europeo.
- 4) Gli auditor:
- mantengono aggiornato il modello di "Risk Assessment" sulla base delle analisi dei processi e dei risultati degli interventi nell'ambito degli audit svolti;
 - svolgono tutte le attività necessarie a pianificare e svolgere i singoli interventi;
 - effettuano gli interventi di riscontro (follow-up) relativi alla correzione delle anomalie di controllo, alla mitigazione dei rischi e al recepimento delle raccomandazioni;

- raccolgono, ordinano ed archiviano tutta la documentazione e le evidenze necessarie a supportare le conclusioni tratte nel corso degli interventi di audit;
- redigono le bozze del Programma di lavoro dell'intervento e dei rapporti di audit;
- al termine di ciascun intervento sottopongono agli interessati le proprie conclusioni e le proprie eventuali osservazioni, raccogliendone i commenti;
- aggiornano le tavole di follow-up al termine di ciascun singolo intervento di audit;
- partecipano agli specifici percorsi di formazione.

PIANO QUINQUENNALE E ANNUALE DI AUDIT

L'attività dell'IA è pianificata mediante il piano quinquennale e il piano annuale di audit. Nei successivi paragrafi vengono illustrate le linee guida per la definizione del piano quinquennale e del piano annuale di audit.

2.1 Piano quinquennale di audit

Il piano quinquennale di audit definisce le strategie e gli obiettivi di medio termine dell'IA ed assicura che “tutti i settori importanti in carico all'Organismo Pagatore, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione” siano verificati “in un periodo non superiore a cinque anni”, come definito dal Reg. (UE) 907/2014.

Nell'ambito della redazione del piano, dapprima, sono individuati tutti i processi strategici di ARGEA. Nell'ambito di tali processi rientrano quelli relativi alle specifiche misure/linee di finanziamento, i processi trasversali (autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione dei pagamenti), i processi di supporto (gestione del registro debitori, delle entrate, delle garanzie e dei capitoli di bilancio), la corretta operatività degli uffici interni e degli eventuali Organismi Delegati, la sorveglianza dei processi per i quali sono state in precedenza riscontrate significative criticità, la gestione della sicurezza delle informazioni (Area IT).

Inoltre, l'IA tiene in considerazione i seguenti aspetti rilevanti:

- aspettative e indicazioni del Direttore, con riferimento alla mitigazione di rischi segnalati e/o al coinvolgimento in progetti speciali,
- disposizioni del legislatore nazionale / unionale,
- rilevanza e rischiosità dei processi/linee di finanziamento.

Sulla base delle conseguenti valutazioni, vengono distribuiti gli interventi di auditing nel quinquennio di riferimento.

Il piano quinquennale può essere rivisto annualmente, nel corso della redazione del piano annuale, al fine di prendere in considerazione eventuali ampliamenti dell'attività di ARGEA, modifiche normative, cambiamenti organizzativi.

Il piano quinquennale di audit è approvato dal Direttore di ARGEA su proposta del Responsabile IA.

2.2 Piano annuale di audit

Il piano quinquennale di audit viene attuato attraverso il piano annuale che definisce in dettaglio i programmi e gli obiettivi dell'IA per l'anno in corso.

L'attività prevista nel piano annuale deve:

- essere coerente alle linee guida definite nel piano quinquennale di audit;
- dare risposte adeguate alle aspettative del management e del Direttore, in termini di mitigazione dei rischi segnalati;
- supportare il Direttore di ARGEA nella predisposizione della “Dichiarazione di Gestione” (prevista dal Reg. (UE) 1306/2013);
- allocare opportunamente le risorse sugli interventi, in modo che possano concorrere al meglio al raggiungimento degli obiettivi di ARGEA;

- tenere in considerazione eventuali altre esigenze del management per l'effettuazione di attività particolari (es. progetti speciali);
- verificare le aree non coperte dai precedenti piani.

Inoltre, attraverso il piano annuale di audit, gli obiettivi dell'IA sono declinati in assurance e consulenza, oltre agli interventi di follow-up.

Gli obiettivi di assurance possono tradursi in termini di compliance audit e/o operational audit.

Nell'ambito dei primi si riscontrano, a titolo di esempio: i) assicurare il rispetto delle leggi nazionali e dei regolamenti unionali; ii) garantire la conformità dei comportamenti alle procedure operative.

Nell'ambito dei secondi si riscontrano: iii) monitorare l'efficacia e l'efficienza dei controlli insiti nelle procedure operative; iv) identificare, prevenire e gestire i potenziali rischi operativi a cui ARGEA è soggetta; v) verificare che i controlli previsti siano effettivamente eseguiti, segnalando gli eventuali disallineamenti e le possibili azioni correttive.

Gli obiettivi di consulenza consistono nello svolgimento di attività tese a supportare i Servizi responsabili nell'ambito del sistema dei controlli, in coerenza con gli obiettivi di ARGEA.

Nel corso della predisposizione del piano annuale di audit, il Responsabile IA verifica il personale disponibile e il tempo che deve essere dedicato a ciascun intervento e, tenendo in considerazione le competenze specifiche e l'esperienza maturata dai diversi Auditor, assegna le attività. Per ogni intervento inserito nel piano di audit devono infatti essere dettagliate almeno le seguenti informazioni:

- titolo / descrizione,
- soggetti auditati e coinvolti,
- obiettivo,
- Auditor incaricati,
- periodo indicativo di svolgimento dell'intervento,
- tipologia dell'intervento (es. assurance / consulenza).

Inoltre, a ogni intervento è assegnato un codice identificativo. Tale codice contiene le ultime due cifre dell'anno in cui sarà svolto l'intervento, una lettera dell'alfabeto che caratterizza la tipologia dell'intervento (es.: assurance, consulenza), ed infine un numero progressivo che denomina ciascun intervento compreso nel piano annuale di audit.

Il piano annuale di audit viene presentato al Direttore di ARGEA per l'approvazione entro il 31 marzo di ogni anno.

2.3 Attività di Risk Assessment e modalità di valutazione dei rischi e dei controlli

Al fine di supportare la pianificazione dell'attività di audit garantendo la copertura dei rischi, l'IA si dota delle mappe dei processi dell'Agenzia, dei rischi inerenti e dei relativi controlli; la mappatura è funzionale alla valutazione dei rischi.

La valutazione dei rischi viene fatta sulla base dei parametri di probabilità e di impatto. La graduazione di questi parametri consente di costruire la griglia, usata per classificare i rischi individuati in ciascun processo e ai quali è stato attribuito un livello di probabilità e uno d'impatto.

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

L'IA valuta ciascun controllo in termini di efficacia nel mitigare il rischio e di avvenuta implementazione del controllo stesso.

La definizione del livello di rischio di un processo è la sintesi della valutazione di tutti i rischi e dei relativi controlli.

Le mappe vengono predisposte/aggiornate dagli Auditor nel corso degli interventi di audit.

La predisposizione/aggiornamento del Risk Assessment richiede all'IA di svolgere le seguenti attività nel corso di tutti gli audit programmati:

- a) confermare la propria comprensione dei processi in oggetto per ciascun singolo intervento;
- b) confermare la completezza del portafoglio dei rischi associati ai processi analizzati e i relativi controlli;
- c) confermare o modificare la valutazione dei rischi già rilevati e/o effettuare la valutazione dei nuovi rischi, in collaborazione con il responsabile del processo in oggetto;
- d) esprimere un giudizio in merito ai controlli in essere, sulla base delle risultanze dell'intervento di audit condotto sul processo.

2.3.1 L'individuazione e la valutazione dei rischi e la valutazione dei controlli

L'individuazione e la valutazione dei rischi di ciascun processo viene svolta dall'IA in collaborazione con gli owner 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 dell'IA sulla base delle esperienze maturate presso processi / unità organizzative simili o con qualunque altro metodo ritenuto idoneo a tal fine. Ad ogni modo, il personale dell'IA 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 l'IA si avvale della "Matrice per la valutazione dei rischi".

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

Nell'ambito della definizione della probabilità del rischio occorre effettuare la valutazione della frequenza di accadimento di tale rischio. In particolare, la probabilità che un rischio si verifichi può essere:

- 1) **Bassa:** la probabilità di accadimento del rischio è molto contenuta e appare improbabile che il rischio si verifichi durante l'attuazione di una misura/operazione;
- 2) **Moderata:** la probabilità di accadimento del rischio è frequente, ma non continua, e il rischio potrebbe verificarsi in maniera occasionale durante l'attuazione di una misura/operazione;
- 3) **Alta:** la probabilità di accadimento del rischio è elevata ed è probabile che il rischio si verifichi continuamente, e comunque più di una volta, durante l'attuazione di una misura/operazione.

La valutazione dell'impatto del rischio consente di definire il livello in cui il manifestarsi del rischio influenzerebbe il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi dell'ente. In particolare, l'impatto può essere classificato come:

- 1) **Grave:** si verifica un impatto significativo sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Organismo Pagatore (es.: frodi o malversazioni; perdita di requisiti per il riconoscimento dell'Organismo Pagatore; perdita o significativa riduzione della credibilità/immagine nei confronti dei beneficiari, degli OD o di altri portatori di interesse; sanzioni penali a carico dei funzionari; perdita di fondi per correzioni finanziarie);
- 2) **Moderato:** si verifica quando si registra un'inefficienza delle normali operazioni con un effetto limitato sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Organismo Pagatore (es.: interruzione o significative inefficienze nel processo delle domande; problemi temporanei di qualità/servizio; inefficienze nei flussi e nelle operazioni);
- 3) **Insignificante:** non si registra alcun impatto concreto sulla strategia dell'Organismo Pagatore. Si tratta di situazioni diverse dalla norma che richiedono comunque azioni correttive.

Sulla base della Frequenza e dell'Impatto definiti, è quindi possibile concludere la valutazione del rischio attraverso l'utilizzo dell'apposita matrice di raccordo (vedi Figura 1).

Figura 1 – Matrice di raccordo probabilità - impatto per la valutazione dei rischi.

**IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO ATTRAVERSO LA
“RISK ASSESSMENT CRITERIA MATRIX”**

I M P A T T O	3 grave	M	A	A
	2 moderata	B	M	A
	1 insignificante	B	B	M
		1 bassa	2 moderata	3 alta

Definizioni :

A = Alto

M = Medio

B = Basso

PROBABILITÀ

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

L'IA valuta 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 del 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 nella mitigazione dei rischi sottostanti.

Valutare l'effettività del controllo significa riscontrarne la costante effettuazione in conformità con quanto previsto nella sua definizione.

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

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
Non adeguatamente 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 dall'IA 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, l'IA 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. È pertanto raccomandata la loro implementazione.

2.3.3 La valutazione del rischio complessivo a livello di processo

La definizione del livello di un rischio complessivo di un processo è la sintesi della valutazione di tutti i rischi e relativi controlli associati allo stesso.

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

La valutazione della rischiosità complessiva a livello di processo deve essere condivisa con il responsabile del processo stesso.

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

Le tipologie di intervento dell'Unità Organizzativa di Internal Audit sono le seguenti:

- **Compliance Audit:** si tratta della verifica della conformità dei comportamenti alle procedure e prassi interne e con quanto richiesto dal legislatore. Rientra in questa tipologia di intervento anche l'analisi della completezza e conformità delle procedure definite dall'Agenzia rispetto ai Regolamenti unionali, alle circolari di Agea Coordinamento e del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali.
- **Operational Audit:** è il monitoraggio del rispetto degli obiettivi dell'Agenzia, declinati a 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:** sono interventi volti alla verifica dell'effettiva implementazione dei piani di azione concordati con i responsabili dei processi, a fronte delle

osservazioni rilevate nel corso di precedenti interventi dell'IA e condivise dai responsabili dei processi stessi.

Nell'ambito delle attività di consulenza, non si fa riferimento a tipologie predefinite ma gli interventi vengono pianificati di concerto con il Direttore ARGEA.

L'INTERVENTO DI AUDIT

3.1 La pianificazione del singolo intervento

Sulla base di quanto indicato nel Piano di Audit annuale, gli interventi sono pianificati in termini di obiettivi, modalità operative e tempi nel programma di lavoro, preparato dagli auditor responsabili dell'esecuzione dell'intervento, approvato dal Coordinatore UOIA e inviato ai Responsabili dei processi oggetto di audit, ai soggetti coinvolti, al Responsabile IA e al Direttore.

Durante la fase di pianificazione operativa, sono eseguite le seguenti attività:

- 1) Pianificare l'acquisizione della documentazione necessaria e le attività da svolgersi nel corso dell'intervento, al fine della predisposizione del programma di lavoro;
- 2) Esame e valutazione delle informazioni ottenute/raccolte e predisposizione del programma di lavoro delle attività che saranno svolte sul campo;
- 3) Comunicazione d'avvio dell'attività di audit a tutti i soggetti coinvolti nel processo oggetto di verifica, con allegato il programma di lavoro.

3.1.1 Pianificare l'acquisizione della documentazione necessaria e le attività da svolgersi nel corso dell'intervento

Basandosi su quanto stabilito nel piano di audit annuale, in termini di strategie / obiettivi dell'intervento, gli Auditor assegnati al progetto predispongono, ove necessario, una lista della documentazione da ottenere dal Responsabile del processo, prima della realizzazione del lavoro sul campo.

Tale documentazione è funzionale allo sviluppo di una conoscenza preliminare del processo oggetto di audit, così da poter effettuare un'adeguata pianificazione dell'intervento. Tra la documentazione esaminata in questa fase rientrano:

- Basi dati (normalmente gli elenchi delle domande istruite o pagate) sulle quali operare il campionamento delle transazioni che saranno analizzate nel corso dell'intervento.
- Dati quantitativi relativi alle domande finanziate, presenti nei sistemi informativi.
- Procedure, prassi, leggi, regolamenti, bandi per la presentazione delle domande di aiuto e piani operativi di misura dei quali deve essere verificata l'applicazione.
- Risultati e rapporti di interventi precedenti sulle unità / processi auditati (Tavole di follow up).
- 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.
- Esiti delle verifiche eseguite sullo stesso processo da parte di altri organismi di controllo (es. organismo di certificazione, Corte dei Conti).

- Eventuale altra documentazione necessaria / utile allo svolgimento dell'intervento.

3.1.2 Definizione dell'approccio metodologico e pianificazione interna del lavoro

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 (esame dei sub-processi, dei relativi rischi e controlli);
- 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.

3.1.3 Predisposizione del Programma di lavoro

Il Programma di lavoro è finalizzato alla pianificazione dell'intervento di audit. Le informazioni ottenute in seguito alla richiesta di documentazione iniziale e quelle raccolte autonomamente dal personale dell'IA devono essere adeguatamente analizzate, in quanto l'estensione del lavoro sul campo è basata sulle informazioni acquisite in tale fase.

L'IA, una volta completata la raccolta della documentazione, predispone/aggiorna una mappatura preliminare del processo. Si tratta di un documento che sintetizza e mette in relazione, in forma matriciale, gli obiettivi di processo e di controllo identificati con i rischi che possono comprometterne il conseguimento.

La mappatura deve derivare da un'analisi delle attività, dei rischi e dei controlli che caratterizzano il processo oggetto di audit. Essa costituisce lo strumento alla base della strategia di testing.

Il Programma di lavoro deve contenere i seguenti elementi essenziali dell'audit:

- descrizione del processo e ambito di intervento della verifica;
- esplicitazione degli obiettivi dell'intervento;
- identificazione del responsabile e dei referenti del processo oggetto di audit;
- tipologia di intervento;
- descrizione della metodologia che sarà seguita per lo svolgimento dell'intervento (fasi, attività e risultati);
- periodo di riferimento su cui viene svolta la verifica (es. un determinato esercizio finanziario);
- calendario dei lavori;

- criteri di selezione dei soggetti da auditare (OD e CAA), criteri di campionamento (es. casuale, rischio, misto) e numerosità del campione di transazioni da verificare, ove applicabili;
- Lista dei documenti richiesti;
- normativa di riferimento;
- funzionari incaricati per lo svolgimento dell'audit;
- pianificazione temporale dell'intervento per fasi / macroattività.

3.1.4 Distribuzione / Comunicazione del Programma di lavoro dell'Intervento

Il Programma di lavoro dell'intervento preparato dagli Auditor responsabili della futura esecuzione del medesimo è sottoposto all'approvazione del Responsabile dell'IA, tramite proposta del Coordinatore UOIA.

Una volta ottenuta l'approvazione del Responsabile dell'IA, il programma di lavoro è inviato ai responsabili dei processi / unità organizzative auditate ed in copia al Direttore dell'Agenzia ed al Dirigente responsabile del Servizio Tecnico e di Autorizzazione (a quest'ultimo viene inviato solo nel caso l'intervento venga svolto presso un OD).

3.2 Il campionamento

Nella fase preliminare dell'audit vengono definiti:

- i soggetti da auditare, con particolare riferimento agli OD e ai CAA, sulla base di parametri quantitativi (es: numero e importo delle domande gestite) e qualitativi (es: esiti di precedenti controlli, tempo trascorso dall'ultimo controllo effettuato)
- l'universo delle transazioni all'interno del quale effettuare il campionamento.

Il numero delle transazioni da selezionare è deciso dagli Auditor incaricati dell'intervento, in accordo con il Responsabile IA, sulla base del giudizio professionale. E' comunque facoltà dell'Auditor controllare un ulteriore campione di transazioni, nel caso in cui vengano riscontrati errori sostanziali nel campione oggetto di verifica.

La modalità di scelta delle transazioni da controllare deve garantire che il campione sia il più possibile rappresentativo all'interno della popolazione di riferimento.

Le metodologie che possono essere utilizzate per la selezione del campione sono: metodo probabilistico, metodo monetario, metodo casuale, metodo basato sull'analisi del rischio o metodi misti che uniscono almeno due delle metodologie precedentemente citate.

Le operazioni di campionamento vengono tracciate dagli auditor redigendo un verbale di campionamento.

Il numero complessivo delle domande selezionate deve essere approvato dal Responsabile dell'IA.

3.2.1 Tipi di campionamento

La selezione del campione di progetti 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 rispetto al metodo non statistico in cui l'ampiezza del campione è decisa dal personale dell'Unità Organizzativa di Internal Audit sulla base della propria valutazione professionale.

La decisione se utilizzare un metodo statistico o meno per la selezione di un campione di transazioni è un problema relativo al giudizio professionale del Responsabile dell'IA, ed in particolare riguardo la modalità maggiormente efficiente per ottenere evidenze di revisione nelle specifiche circostanze. Ad esempio nella selezione dei test dei controlli nella fase di "execution" l'analisi dell'auditor sulla natura e sulla causa degli errori è certamente più importante che non l'analisi statistica della mera presenza o assenza degli errori. In questa situazione un approccio di selezione non statistico potrebbe essere più appropriato.

La scelta di quale approccio seguire dipende quindi dalle circostanze. Indipendentemente dalla scelta fatta, il Responsabile dell'IA deve essere sempre soddisfatto dal fatto che il metodo utilizzato dia sufficiente evidenza per raggiungere gli obiettivi prefissati nel test. Egli deve, inoltre, approvare la scelta della metodologia di campionamento utilizzata.

In generale per fornire un indirizzo operativo evidenziamo che la selezione basata sul giudizio professionale è di maggiore applicazione nel contesto delle attività tipiche dell'Unità Organizzativa di Internal Audit, non essendo primario obiettivo dell'ufficio 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.

3.2.2 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 dell'IA, su proposta del Coordinatore UOIA, 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.

L'esame del 100% degli item, sebbene sia non frequente nel caso dei test sui controlli, può essere applicato alle procedure di verifica di sostanza. Ad esempio l'esame del 100% delle transazioni potrebbe essere appropriata nel caso di popolazioni costituite da un limitato numero di item di grande valore, e quando i rischi non diano sufficienti garanzie, o quando ad esempio effettuare una verifica su di un calcolo al 100% con l'ausilio del computer sia maggiormente conveniente.

Selezione di specifici item: il Responsabile dell'IA, su proposta del Coordinatore UOIA, 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 basata sul giudizio professionale di specifici item è soggetta al rischio di non campionamento, ovvero al rischio che sia stata scelta una tecnica di selezione non appropriata nelle circostanze. La selezione degli specifici item può includere:

- items di valore significativo o key items; il Responsabile dell'IA 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 dell'IA può decidere di esaminare gli item il cui valore eccede un predeterminato ammontare in modo da verificare una percentuale significativa della spesa, o delle specifiche transazioni;
- item selezionati al fine di ottenere informazioni; il Responsabile dell'IA 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 dell'IA può usare il proprio giudizio per selezionare ed esaminare specifici item al fine di determinare se una determinata procedura sia stata applicata o meno.

È importante evidenziare che mentre da un lato la selezione e l'esame di specifici item è spesso un metodo efficiente, dall'altro non costituisce un campionamento. I risultati delle procedure di audit effettuate sugli specifici item selezionati non possono essere estesi all'intera popolazione.

Il Responsabile dell'IA deve considerare la necessità di ottenere una appropriata evidenza relativamente alla restante parte della popolazione quando la restante parte è materiale.

La selezione a campione: per procedere alla selezione a campione il Responsabile dell'IA, su proposta del Coordinatore UOIA, deve considerare gli obiettivi del test da svolgere e gli attributi della popolazione da cui il campione deve essere estratto. Più in particolare con riferimento agli obiettivi occorre considerare la natura del test da svolgere e dell'evidenza di audit necessaria anche al fine di definire ciò che costituisce un errore, e la loro rilevanza ai fini di una eventuale proiezione. 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 dell'IA nel correlare il grado di rischio individuato all'estensione del campione, ponderando i seguenti fattori:

- la valutazione del rischio inerente – un incremento di rischiosità nella valutazione del rischio inerente comporta un aumento del campione;
- la valutazione del rischio sui controlli – un incremento di rischiosità nella valutazione del rischio sui controlli comporta un incremento nella dimensione del campione;
- l'utilizzo di eventuali altre procedure di audit – 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;
- la stratificazione della popolazione – quando esiste una grande variabilità di ammontari nella popolazione, può essere indicato al fine di ridurre la dimensione del campione, effettuare dei sub campionamenti per classi di valore (strati) caratterizzati da minore variabilità;
- la numerosità della popolazione – tanto maggiore è la dimensione della popolazione tanto minore è l'effetto sulla dimensione del campione.

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

- l'utilizzo di numeri casuali generati dal computer o dalle tavole numeriche;
- 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;
- selezione casuale, in cui l'auditor 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 Responsabile dell'IA, anche attraverso la combinazione delle tecniche sopra illustrate, sulla base della propria esperienza, tenuto conto delle finalità e degli obiettivi dell'intervento di audit.

3.2.3 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 dell'Unità Organizzativa di Internal Audit 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 necessaria per specifiche esigenze di approfondimento di eventuali temi o anomalie riscontrate, oppure nel caso di popolazioni numerose.

3.3 L'esecuzione dell'intervento

3.3.1 Svolgimento dell'incontro iniziale

In fase di avvio dell'intervento, viene organizzato un incontro iniziale con il Responsabile del processo oggetto di audit; durante tale incontro viene illustrato il contenuto del Programma di lavoro, con particolare riferimento alle tempistiche e alle modalità operative di esecuzione dell'intervento.

Durante l'incontro devono essere presentati e discussi i seguenti argomenti:

- scopo e obiettivi dell'intervento, già definiti nel Programma di lavoro;
- modalità operative di esecuzione dell'intervento (ad esempio interviste con il personale, analisi delle transazioni rilevanti, walk-through, test sulle attività, rilevazione dei rischi, ecc.) e il tempo approssimativo necessario;
- la documentazione che verrà prodotta (rapporto di audit) e i relativi contenuti;
- le date dei successivi incontri da svolgere durante e al termine dell'intervento, sia con il responsabile del servizio / unità organizzative sia con il personale operativo;
- varie ed eventuali.

Inoltre è importante evidenziare la finalità propositiva e migliorativa dell'intervento, rispetto al processo / area / funzione in esame, allo scopo di ottenere la massima disponibilità e la positiva collaborazione del personale auditato.

3.3.2 L'analisi dei processi

L'attività di analisi dei processi 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.

Seguendo il piano delle interviste concordato inizialmente, l'auditor contatta il responsabile o il personale operativo per effettuare l'incontro. 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 significativi e analizzare l'efficacia dei controlli dal punto di vista strutturale ("design effectiveness"). Al fine di facilitare la comprensione è opportuno richiedere la documentazione utilizzata nello svolgimento delle attività e si possono utilizzare alcune linee guida per la rilevazione dei processi (Modulo standard di intervista). 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 riportate in appositi documenti o alternativamente nella Mappatura dei processi (Risk Assessment).

Pertanto, 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 dell'IA.

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

Successivamente alla rilevazione mediante le interviste, la conferma della comprensione del processo può avvenire attraverso l'esecuzione di opportuni "walk-through test" ossia di indagini che ripercorrono approfonditamente, anche a livello documentale, i flussi delle transazioni significative selezionate.

A tal riguardo, l'auditor definisce l'attività da svolgere stabilendo:

- la tipologia delle transazioni da verificare;
- l'estensione delle transazioni (inizio e termine delle attività da verificare, selezione del campione);
- le informazioni da trattare (dati, numero documento, evidenza di autorizzazioni, ecc.).

Infine si predispongono gli appropriati fogli di lavoro (es. tabelle, liste di controllo) indicanti tutte le informazioni che si devono ottenere e il campo in cui riportare l'esito dell'indagine.

L'esecuzione del test sul processo avviene attraverso l'analisi documentale delle transazioni/operazioni selezionate ed intervistando il personale operativo che svolge normalmente le attività.

Le informazioni ottenute devono essere documentate nelle tabelle predisposte che sono archiviate come carte di lavoro referenziate con il programma delle verifiche.

I risultati dei "walk-through test" sono utilizzati per aggiornare e/o confermare le informazioni già ottenute durante le interviste.

Dall'effettuazione dei test sul processo, l'auditor deve essere in grado di valutare se il processo presenta dei rischi, se i controlli in essere sono (in via preliminare) efficaci/efficienti e se esistono opportunità di miglioramento delle attività.

3.3.3 Lo svolgimento dei test sui controlli

Obiettivo dell'esecuzione dell'intervento di audit è valutare l'appropriatezza dei controlli posti in essere per mitigare i rischi collegati al processo.

Sulla base di quanto previsto nel Programma di Lavoro, l'Auditor esegue i test sui controlli rilevati in fase di mappatura del processo, al fine di raccogliere evidenze, verificare e valutare l'efficacia dei controlli posti in essere da parte del responsabile del processo oggetto di audit.

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 il management.

L'attività di identificazione è stata effettuata preliminarmente nelle fasi di:

- Risk Assessment;
- predisposizione del programma di lavoro;
- rilevazione dei processi.

Sulla base di quanto emerso in queste attività, si predispongono le check list che sono lo strumento fondamentale per l'esecuzione dei test sui controlli. In particolare l'auditor deve eseguire le procedure di controllo descritte nel documento e valutare l'efficacia dei controlli e individuare aree di miglioramento.

Nel caso in cui all'intervento partecipino più auditor, è opportuno che il programma venga suddiviso in sezioni identificate inerenti attività/processi omogenei (es. area acquisti, erogazione dei finanziamenti, valutazione fornitori, ecc) e distribuito tra i componenti del gruppo in base all'esperienza e alla conoscenza specifica.

La procedura di controllo descritta nel programma di lavoro definisce l'obiettivo del test e l'attività da eseguire. L'auditor deve svolgere con accuratezza e con scrupolo il test. Normalmente l'esecuzione dell'attività richiede un'analisi documentale, la verifica dell'esecuzione del controllo, l'interazione con il personale che esegue il controllo. A tal fine è opportuno concordare anticipatamente con il personale un incontro per ottenere le informazioni e i documenti necessari.

Pianificare questa attività è un aspetto fondamentale per eseguire efficacemente ed efficientemente i test. In generale, definire anticipatamente cosa ci si aspetta dal test, come si intende condurlo, quali informazioni e documenti devono essere verificati, permette di ottimizzare i tempi e di evitare attività inutili di verifica.

Nell'eseguire il test su di 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.

Se si ritiene che un particolare obiettivo di controllo possa essere conseguito con più di un controllo, non si devono testare tutti i controlli. Piuttosto si testano solo quelli che si ritengono più affidabili.

La scelta dipende dalla valutazione se:

- è probabile che il controllo riesca a raggiungere gli obiettivi per cui è stato istituito;
- il controllo può essere testato in modo più efficace ed efficiente di altri controlli;
- se si ritiene che un controllo copra più rischi, lo stesso test di quel controllo può supportare tutti gli obiettivi di controllo dei rischi.

Durante l'esecuzione della procedura di controllo, l'auditor deve indagare, osservare e verificare l'evidenza fisica dei risultati del controllo, inclusi quelli di routine.

L'indagine e l'osservazione possono non fornire sufficiente evidenza che un controllo opera per tutto il periodo preso in considerazione. In tal caso la verifica dell'evidenza fisica/documentale può dare l'evidenza dell'efficace operazione di controllo. Inoltre, se la funzione auditata non genera evidenze fisiche dell'efficacia del controllo e non mantiene la registrazione di tale operazione, non è possibile valutare se il controllo funziona come previsto.

È necessario utilizzare il proprio giudizio professionale nel determinare l'estensione dei test. I fattori da considerare sono:

- Quanto spesso il controllo è eseguito. Tanto meno frequentemente è svolto un controllo manuale tanto minore deve essere l'estensione dei test.
- Il livello di affidabilità del controllo posto come limite base per l'esecuzione del test. Più elevato è il livello di affidabilità che si pone sul controllo, tanto più esteso deve essere il test.
- La persuasività dell'evidenza prodotta dal controllo. Se i risultati del controllo forniscono evidenze scarse o indirette che il controllo opera efficacemente, il test non deve fornire la garanzia necessaria. D'altra parte, se l'evidenza è persuasiva, si può decidere di esaminare solo un ammontare limitato di evidenze.
- Necessità di assicurare che il controllo opera come previsto per tutto il periodo preso in considerazione. Nel pianificare le procedure di verifica, si deve valutare l'arco temporale da considerare e le evidenze da produrre in tempi diversi all'interno del periodo di riferimento. Più è lungo l'arco temporale, più è necessario aumentare il livello di controllo.
- Esistenza di una combinazione di controlli che può ridurre il livello di garanzia necessario per ogni singolo controllo. Quando i controlli relativi a un determinato obiettivo di controllo sono esistenti e testati, il livello di garanzia che si rende necessario per ciascun controllo può essere meno elevato rispetto all'esistenza di un unico controllo.
- Altri fattori relativi alla probabilità che il controllo operi come previsto. Nel determinare l'estensione dei test sui controlli, si devono considerare i fattori che riguardano la percezione della probabilità che il controllo operi come previsto durante tutto il periodo di riferimento.

Questi includono:

- 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 esprime un giudizio sulla loro efficacia. Nel caso in cui dal test 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 dal test 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.

3.3.4 Predisposizione delle carte di lavoro

Le principali carte di lavoro da utilizzare nel corso dell'intervento di audit sono le check-list e i verbali.

A seguito dell'analisi degli obiettivi dell'intervento, l'Auditor predispone le carte di lavoro per ottenere la comprensione del processo oggetto di analisi e per verificare l'efficacia e la completezza dei controlli in essere.

L'organizzazione, la struttura e i contenuti delle carte di lavoro dipendono dalla natura dell'audit; tuttavia, sono previsti alcuni elementi minimi che devono essere inclusi in tutte le carte di lavoro:

- codice identificativo dell'intervento;
- processo oggetto di verifica;
- dettaglio degli item analizzati;
- nominativo degli Auditor;
- data di compilazione;
- descrizione dei test / verifiche eseguite e relativo esito.

Tutta la documentazione ricevuta e prodotta durante l'attività, se ritenuta significativa, deve essere referenziata e allegata alla carta di lavoro relativa 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 i seguenti:

- lettera di pianificazione e relativi allegati;
- corrispondenza e comunicazioni intercorse con i soggetti auditati;
- programma di lavoro dell'intervento, firmato e referenziato dagli auditor;

- moduli di osservazione prodotti nel corso dell'intervento;
- documentazione di supporto alle osservazioni incluse nel report;
- report in bozza e finale.

3.3.5 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, il Responsabile garantisce che tutta la documentazione, di supporto al Rapporto finale dell'intervento di audit, sia stata raccolta ed archiviata presso l'Unità Organizzativa di Internal Audit.

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

3.4 Il Rapporto dell'Intervento

Al termine di ciascun intervento svolto dall'Unità Organizzativa di Internal Audit, dovrà essere predisposto il rapporto provvisorio di audit che deve contenere le eventuali criticità emerse nel corso della verifica

Il rapporto provvisorio di audit contiene le seguenti informazioni:

- elementi essenziali dell'audit;
- valutazione conclusiva, ove pertinente, sull'adeguatezza del sistema di controllo alla mitigazione dei rischi;
- descrizione delle eventuali osservazioni emerse nel corso dell'audit con le relative raccomandazioni formulate dall'IA.

Il rapporto può prevedere inoltre una sezione relativa alle aree di miglioramento che può essere compilata dall'IA al fine di portare all'attenzione del responsabile del processo e del Direttore tematiche di rilievo emerse nel corso della verifica, anche se non direttamente legate all'inefficacia del sistema di controllo interno.

La valutazione conclusiva deve considerare gli obiettivi dell'audit e deve essere sempre sostenuta da informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili.

Qualora il Responsabile dell'IA ritenga che il responsabile del processo abbia approvato un livello di rischio residuo inaccettabile per l'organizzazione, deve inviare una specifica segnalazione al Direttore.

Il rapporto provvisorio di audit viene inviato dal Responsabile IA ai soggetti auditati ai fini della condivisione.

Invece, nel caso in cui nel corso delle verifiche non siano emerse criticità e non siano state formulate osservazioni né raccomandazioni, non sono necessarie le considerazioni da parte del soggetto auditato e il rapporto, inviato dal Responsabile dell'IA, è considerato definitivo e condiviso.

Eventuali considerazioni sulle raccomandazioni formulate devono pervenire all'IA entro trenta giorni dal ricevimento del report provvisorio di audit.

Se il responsabile del processo oggetto di audit è interno all’Agenzia, la condivisione del rapporto provvisorio di audit avviene attraverso l’organizzazione da parte degli Auditor incaricati di un incontro finale a cui vengono invitati:

- il Responsabile dell’IA
- i referenti e il responsabile del processo oggetto di audit.

In seguito a tale incontro di condivisione viene comunque inviato da parte del Responsabile dell’IA il Rapporto definitivo dell’intervento di audit, contenente le valutazioni e le raccomandazioni in capo ai servizi / unità organizzative auditati.

Trascorso il termine di trenta giorni ed analizzate eventuali considerazioni pervenute, il Responsabile IA trasmette ai soggetti auditati e al Direttore dell’Agenzia il “Rapporto definitivo” contenente il piano di azione condiviso.

Al termine dell’intervento gli Auditor garantiscono che tutta la documentazione sia raccolta e archiviata presso gli uffici dell’IA.

Gli organismi di controllo (es: Commissione Europea, organismo di certificazione) hanno libero accesso, su richiesta, ai rapporti di audit, oltre che al piano di audit.

3.5 Supervisione degli interventi

Gli interventi devono essere opportunamente supervisionati al fine di garantire che gli obiettivi siano raggiunti, che la qualità sia assicurata e che il personale possa crescere professionalmente.

Il grado di supervisione richiesta dipende dalla professionalità e dall’esperienza dei soggetti coinvolti nell’attività di audit e dalla complessità dell’incarico.

La responsabilità della supervisione è in capo al Responsabile dell’IA.

La supervisione è eseguita attraverso:

- approvazione del programma di lavoro;
- revisione delle carte di lavoro;
- monitoraggio del rispetto delle tempistiche previste per l’esecuzione dell’intervento;
- verifica e approvazione del rapporto di audit.

ATTIVITÀ DI CONSULENZA

Nel piano annuale di audit possono essere inclusi interventi di consulenza tesi a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema dei controlli dell'Agenzia, nonché a supportare, con un ruolo consultivo/propositivo, progetti di reengineering dei processi operativi o di change management nell'ambito dei sistemi informativi.

In coerenza con gli obiettivi strategici di ARGEA, gli interventi di consulenza vengono individuati, di concerto con il Direttore, nella definizione del piano annuale di audit.

Gli interventi di consulenza svolti dall'IA devono essere formalizzati in termini di:

- identificazione degli obiettivi dell'intervento;
- pianificazione dell'intervento;
- risultati conseguiti.

L'INTERVENTO DI FOLLOW UP

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 formulate nel corso dell'intervento di audit.

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

Una volta completato l'intervento, ciascun Auditor raccoglie le osservazioni rilevate e riportate nel Rapporto definitivo e aggiorna con le stesse la "Tavola di follow" up.

La Tavola di follow up è uno strumento utilizzato al fine di raccogliere, monitorare e analizzare lo stato dei piani di miglioramento (o piani d'azione), preventivamente concordati con il management.

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 alla quale è riferita l'osservazione.
- **Codice intervento audit** ("Cod audit"): riporta il codice dell'intervento di audit appena portato a termine. 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 ultimazione dell'intervento stesso) attraverso un codice numerico indicante l'anno e il mese di esecuzione (YYYYMM).
- **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 / Piano d'azione:** descrive sinteticamente l'osservazione, il rischio e la raccomandazione riportata nel Rapporto di audit.
- **Commento del management / sua successiva revisione:** riporta il Piano d'azione e ogni altro commento del management raccolti durante l'intervento e quindi inseriti nel Rapporto di audit. Nel corso dello svolgimento dell'intervento di follow up in questa sezione sono descritte, sinteticamente, anche le fasi esecutive del piano (status) che hanno determinato l'implementazione della raccomandazione.

Nel corso delle verifiche di follow-up, anche il commento del management può subire una variazione nel caso il Management abbia modificato la propria idea originaria.

- **Data scadenza:** riporta la data di scadenza del Piano d'azione.
- **Data completamento (data comp.):** riporta la data nella quale è stato completato il Piano d'azione e quindi la decadenza dell'osservazione. Ovviamente tale data è riportata solamente se nel corso dell'intervento di follow up viene riscontrata l'effettiva implementazione di adeguate azioni correttive alla criticità riscontrata originalmente.
- **Status (s):** riporta lo status della raccomandazione e del relativo Piano d'azione / raccomandazione. A tal fine sono state stabilite le seguenti codifiche:
 - A = la raccomandazione è stata accettata;
 - W = il piano di azione è stato implementato / l'osservazione ha perso la sua ragione d'essere;
 - R = la raccomandazione non è stata accettata ed il piano d'azione non sarà implementato.

L'intervento di follow up può avere modalità differenti a seconda della complessità dei piani di azione concordati.

Qualora le raccomandazioni da implementare siano di bassa rilevanza e/o riguardino problematiche che possono essere sanate in tempi brevi e con facilità dal soggetto auditato (es. irregolarità documentali, errori materiali, ecc.), la verifica del recepimento delle raccomandazioni può avvenire tramite l'analisi delle evidenze trasmesse all'IA. Nel caso in cui i piani di azione proposti siano complessi, la verifica del loro accoglimento si effettua con interventi di follow up che prevedono una nuova visita presso il soggetto auditato e l'analisi delle evidenze raccolte, formalizzate dagli auditor con la predisposizione di un verbale e della check list.

In quest'ultimo caso, al termine dell'intervento di follow up, viene redatto un apposito rapporto che riporta la descrizione di quanto verificato.

Successivamente alla verifica del recepimento dei piani di azione, l'Auditor aggiorna la tavola di follow up.

In particolare, si possono verificare le seguenti situazioni:

- Il piano d'azione è stato implementato correttamente. In tal caso l'Auditor indica la data di completamento, se disponibile, e le valutazioni conclusive.
- Il piano d'azione è stato parzialmente eseguito e necessita di un tempo supplementare o di una revisione dell'originario piano di azione. In tal caso l'Auditor aggiorna la tavola di follow up specificando le attività che devono ancora essere implementate o che necessitano di una modifica. Inoltre indica la nuova data prevista di completamento.
- Il piano d'azione non è stato implementato. Si possono presentare diversi casi:

- Il piano d'azione non risulta applicabile (ad esempio in seguito a un cambiamento della legislazione di riferimento o di un processo) e necessita di una modifica. In questo caso, una volta concordate le attività fra il responsabile del processo e l'IA, occorre rivedere il piano e aggiornare la tavola.
- I responsabili preposti all'implementazione risultano inadempienti. Occorre rilevare nella tavola che il piano risulta ancora aperto, indicare una nuova data di scadenza e informare il Responsabile IA.

Il Responsabile dell'IA in seguito a inadempienze da parte dei soggetti auditati all'esecuzione dei piani d'azione concordati e previsti dal follow up, ha la facoltà di comunicare formalmente tale inadempienza al soggetto auditato nel caso si reputi che tali anomalie non vengano sanate. Qualora si verificano particolari problemi da parte del responsabile del processo nel recepire i piani d'azione condivisi, è necessario segnalarlo al Direttore di ARGEA che può attivare procedure limitative previste dalla normativa e dalle eventuali convenzioni o intervenire direttamente nel caso in cui il soggetto sia interno all'Agenzia.

Al termine dell'intervento il Responsabile dell'IA coordina e verifica il corretto aggiornamento della tavola.

La tavola, gestita su formato elettronico, è mantenuta e archiviata presso l'IA ed utilizzata nella pianificazione dei futuri interventi di follow-up, oltre che alla produzione di eventuali statistiche sulle percentuali di implementazione delle osservazioni prodotte dall'IA.

L' ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

6.1 La protocollazione

6.1.1 Riferimenti normativi e approccio dell'IA

La normativa vigente, ripresa dalla procedura dell'Agenzia sulla "gestione documentale", stabilisce, il linea di principio, la protocollazione di tutta la corrispondenza in arrivo o in partenza da o per l'esterno.

In particolare l'art. 53, comma 5 del DPR 8-12-00 n. 445 stabilisce che sono oggetto di registrazione i documenti ricevuti e spediti dall'amministrazione e tutti i documenti informatici. Tuttavia, lo stesso articolo stabilisce che sono esclusi dall'obbligo di protocollazione, tra le altre cose, i materiali statistici, gli atti preparatori interni e tutti i documenti già soggetti a registrazione particolare dell'amministrazione.

Nello specifico dell'attività dell'IA di ARGEA sono state individuate alcune comunicazioni in entrata o in uscita (ad esempio rapporti ufficiali, lettere di pianificazione, etc.), aventi forma ufficiale, che debbono essere necessariamente protocollate, mentre altre comunicazioni in entrata o in uscita (ad esempio bozze di rapporti, richieste di documentazione, documenti vari, etc.) vengono protocollate solamente se, a giudizio dell'auditor, debbono assumere una valenza ufficiale.

L'archiviazione fisica della documentazione protocollata avverrà presso gli uffici dell'IA.

I documenti informatici sono archiviati in cartelle elettroniche accessibili esclusivamente al personale dell'IA e al Direttore dell'Agenzia.

6.1.2 I documenti dell'IA che debbono necessariamente essere protocollati

La documentazione in uscita / interna che deve essere necessariamente protocollata è la seguente:

- Piano di Audit annuale, quando approvato dal Direttore dell'Agenzia;
- lettere di pianificazione definitive, quando inviate ai relativi destinatari, e relativi allegati;
- rapporti degli interventi di audit, quando considerati definitivi e non successivamente modificabili;
- relazione annuale sull'attività dell'IA , dopo essere stata presentata al Direttore dell'Agenzia.

La documentazione in entrata che deve essere necessariamente protocollata è la seguente:

- controdeduzioni del management alle osservazioni emerse nel corso degli interventi, quando sono considerati definitivi e saranno inclusi nel rapporto di audit;

- documenti che comportano integrazioni o variazioni a documenti già protocollati.

6.1.3 I documenti dell'IA che debbono eventualmente essere protocollati

Il Responsabile dell'IA 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 debbono essere sottoposti a tale valutazione citiamo, ad esempio, la documentazione ricevuta dalle unità auditate, comunicazioni attraverso la posta elettronica da o per le unità auditate, rapporti di audit in bozza, etc.

ATTIVITA' DI AUDIT A CARICO DEI SISTEMI INFORMATIVI

7.1 Definizione degli obiettivi

Analogamente ai processi di gestione delle diverse linee di finanziamento, ai processi operativi delle funzioni di autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione, al sistema complessivo dei controlli interni, sono oggetto di audit anche i Sistemi Informativi di ARGEA.

Si tratta peraltro di una delle aree più importanti e significative per l'audit, essendo i SI essenziali per lo svolgimento delle attività di ARGEA e tali da garantire livelli di affidabilità e di sicurezza elevati.

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

- individuare le aree di maggior esposizione ai rischi nelle attività di gestione dell'infrastruttura informatica a supporto dell'attività operativa e 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 nel fornire il conforto atteso circa l'efficacia dei controlli, che sono fortemente automatizzati;
- supportare l'audit operativo nell'elaborazione ed analisi dei dati attraverso strumenti informatici.

In questo ambito, le attività di audit riguardano:

- i flussi procedurali supportati dai SI e i controlli svolti dai SI;
- la riservatezza, integrità e disponibilità delle informazioni presenti e che i SI gestiscono;
- la sicurezza complessiva dei SI (a livello sia applicativo, sia dell'infrastruttura tecnologica sottostante – database, sistemi operativi, reti).

7.2 Analisi del processo “Gestione delle informazioni e della relativa tecnologia”

Al fine di cogliere il primo degli obiettivi riportati nel precedente paragrafo, la metodologia adottata dall'IA propone un'analisi del processo principale “Gestione delle informazioni e della relativa tecnologia”, in cui sono sintetizzate tutte le attività di gestione degli aspetti informatici dell'Agenzia.

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

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

LA RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA DI INTERNAL AUDIT

8.1 La relazione annuale sulle attività dell'IA

Al termine di ogni annualità il Responsabile dell'IA produce un rapporto sull'attività svolta, destinato alla Direzione 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 successivo.

La relazione annuale viene presentata dal Responsabile IA al Direttore di ARGEA entro il 15 febbraio di ogni anno e fa riferimento all'anno solare.

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

- **Copertura del piano di audit**, all'interno del quale è riepilogato quanto effettivamente svolto nel corso del periodo, in comparazione con quanto era stato previsto; in particolare viene riportato l'impegno di risorse effettivo per ciascun intervento, vengono giustificate tutte le variazioni intervenute rispetto alla programmazione iniziale. All'interno di questo capitolo si fornisce inoltre una overview delle altre attività svolte dall'IA e non indirizzate alla realizzazione di interventi di audit (ad esempio attività di formazione, progetti speciali, etc.).
- **Sintesi delle principali osservazioni**, all'interno del quale viene fornita una sintesi delle principali osservazioni rilevate nel corso degli interventi svolti.
- **Sintesi delle attività di follow up**, all'interno del quale viene data 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.
- **Valutazione sintetica del sistema di gestione e controllo di ARGEA**, sulla base dei test condotti direttamente e delle risultanze dei controlli che gli uffici interni hanno effettuato; i risultati complessivi vengono utilizzati ai fini della dichiarazione di gestione redatta dal Direttore.
- **Sintesi delle altre attività extra piano**, cioè quelle di eventuali audit / interventi consulenziali non programmati; vengono inoltre riassunte le attività non relative al controllo svolte, quali progetti speciali a supporto della Direzione, ecc.
- **Analisi e valutazione dell'attività di audit**, consistente in una disamina dell'operato e delle eventuali difficoltà emerse, delle possibilità di intervento per incrementare qualità ed efficacia dell'azione di audit, sia a livello di organizzazione interna dell'ufficio sia di sviluppo delle professionalità e delle competenze degli Auditor.

ALLEGATO 1. PRINCIPI DEONTOLOGICI DI RIFERIMENTO PER IL PERSONALE DELL'IA.

Chiave per la credibilità e 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 nuova definizione di internal auditing recita:

“L’Internal Auditing è una 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”.

In particolare, l'internal auditor è tenuto ad applicare e sostenere i seguenti principi etici e regole di condotta definiti dall’Institute of Internal Auditors:

1. 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 venire 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.
2. 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 legittimi.
- 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.