



agenzia regionale per i pagamenti  
in agricoltura della Campania



**Il Commissario Straordinario**

Determinazione n. 1 del 03/06/2024

**OGGETTO: determina di aggiornamento del “Manuale di Internal Audit”, già approvato e adottato con la determina n. 3 del 04/11/2022, successivamente aggiornato con le determine n. 15 del 21/12/2022, n. 2 del 02/05/2023 e n. 8 del 20/12/2023 dal Commissario Straordinario di AGEAC.**

Il Commissario Straordinario

**DETERMINA DI AGGIORNARE**

il Manuale di Internal Audit.

**PREMESSO CHE:**

- a) ai sensi dell'articolo 9, paragrafo 1, comma 1, del regolamento (UE) n. 2116/2021 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021, gli organismi pagatori sono servizi od organismi degli Stati membri e, ove applicabile, delle loro regioni, incaricati di gestire e controllare le spese del Fondo Europeo Agricolo di Garanzia (FEAGA) e del Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR);
- b) il decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 74, recante *“Riorganizzazione dell’Agenzia per le erogazioni in agricoltura – AGEA e per il riordino dei controlli nel settore agroalimentare, in attuazione dell’articolo 15, della legge 28 luglio 2016, n. 154”*, detta disposizioni in materia di organismi pagatori in agricoltura;
- c) in particolare, l'articolo 5 del suddetto decreto legislativo disciplina gli organismi pagatori regionali, prevedendo, oltre al riconoscimento di quelli esistenti alla data di entrata in vigore del decreto, la possibilità di riconoscere organismi pagatori nelle regioni che ne sono sprovviste, conformemente alla disciplina europea di riferimento, con le modalità e le procedure stabilite con decreto del Ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali;
- d) con legge regionale 21 maggio 2021, n. 3 è stata istituita l’Agenzia regionale per i pagamenti in Agricoltura della Campania (AGEAC), quale ente strumentale, dotato di autonomia regolamentare amministrativa, organizzativa, contabile e patrimoniale;
- e) con deliberazione di Giunta Regionale 28 settembre 2021, n. 413, è stato approvato lo Statuto di AGEAC, che all'art. 4 comma 1 prevede che il Direttore dell’Agenzia sia nominato in seguito a



agenzia regionale per i pagamenti  
in agricoltura della Campania



chiamata pubblica, con Decreto del Presidente e previa deliberazione della Giunta Regionale;

- f) con Deliberazione della Giunta Regionale n. 446 del 12 ottobre 2021, ai sensi dell'art. 2 della Legge regionale n. 3 del 21 maggio 2021, è stata demandata al Presidente della Giunta Regionale la nomina di un Commissario Straordinario per l'Organismo Pagatore Regionale AGEAC, al fine di assicurare gli adempimenti necessari alla operatività di AGEAC nelle more della nomina del Direttore dell'Agenzia;
- g) con DPGR n. 151 del 18 novembre 2021, il Presidente della Giunta Regionale ha nominato quale Commissario Straordinario dell'Organismo Pagatore AGEAC il Dott. Mario Di Stefano, funzionario della Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, al fine dell'espletamento degli adempimenti connessi al riconoscimento dell'Agenzia, ai sensi dell'art. 2 della Legge regionale n. 3 del 21 maggio 2021;
- h) con DPGR n. 79 del 15 giugno 2022, il Presidente della Giunta Regionale ha confermato il Dott. Mario Di Stefano nell'incarico di Commissario Straordinario dell'Organismo Pagatore AGEAC;
- i) con DPGR n. 153 del 7 dicembre 2022, il Presidente della Giunta Regionale ha confermato il Dott. Mario Di Stefano nell'incarico di Commissario Straordinario dell'Organismo Pagatore AGEAC;
- j) con DPGR n. 73 del 19 luglio 2023, il Presidente della Giunta Regionale ha confermato il Dott. Mario Di Stefano nell'incarico di Commissario Straordinario dell'Organismo Pagatore AGEAC;
- k) con DPGR n. 12 del 13 febbraio 2024, il Presidente della Giunta Regionale ha confermato il Dott. Mario Di Stefano nell'incarico di Commissario Straordinario dell'Organismo Pagatore AGEAC;
- l) la Giunta regionale, con il regolamento regionale del 12/10/2022 n. 10, ha deliberato il *"Regolamento regionale di organizzazione e funzionamento in materia di risorse umane, strumentali e finanziarie, di ordinamento contabile e di procedure di pagamento dell'Agenzia regionale per i pagamenti in Agricoltura della Campania (AGEAC)"*;
- m) con la determina n. 03 del 04/11/2022, il Commissario Straordinario dell'AGEAC ha approvato la Documentazione necessaria da allegare all'istanza di richiesta di riconoscimento come Organismo Pagatore Regionale, riferimento decreto del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF) n. 6574 del 20/11/2017, nello specifico art.3, recante Riconoscimento degli organismi pagatori" lettere "d", "e", "f", "g", "i", "m", "n";
- n) con la determina n. 15 del 21/12/2022, il Commissario Straordinario dell'AGEAC ha approvato la documentazione aggiornata necessaria da allegare all'istanza di richiesta di riconoscimento come organismo pagatore regionale, riferimento decreto del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF) n. 6574 del 20/11/2017, nello specifico art.3, recante Riconoscimento degli organismi pagatori" lettere "d", "e", "f", "g", "i", "m", "n";



agenzia regionale per i pagamenti  
in agricoltura della Campania



- o) con la determina n. 2 del 02/05/2023, il Commissario Straordinario dell'AGEAC ha approvato la documentazione aggiornata necessaria da allegare all'istanza di richiesta di riconoscimento come organismo pagatore regionale, riferimento decreto del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF) n. 6574 del 20/11/2017, nello specifico art.3, recante "Riconoscimento degli organismi pagatori" lettere "d", "e", "f", "g", "i", "m", "n";
- p) in data 29/12/2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.303 il Decreto MiPAAF del 07/11/2022 recante "*Disposizioni attuative del regolamento (UE) 2022/128 della Commissione del 21 dicembre 2021, relativamente al riconoscimento degli organismi pagatori e all'attività di supervisione dell'autorità competente*", che abroga il Decreto del MiPAAF n. 6574 del 20 novembre 2017;
- q) la Legge regionale n. 18 del 29/12/2022;

#### **CONSIDERATO CHE**

il Decreto MiPAAF del 07/11/2022, tale Decreto abroga il Decreto del MiPAAF n. 6574 del 20 novembre 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 303 in data 29/12/2022, recante "*Disposizioni attuative del regolamento (UE) 2022/128 della Commissione del 21 dicembre 2021, relativamente al riconoscimento degli organismi pagatori e all'attività di supervisione dell'autorità competente*", dove all'interno dell'art.3 viene specificata la documentazione da allegare all'istanza di richiesta di riconoscimento come organismo pagatore regionale;

#### **RITENUTO**

pertanto, di dover aggiornare, in qualità di Commissario Straordinario di AGEAC, la documentazione di seguito riportata all'interno del decreto del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali (MiPAAF) del 07/11/2022, con il riferimento puntuale alla lettera dall'art. 3, recante "Riconoscimento degli Organismi Pagatori" del DM di cui sopra:

- lettera "d" – "Manuale di Internal Audit".

#### **VISTI**

- a) il regolamento (UE) n. 2116 /2021 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 sul finanziamento, sulla gestione e sul monitoraggio della Politica Agricola Comune e che abroga il regolamento (UE) n. 1306/2013;
- b) il regolamento (UE) n. 127/2022 della Commissione del 7 dicembre 2021, che integra il regolamento (UE) n. 2116/2021 del Parlamento europeo e del Consiglio con norme concernenti gli organismi pagatori e altri organismi, la gestione finanziaria, la liquidazione dei conti, le cauzioni e l'uso dell'euro;



agenzia regionale per i pagamenti  
in agricoltura della Campania



- c) il regolamento di esecuzione (UE) n. 128/2021 della Commissione del 21 dicembre 2021, recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 2116/2021 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;
- d) i succitati documenti necessari a ottemperare l'art. 3 del suddetto Decreto MiPAAF del 07/11/2022, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 303 in data 29/12/2022, recante "Disposizioni attuative del regolamento (UE) 2022/128 della Commissione del 21 dicembre 2021, relativamente al riconoscimento degli organismi pagatori e all'attività di supervisione dell'autorità competente".

**RAVVISATA** la necessità di procedere;

#### **DETERMINA**

per le motivazioni addotte in premessa, che formano parte integrante alla presente determinazione:

- 1) di **AGGIORNARE** il sottoelencato allegato costituente parte integrante e sostanziale del presente atto, adottato già con determinate n. 3 del 04/11/2022, n. 15 del 21/12/2022, n. 2 del 02/05/2023 e n. 8 del 20/12/2023:
  - "Manuale di Internal Audit";
- 2) di **DISPORRE** la pubblicazione della presente determina e del documento allegato di cui sopra, sulla pagina web <http://agricoltura.regione.campania.it/AGEAC/ageac.html>.

Il Commissario Straordinario  
Dott. Mario Di Stefano



**Agenzia Regionale per i Pagamenti in Agricoltura della Campania**  
**AGEAC**



## Manuale di Internal Audit



Assessorato Agricoltura

Adottato con determinazione del Commissario Straordinario n. 3 del 04/11/2022  
Aggiornato con determinazione del Commissario Straordinario n. 15 del 21/12/2022  
Aggiornato con determinazione del Commissario Straordinario n. 8 del 20/12/2023  
Aggiornato con determinazione del Commissario Straordinario n. 1 del 03/06/2024

## Indice

QUADRO NORMATIVO .....	5
Normativa comunitaria.....	5
Normativa nazionale .....	6
Normativa regionale.....	8
GLOSSARIO E DEFINIZIONI.....	9
1. PREMESSA.....	10
2. DESTINATARI DEL MANUALE.....	10
3. OBIETTIVI, AMBITO DI INTERVENTO E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO.....	11
3.1 <i>Struttura organizzativa dell'IA</i> .....	11
3.2 <i>Protocolli di comunicazione</i> .....	12
3.3 <i>I principi etici di riferimento per il personale dell'IA</i> .....	12
3.4 <i>Responsabilità del Direttore di AGEAC e dei componenti dell'IA</i> .....	12
4. PIANO PLURIENNALE E ANNUALE DI AUDIT .....	15
4.1 <i>Piano pluriennale di audit</i> .....	15
4.2 <i>Piano annuale di audit</i> .....	15
4.3 <i>Attività di Risk Assessment e modalità di valutazione dei rischi e dei controlli</i> .....	16
4.3.1 <i>L'individuazione e la valutazione dei rischi e la valutazione dei controlli</i> .....	17
4.3.2 <i>La valutazione del rischio complessivo a livello di processo</i> .....	20
4.4 <i>Le tipologie di intervento e le linee guida per la loro pianificazione</i> .....	20
5. L'INTERVENTO DI AUDIT .....	21
5.1 <i>La pianificazione del singolo intervento</i> .....	21
5.1.1 <i>Pianificare l'acquisizione della documentazione necessaria e le attività da svolgersi nel corso dell'intervento</i> .....	21
5.1.2 <i>Definizione dell'approccio metodologico e pianificazione interna del lavoro</i> .....	21
5.1.3 <i>Predisposizione del Programma di lavoro</i> .....	22
5.1.4 <i>Distribuzione / Comunicazione del Programma di lavoro dell'Intervento</i> .....	22
5.2 <i>Il campionamento</i> .....	23
5.2.1 <i>Tipi di campionamento</i> .....	23
5.2.2 <i>La selezione sulla base del giudizio professionale</i> .....	24
5.2.3 <i>La scelta del metodo di campionamento</i> .....	25

5.3 L'esecuzione dell'intervento .....	26
5.3.1 Svolgimento dell'incontro iniziale.....	26
5.3.2 L'analisi dei processi.....	26
5.3.3 Lo svolgimento dei test sui controlli.....	27
5.3.4 Predisposizione delle carte di lavoro .....	29
5.3.5 La gestione delle evidenze .....	30
5.4 Il Rapporto dell'Intervento.....	30
5.5 Supervisione degli interventi.....	31
6. ATTIVITÀ DI CONSULENZA .....	32
7. L'INTERVENTO DI FOLLOW UP.....	32
8. L' ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT .....	34
8.1 La protocollazione.....	34
8.1.1 Riferimenti normativi e approccio dell'IA.....	34
8.1.2 I documenti dell'IA che debbono necessariamente essere protocollati .....	34
8.1.3 I documenti dell'IA che debbono eventualmente essere protocollati .....	35
9. ATTIVITA' DI AUDIT A CARICO DEI SISTEMI INFORMATIVI .....	35
9.1 Definizione degli obiettivi .....	35
9.2 Analisi del processo "Gestione delle informazioni e della relativa tecnologia".....	35
10. LA RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA' DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA DI INTERNAL AUDIT .....	36
10.1 La relazione annuale sulle attività dell'IA.....	36
ALLEGATO 1. PRINCIPI DEONTOLOGICI DI RIFERIMENTO PER IL PERSONALE DELL'IA.....	37
ALLEGATO 2. PROGRAMMA DI LAVORO .....	39
ALLEGATO 3. VERBALE DI CAMPIONAMENTO .....	41
ALLEGATO 4. CHECK-LIST .....	42
ALLEGATO 5. VERBALE DI AUDIT .....	45
ALLEGATO 6. RAPPORTO PROVVISORIO/DEFINITIVO .....	47



## QUADRO NORMATIVO

Le norme, i regolamenti e i riferimenti contrattuali che costituiscono la principale base giuridica di riferimento sono di seguito rappresentati.

### Normativa comunitaria

- Regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 recante norme sul sostegno ai piani strategici che gli Stati membri devono redigere nell'ambito della politica agricola comune (piani strategici della PAC) e finanziati dal Fondo europeo agricolo di garanzia (FEAGA) e dal Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) e che abroga i regolamenti (UE) n. 1305/2013 e (UE) n. 1307/2013;
- Regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 sul finanziamento, sulla gestione e sul monitoraggio della politica agricola comune e che abroga il regolamento (UE) n. 1306/2013;
- Regolamento (UE) 2021/2117 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 che modifica i regolamenti (UE) n. 1308/2013 recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli, (UE) n. 1151/2012 sui regimi di qualità dei prodotti agricoli e alimentari, (UE) n. 251/2014 concernente la definizione, la designazione, la presentazione, l'etichettatura e la protezione delle indicazioni geografiche dei prodotti vitivinicoli aromatizzati e (UE) n. 228/2013 recante misure specifiche nel settore dell'agricoltura a favore delle regioni ultraperiferiche dell'Unione;
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio 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);
- Regolamento di esecuzione (UE) 2022/1173 del 31 maggio 2022 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo nella politica agricola comune;
- Regolamento delegato (UE) 2022/1172 della Commissione del 4 maggio 2022 che integra il regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo della politica agricola comune e l'applicazione e il calcolo delle sanzioni amministrative per la condizionalità;
- Regolamento delegato (UE) 2022/126 della Commissione del 7 dicembre 2021 che integra il regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio con requisiti aggiuntivi per taluni tipi di intervento specificati dagli Stati membri nei rispettivi piani strategici della PAC per il periodo dal 2023 al 2027 a norma di tale regolamento, nonché per le norme relative alla percentuale per la norma 1 in materia di buone condizioni agronomiche e ambientali (BCAA);
- Regolamento di esecuzione (UE) 2022/128 della Commissione del 21 dicembre 2021 recante

modalità di applicazione del regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda gli organismi pagatori e altri organismi, la gestione finanziaria, la liquidazione dei conti, i controlli, le cauzioni e la trasparenza;

- Regolamento delegato (UE) 2022/127 della Commissione del 7 dicembre 2021 che integra il regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio con norme concernenti gli organismi pagatori e altri organismi, la gestione finanziaria, la liquidazione dei conti, le cauzioni e l'uso dell'euro;
- Regolamento di esecuzione (UE) 2023/2773 della Commissione del 13 dicembre 2023 che rettifica il regolamento di esecuzione (UE) 2022/128 per quanto riguarda talune disposizioni relative al FEAGA e al FEASR sui metodi di audit, sul controllo delle operazioni e sulla dichiarazione di gestione;
- Regolamento di esecuzione (UE) 2024/587 della Commissione del 12 febbraio 2024 che deroga al regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'applicazione della norma relativa alle buone condizioni agronomiche e ambientali dei terreni (norma BCAA) 8, le date di ammissibilità delle spese per il contributo del FEAGA e le norme relative alle modifiche dei piani strategici della PAC per quanto riguarda le modifiche di determinati regimi ecologici per l'anno di domanda 2024.

#### Normativa nazionale

- Decreto Ministeriale n. 410739 del 4 agosto 2023 “Disposizioni nazionali di applicazione del regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 per quanto concerne i controlli SIGC”;
- Decreto Ministeriale n. 410727 del 4 agosto 2023 “Disposizioni nazionali di applicazione del regolamento (UE) 2021/2116 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021 per quanto concerne i controlli NON SIGC”;
- Decreto del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali n. 278180 del 07 novembre 2022 contenente “Disposizioni attuative del regolamento (UE) 2022/128 della Commissione del 21 dicembre 2021, relativamente al riconoscimento degli organismi pagatori e all'attività di supervisione dell'autorità competente;
- Decreto Legge n. 5 del 9 febbraio 2012 “Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo”, convertito con modificazioni dalla L. 4 aprile 2012, n. 35 che, all'art. 25, dispone che i dati relativi alla azienda agricola contenuti nel fascicolo aziendale elettronico fanno fede nei confronti delle pubbliche amministrazioni per i rapporti che il titolare della azienda instaura ed intrattiene con esse anche per il tramite dei centri autorizzati di assistenza agricola;
- Decreto Ministeriale n. 83709 del 21 febbraio 2024 “Definizione dei requisiti di garanzia e di funzionamento che i Centri autorizzati di assistenza agricola devono possedere per l'esercizio delle loro attività”;
- Decreto Legislativo n. 159 del 6 settembre 2011 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136, e successive modifiche e integrazioni”;

- Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (G.U. n. 174 del 29 luglio 2003) “Codice in materia di protezione dei dati personali- che ha modificato la legge 31 dicembre 1996, n. 676, “Delega al Governo in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” (G.U. n. 5 dell'8 gennaio 1997);
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28/12/2000, testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 503 dell'1 dicembre 1999 “Regolamento recante norme per l'istituzione della Carta dell'agricoltore e del pescatore e dell'anagrafe delle aziende agricole, in attuazione dell'articolo 14, comma 3, del decreto legislativo 30 aprile 1998, n. 173” e sue successive modifiche e integrazioni, che definisce i contenuti informativi dell'anagrafe delle aziende agricole, istituisce il Fascicolo aziendale finalizzato all'aggiornamento, per ciascuna azienda, delle informazioni dell'anagrafe e stabilisce i soggetti autorizzati all'accesso alle informazioni ed ai servizi dell'anagrafe;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 16 ottobre 2023 recante “Regolamento recante la riorganizzazione del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste a norma dell'art. 1, comma 2, del decreto-legge 22 aprile 2023, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2023, n. 74”;
- Decreto Legislativo n. 74 del 21 maggio 2018 “Riorganizzazione dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura - AGEA e per il riordino del sistema dei controlli nel settore agroalimentare, in attuazione dell'articolo 15, della legge 28 luglio 2016, n. 154”;
- Decreto Ministeriale n. 0096279 del 27/02/2024 “Deroga al primo requisito della norma BCAA8 della condizionalità di cui al Piano strategico della PAC 2023-2027 per l'anno di domanda 2024, in attuazione del Regolamento di esecuzione (UE) 2024/587 della Commissione”;
- Legge n. 190 del 6 novembre 2012 (G.U. n. 265 del 13 novembre 2012) “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione”;
- Legge n. 150 del 7 giugno 2000 “Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge n. 241 del 7 agosto 1990 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo ed il diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- Circolare AGEA n. 29528.2024 del 12 aprile 2024 “Disciplina attuativa del DM n. 83709 del 21 febbraio 2024 concernente nuove disposizioni generali e nuova regolamentazione delle attività dei Centri di Assistenza Agricola (CAA)”.

## Normativa regionale

- Legge Regionale n. 3 del 21 maggio 2021 “Istituzione dell’Agenzia regionale per i pagamenti in agricoltura della Campania (AGEAC)”;
- Convenzione tra l’Organismo Pagatore AGEAC (Agenzia Regionale per i pagamenti in agricoltura della Campania) e la Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali della Regione Campania sottoscritta in data 16/12/2022.
- DRD n. 33 del 31 gennaio 2023 – approvazione del documento “Complemento regionale di Sviluppo Rurale (CSR) Regione Campania 2023 -2027”.
- Determina n. 3 del 4 maggio 2023 “Determina di aggiornamento della documentazione approvata con determina n. 09 del 09/11/2022 e determina n. 15 del 21/12/2022 del Commissario Straordinario dell’AGEAC”;
- Determina n. 8 del 20 dicembre 2023 “Determina di aggiornamento della documentazione approvata e adottata con la determina n. 03 del 04/11/2022 e la determina n. 15 del 21/12/2022 e aggiornata con la determina n.2 del 02/05/2023 dal Commissario Straordinario di AGEAC”.

## GLOSSARIO E DEFINIZIONI

- **AGEAC:** Agenzia Regionale per i pagamenti in Agricoltura della Campania
- **Auditor (o Internal Auditor):** funzionari operanti nell'Unità Organizzativa di Internal Audit e incaricati dello svolgimento degli interventi di audit
- **CAA:** Centri Autorizzati di Assistenza Agricola
- **CCE:** Corte dei Conti Europea
- **CE:** Commissione Europea
- **IA:** Servizio di Internal Audit di AGEAC
- **IIA:** Institute of Internal Auditors
- **MASAF (già MIPAAF):** Ministero dell'Agricoltura, della Sovranità Alimentare e delle Foreste
- **OD:** Organismo Delegato
- **SI:** Sistemi Informativi
- **SIAN:** Sistema Informativo Agricolo Nazionale
- **UE:** Unione Europea
- **UO:** Unità Organizzative
- **UOIA:** Unità Organizzativa di Internal Audit del Servizio Internal Audit di AGEAC

## 1. PREMESSA

La costituzione del Servizio di Internal Audit nell'ambito dell'organismo pagatore è prevista dall'allegato I al Reg. (UE) n. 2022/127. 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.

## 2. DESTINATARI DEL MANUALE

Il presente manuale descrive ruoli, responsabilità e modalità operative per lo svolgimento dell'attività di internal audit dell'Agenzia Regionale per i pagamenti in Agricoltura della Campania.

Oltre agli Auditor, i destinatari del manuale sono i Servizi e le Unità Organizzative di AGEAC 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 AGEAC e pubblicato sul sito internet dell'Agenzia.

### 3. OBIETTIVI, AMBITO DI INTERVENTO E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il Servizio di Internal Audit di AGEAC 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 AGEAC 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 AGEAC;
- i beneficiari.

I risultati dell'attività svolta dall'IA supportano la "Dichiarazione di gestione" del Direttore di AGEAC (Regolamento (UE) n. 2021/2116).

#### 3.1 *Struttura organizzativa dell'IA*

L'IA dipende direttamente dal Direttore di AGEAC, 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 AGEAC, dei CAA, dei beneficiari, ecc.;
- a tutti i dati contenuti nelle banche dati utilizzate da AGEAC
- alle registrazioni contabili (cartacee e informatiche) gestite da AGEAC 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.

### *3.2 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 sottoposti ad audit*

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

### *3.3 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".

### *3.4 Responsabilità del Direttore di AGEAC 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 AGEAC, 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 sottoposti ad audit 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;

- predisporre e proporre 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)
- proporre il programma e supportare l'attività di formazione e aggiornamento continuo degli auditor;
- proporre 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;
- assistere 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.

#### 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.

#### 4. PIANO PLURIENNALE 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 pluriennale e del piano annuale di audit.

##### 4.1 Piano pluriennale di audit

Il piano pluriennale 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) 2022/127.

Nell'ambito della redazione del piano, dapprima, sono individuati tutti i processi strategici di AGEAC. 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 SISTEMA INFORMATIVI E MONITORAGGIO).

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

Il piano pluriennale di audit è approvato dal Direttore di AGEAC su proposta del Responsabile IA.

##### 4.2 Piano annuale di audit

Il piano pluriennale 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 pluriennale di audit;
- dare risposte adeguate alle aspettative del management e del Direttore, in termini di mitigazione dei rischi segnalati;
- supportare il Direttore di AGEAC nella predisposizione della “Dichiarazione di Gestione” (prevista dal Reg. (UE) 2021/2116);
- allocare opportunamente le risorse sugli interventi, in modo che possano concorrere al meglio al raggiungimento degli obiettivi di AGEAC;
- tenere in considerazione eventuali altre esigenze del management per l'effettuazione di attività particolari;
- 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 AGEAC 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 AGEAC.

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 AGEAC per l'approvazione entro il 31 marzo di ogni anno.

#### *4.3 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.

#### 4.3.1 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.

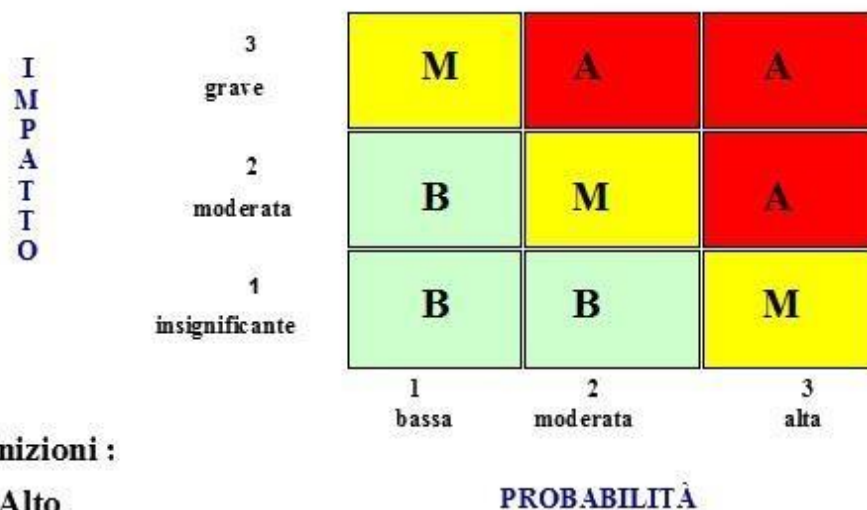
La valutazione dell'impatto del rischio consente di definire il livello in cui il manifestarsi del rischio influenzerebbe il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi dell'ente. In particolare, l'impatto può essere classificato come:

- 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 organismi delegati 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"



**Definizioni :**

**A = Alto**

**M = Medio**

**B = Basso**

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 siano effettivamente realizzate.
Valutazione delle transazioni	Il controllo in essere garantisce che le transazioni siano 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.

#### *4.3.2 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.

#### *4.4 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 dell'Agricoltura, della Sovranità Alimentare e delle Foreste
- **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 AGEAC.



## 5. L'INTERVENTO DI AUDIT

### 5.1 *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.

#### 5.1.1 *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.

#### 5.1.2 *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.

### 5.1.3 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.

Si propone un format di Programma di Lavoro nella sezione Allegati del presente documento (*cf.* Allegato 2).

### 5.1.4 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, in forma scritta e tracciabile (PEC), 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 organismo delegato).

## 5.2 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. È 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.

Il modello del verbale di campionamento è allegato al presente documento nella sezione Allegati (*cf.* Allegato 3).

### 5.2.1 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.

### 5.2.2 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 appropriato 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 un'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 ammontare 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.

### *5.2.3 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.

### 5.3 *L'esecuzione dell'intervento*

#### 5.3.1 *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.

#### 5.3.2 *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 "walkthrough 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.

### *5.3.3 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 dei 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.

#### 5.3.4 Predisposizione delle carte di lavoro

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

La struttura e i contenuti delle checklist sono adeguati in base all'oggetto specifico dell'audit ed a seconda dell'analisi dei processi precedentemente effettuata.

Per gli audit comprendenti sopralluoghi, o effettuati presso organismi delegati o CAA, è prevista la compilazione di un verbale contenente gli elementi minimi dell'audit, che deve essere datato e firmato da tutti i partecipanti e rilasciato in copia al soggetto auditato.

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.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, è allegato al presente documento un esempio di checklist dell'intervento di audit sui processi di autorizzazione dei pagamenti delle domande (*cf.* Allegato 4).

Infine, nella sezione Allegati del presente documento è allegato un modello del verbale di audit (*cf.* Allegato 5).

### 5.3.5 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.

### 5.4 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 dell'IA trasmette una comunicazione (PEC) ai soggetti auditati e al Direttore di AGEAC, allegando 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.

Il modello di Rapporto provvisorio/definitivo è allegato al presente documento nella sezione degli Allegati (*cf.* Allegato 6).

### *5.5 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.

## 6. 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 AGEAC 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.

## 7. 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 verificassero particolari problemi da parte del responsabile del processo nel recepire i piani d'azione condivisi, è necessario segnalarlo al Direttore di AGEAC 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.

## **8. L' ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT**

### *8.1 La protocollazione*

#### *8.1.1 Riferimenti normativi e approccio dell'IA*

La normativa vigente, ripresa dalla procedura dell'Agenzia sulla "gestione documentale", stabilisce, la 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 8-12-2000 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 AGEAC 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.

#### *8.1.2 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.

### 8.1.3 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.

## 9. ATTIVITA' DI AUDIT A CARICO DEI SISTEMI INFORMATIVI

### 9.1 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 e di monitoraggio di AGEAC.

Si tratta peraltro di una delle aree più importanti e significative per l'audit, essendo i SI e monitoraggio essenziali per lo svolgimento delle attività di AGEAC 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 monitoraggio e i controlli svolti dai SI e monitoraggio;
- la riservatezza, integrità e disponibilità delle informazioni presenti e che i SI e monitoraggio gestiscono;
- la sicurezza complessiva dei SI e monitoraggio (a livello sia applicativo, sia dell'infrastruttura tecnologica sottostante – database, sistemi operativi, reti).

### 9.2 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

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

### 10.1 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 AGEAC 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 AGEAC**, 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'I.A.

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. o 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.

## ALLEGATO 2. PROGRAMMA DI LAVORO

 Via Porzio, 4 - 80143 Napoli (NA) PEC: commissarioageac@pec.regione.campania.it	<b>U.O. Internal Audit</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

### PROGRAMMA DI LAVORO

<b>Data</b>		<b>Codice identificativo dell'intervento</b>	
-------------	--	----------------------------------------------	--

### ELEMENTI ESSENZIALI DELL'AUDIT


<b>Processo oggetto di verifica e ambito di intervento della verifica</b>	Processo (breve descrizione):  Ambito di intervento:					
<b>Obiettivo/i dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> <li>• ...</li> <li>• ...</li> </ul>					
<b>Responsabile e referenti del processo</b>	Nominativo del responsabile auditato:  Nominativo dei referenti auditati:					
<b>Tipologia di intervento</b>	Conformità/efficacia/follow up:					
<b>Metodologia che sarà seguita per lo svolgimento dell'intervento</b>	Fasi, attività e risultato dell'intervento (descrizione):					
<b>Periodo di riferimento su cui viene svolta la verifica</b>	Esercizio finanziario: 202x  Mese/trimestre:					
<b>Calendario dei lavori</b>	<b>Data Inizio lavori:</b> ___/___/___ <b>Data Fine lavori:</b> ___/___/___  Date Settimana 1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>					
	Date Settimana 2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>						

	...
<b>Criteri di selezione dei soggetti da auditare, criteri di campionamento e numerosità del campione di transazioni da verificare, ove applicabili</b>	<p>Criteri di selezione dei soggetti da auditare:</p> <p>Criteri di campionamento:</p> <p>Numero di transazioni da verificare:</p>
<b>Lista dei documenti richiesti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> <li>• ...</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>Normativa di riferimento</b>	<p>Normativa unionale:</p> <p>Normativa nazionale:</p> <p>Ulteriori disposizioni:</p>
<b>Funzionari incaricati per lo svolgimento dell'audit</b>	Nominativi funzionari:

**Pianificazione temporale dell'intervento per fasi / macro-attività**

<b>MACRO – ATTIVITA'</b>	<b>FASE</b>
<b>Macro-attività 1:</b> (descrizione attività)	<b>FASE</b> ____ (dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____)
<b>Macro-attività 2:</b> (descrizione attività)	<b>FASE</b> ____ (dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____)
...	

### ALLEGATO 3. VERBALE DI CAMPIONAMENTO


 Via Porzio, 4 - 80143 Napoli (NA) PEC: commissarioageac@pec.regione.campania.it	<b>U.O. Internal Audit</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

#### VERBALE DI CAMPIONAMENTO

<b>Data</b>		<b>Codice identificativo dell'intervento</b>	
-------------	--	----------------------------------------------	--

<b>Oggetto dell'audit</b>	
<b>Campione oggetto dell'audit</b>	
<b>Soggetti specifici da auditare</b>	Servizi interni ad OPR/OD/CAA
<b>Parametri quantitativi di estrazione del campione</b>	es. Numero delle domande gestite:  es. Importo delle domande gestite:
<b>Parametri qualitativi di estrazione del campione</b>	es. esiti dei precedenti controlli:  es. tempo trascorso dall'ultimo controllo effettuato:
<b>Metodologia utilizzata per la selezione del campione</b> (Selezionare il metodo e motivare la scelta degli item selezionati)	<p><input type="checkbox"/> <b>Metodo statistico:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Metodo basato sul giudizio professionale (metodo non statistico):</b></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> la selezione di tutti gli item:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> la selezione di specifici item:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> la selezione a campione non statistico:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Combinazione del metodo statistico e non statistico:</b></p>

## ALLEGATO 4. CHECK-LIST

 Via Porzio, 4 - 80143 Napoli (NA) PEC: commissarioageac@pec.regione.campania.it	<b>U.O. Internal Audit</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

### Check-list per l'effettuazione dei controlli sui processi Autorizzazione Pagamenti (P.S.R. XXXX 200x-20xx)

<b>Data</b>		<b>Codice identificativo dell'intervento</b>	
-------------	--	----------------------------------------------	--

<b>Periodo in cui è svolta la verifica</b>	
<b>Processo oggetto di verifica</b>	
<b>Dettaglio degli item analizzati</b>	
<b>Nominativo degli Auditor e dei soggetti auditati</b>	
<b>Numero modulo/i di Audit</b>	
<b>Tipologia di Audit</b>	Conformità/efficacia/follow up:
<b>Codice della check-list</b>	
<b>Numero della domanda (estratta a campione)</b>	
<b>Data di presentazione domanda (ricezione)</b>	
<b>Nome del beneficiario</b>	
<b>Codice Fiscale/ Partita IVA/CUUA</b>	
<b>Misura del P.S.R.</b>	
<b>Tipo di domanda</b>	<input type="checkbox"/> Iniziale <input type="checkbox"/> Conferma impegno <input type="checkbox"/> Cambio beneficiario
<b>Importo totale dell'aiuto autorizzato</b>	
<b>Quota FEASR</b>	
<b>Quota nazionale</b>	
<b>Quota provinciale</b>	

<b>Tipologia di pagamento</b>	<input type="checkbox"/> Anticipo <input type="checkbox"/> SAL <input type="checkbox"/> Saldo
<b>Esercizio finanziario</b>	
<b>Numero e data della Determinazione di liquidazione</b>	
<b>Numero e data del protocollo di trasmissione della Determinazione di liquidazione all'Unità Esecuzione Pagamenti</b>	
<b>Pratica estratta nel campione da sottoporre a controllo in loco</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>In caso affermativo è rientrato l'esito del controllo in loco?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non applicabile
<b>Descrizione dei test / verifiche eseguite e relativo esito per ciascuna fase del processo</b>	Fase:  Descrizione dei test/verifiche:  Esito dei test/verifiche: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Parzialmente positivo <input type="checkbox"/> Negativo
<b>Note</b>	Criticità riscontrate:  Documenti visionati:  Osservazioni:

**Sintesi delle anomalie/irregolarità eventualmente riscontrate:**

**Eventuale dichiarazione del responsabile struttura auditata in relazione alle anomalie/irregolarità emerse:**

**Firma auditor del Controllo Interno:**


**Data:**

**Firma del Responsabile del Controllo Interno:**

**Data:**



## ALLEGATO 5. VERBALE DI AUDIT

 Via Porzio, 4 - 80143 Napoli (NA) PEC: commissarioageac@pec.regione.campania.it	<b>U.O. Internal Audit</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

### VERBALE DI AUDIT

<b>Data</b>		<b>Codice identificativo dell'intervento</b>	
-------------	--	----------------------------------------------	--

ELEMENTI ESSENZIALI DELL'AUDIT	
<b>Periodo in cui è svolta la verifica</b>	
<b>Processo oggetto di verifica</b>	
<b>Obiettivo/i dell'audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>...</li> <li>...</li> <li>...</li> </ul>
<b>Responsabile e referenti del processo</b>	Nominativo del responsabile auditato:  Nominativi dei referenti auditati:
<b>Periodo di riferimento su cui viene svolta la verifica</b>	Esercizio finanziario: 202x  Mese/trimestre:
<b>Funzionari incaricati dell'audit</b>	Nominativi dei funzionari incaricati:

PRATICHE SOTTOPOSTE A VERIFICA

SOGGETTI PRESENTI

**OSSERVAZIONI DEGLI AUDITOR**


--

**OSSERVAZIONI DEL SOGGETTO AUDITATO**

--

<b>Funzionari incaricati dell'audit</b>	<b>Soggetto auditato</b>

## ALLEGATO 6. RAPPORTO PROVVISORIO/DEFINITIVO

 Via Porzio, 4 - 80143 Napoli (NA) PEC: commissarioageac@pec.regione.campania.it	<b>U.O. Internal Audit</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

### RAPPORTO PROVVISORIO/DEFINITIVO

<b>Data</b>		<b>Codice identificativo dell'intervento</b>	
-------------	--	----------------------------------------------	--

ELEMENTI ESSENZIALI DELL'AUDIT											
<b>Processo oggetto dell'audit</b>											
<b>Obiettivo/i dell'audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...</li> <li>• ...</li> <li>• ...</li> </ul>										
<b>Responsabile e referenti del processo</b>	Nominativo del responsabile auditato:  Nominativo dei referenti auditati:										
<b>Tipologia dell'audit</b>											
<b>Metodologia che sarà seguita per lo svolgimento dell'intervento</b>	Fasi, attività e risultato dell'intervento (descrizione):										
<b>Criteri di campionamento</b>	Metodo selezionato per il campionamento (descrizione):										
<b>Numerosità del campione (transazioni verificate)</b>											
<b>Calendario dei lavori</b>	<b>Data Inizio lavori:</b> ___/___/___ <b>Data Fine lavori:</b> ___/___/___  Date Settimana 1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> Date Settimana 2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> ...										

<b>Lista dei documenti richiesti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ...</li><li>• ...</li><li>• ...</li></ul>
<b>Normativa di riferimento</b>	Normativa unionale:  Normativa nazionale:  Ulteriori disposizioni:
<b>Funzionari incaricati dell'audit</b>	

### PRATICHE SOTTOPOSTE A VERIFICA

### ESITI FINALI