



Agenzia provinciale per i pagamenti

Controllo interno

MANUALE DEL CONTROLLO INTERNO

Versione 1.0

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| BASE GIURIDICA..... | 4 |
| Normativa comunitaria..... | 4 |
| Normativa nazionale..... | 5 |
| Normativa provinciale..... | 6 |
| 1. PRINCIPI GENERALI | 8 |
| 1.1 Funzioni e finalità..... | 8 |
| 1.2 Indipendenza della funzione..... | 9 |
| 1.3 I principi deontologici di riferimento per il personale del Controllo Interno..... | 10 |
| 1.4 Competenze professionali e formazione..... | 11 |
| 1.5 Oggetto dei controlli..... | 12 |
| 2. PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI..... | 13 |
| 2.1 Programma quinquennale ed annuale..... | 13 |
| 2.2 Raccolta delle informazioni rilevanti e valutazione dei rischi e dei controlli..... | 14 |
| 2.3 Selezione degli organismi e delle attività da sottoporre a controllo sulla base della valutazione dei rischi..... | 18 |
| 3. PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE PROGRAMMATE..... | 20 |
| 3.1 Preparazione dell'audit..... | 20 |
| 3.2 Programmazione dei tempi, del calendario e del personale responsabile del controllo..... | 21 |
| 3.3 Stesura e approvazione del piano di lavoro..... | 21 |
| 4. EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE..... | 22 |
| 4.1 Fasi procedurali..... | 22 |
| 4.2 Controlli in loco e verifica dei sistemi di gestione e controllo..... | 22 |
| Audit presso gli OD e presso le strutture interne all'APPAG..... | 22 |
| Audit presso i beneficiari dei contributi..... | 23 |
| 5. RENDICONTAZIONE DEGLI ESITI DELLE VERIFICHE..... | 24 |
| 5.1 Registrazione e discussione dei risultati..... | 24 |
| 5.2 La relazione finale di controllo..... | 24 |
| Riepilogo dell'audit..... | 25 |
| Obiettivi e portata dell'intervento di audit..... | 25 |
| Risultati e conclusioni..... | 25 |
| Raccomandazioni..... | 25 |
| 6. VERIFICHE SUCCESSIVE (Follow-up)..... | 27 |
| 7. L'ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL CONTROLLO INTERNO..... | 30 |
| ALLEGATO 1 - Tabelle per la formalizzazione del Risk Assessment..... | 33 |
| ALLEGATO 2 - Memorandum di pianificazione dell'intervento di audit..... | 36 |
| ALLEGATO 3 - Esempio di check list..... | 40 |
| ALLEGATO 4 - Esempio di verbale di controllo..... | 41 |
| ALLEGATO 5 - Relazione finale di controllo..... | 42 |
| ALLEGATO 6 - Tavola di follow-up..... | 44 |

| VERSIONE | N. DETERMINAZIONE DI APPROVAZIONE | DATA DETERMINAZIONE DI APPROVAZIONE |
|-----------------|--|--|
| 1.0 | | |

| REVISIONE N. | N. DETERMINAZIONE DI APPROVAZIONE | DATA DETERMINAZIONE DI APPROVAZIONE |
|---------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BASE GIURIDICA

Normativa comunitaria

Regolamento (CE) n. 1290/2005 del Consiglio del 21 giugno 2005 e ss.mm. e ii., relativo al finanziamento della politica agricola comune che stabilisce, tra l'altro, le modalità per il riconoscimento degli organismi pagatori;

Regolamento (CE) n. 883/2006 della Commissione del 21 giugno 2006 e ss.mm. e ii., recante modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 1290/2005 del Consiglio per quanto riguarda la tenuta dei conti degli organismi pagatori, le dichiarazioni delle spese e delle entrate e le condizioni di rimborso delle spese nell'ambito del FEAGA e del FEASR;

Regolamento (CE) n. 885/2006 della Commissione del 21 giugno 2006 e ss.mm. e ii., recante modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 1290/2005 del Consiglio per quanto riguarda il riconoscimento degli organismi pagatori che precisa i criteri per il riconoscimento da parte dello Stato Membro;

Regolamento (CE) n. 2040/2000 del Consiglio del 26 settembre 2000 e ss.mm. riguardante la disciplina di bilancio;

Regolamento (CE) n. 1698/2005 del Consiglio del 20 settembre 2005 e ss.mm. e ii., sul sostegno allo sviluppo rurale da parte del Fondo Europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR);

Regolamento (CE) n. 1974/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 e ss.mm. e ii., recante disposizioni di applicazione del Regolamento (CE) n. 1698/2005 del Consiglio sul sostegno allo sviluppo rurale da parte del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale;

Regolamento (CE) n. 1975/2006 della Commissione del 7 dicembre 2006 e ss.mm. e ii., che stabilisce modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 1698/2005 del Consiglio per quanto riguarda l'attuazione delle procedure di controllo e della condizionalità per le misure di sostegno dello sviluppo rurale;

Regolamento (CE) n. 1320/2006 della Commissione del 5 settembre 2006 recante disposizioni per la transizione al regime di sostegno allo sviluppo rurale istituito dal Regolamento (CE) n. 1698/2005 del Consiglio;

Reg. CE/Euratom n. 2988/95 del 18 dicembre 1995 "Regolamento del Consiglio relativo alla tutela degli interessi finanziari della Comunità";

Regolamento (CE) n. 1848/2006 della Commissione del 14 dicembre 2006 e ss.mm. e ii., relativo alle irregolarità e al recupero delle somme indebitamente pagate nell'ambito del finanziamento della politica agricola comune nonché all'instaurazione di un sistema d'informazione in questo settore e che abroga il Regolamento (CE) n. 595/1991;

Regolamento (CEE) n. 352/1978 del Consiglio, del 20 febbraio 1978, relativo all'assegnazione delle cauzioni, fidejussioni o garanzie costituite nell'ambito della politica agricola comune e in seguito incamerate;

Regolamento (CEE) n. 2220 del 22 luglio 1985 “Regolamento della Commissione recante fissazione delle modalità comuni di applicazione del regime delle cauzioni per i prodotti agricoli”;

Regolamento (CE) n. 1042/2007 della Commissione del 21 agosto 2007, che definisce la forma ed il contenuto delle informazioni contabili che devono essere trasmesse alla Commissione ai fini della liquidazione dei conti del FEAGA e del FEASR nonché ai fini di sorveglianza e previsione;

Regolamento (CE) n. 1782/2003 del Consiglio del 29 settembre 2003 e ss.mm. e ii., che stabilisce norme comuni relative ai regimi di sostegno diretto nell'ambito della politica agricola comune e istituisce taluni regimi di sostegno a favore degli agricoltori e che modifica i regolamenti (CEE) n. 2019/1993, (CE) n. 1452/2001, (CE) n. 1453/2001, (CE) n. 1454/2001, (CE) n. 1868/1994, (CE) n. 1251/1999, (CE) n. 1254/1999, (CE) n. 1673/2000, (CEE) n. 2358/1971 e (CE) n. 2529/2001;

Regolamento (CE) n. 795/2004 della Commissione del 21 aprile 2004 e ss.mm. e ii., recante modalità di applicazione del regime di pagamento unico di cui al regolamento (CE) n. 1782/2003 del Consiglio che stabilisce norme comuni relative ai regimi di sostegno diretto nell'ambito della politica agricola comune e istituisce taluni regimi di sostegno a favore degli agricoltori;

Regolamento (CE) n. 796/2004 della Commissione del 21 aprile 2004 e ss.mm. e ii., recante modalità di applicazione della condizionalità, della modulazione e del sistema integrato di gestione e di controllo di cui al Regolamento (CE) n. 1782/2003 del Consiglio che stabilisce norme comuni relative ai regimi di sostegno diretto nell'ambito della politica agricola comune ed istituisce taluni regimi di sostegno a favore degli agricoltori;

Linee Diretrici della Commissione Europea – Direzione Generale dell'agricoltura e dello sviluppo rurale 2007;

Decisione della Commissione C(2008) 709 del 15 febbraio 2008 recante approvazione del Programma di sviluppo rurale della Provincia Autonoma di Trento (Italia) per il periodo di programmazione 2007-2013.

Normativa nazionale

Decreto Legislativo 27 maggio 1999, n. 165 “Soppressione dell’AIMA e istituzione dell’Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA) e ss.mm. e ii., a norma dell’articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59” che prevede, tra l’altro, che “le regioni istituiscono appositi servizi ed organismi per le funzioni di organismo pagatore”;

Decreto 12 ottobre 2000 del Ministero delle Politiche Agricole e Forestali “Criteri per la determinazione del numero e delle modalità di riconoscimento degli organismi

pagatori” e ss.mm. e ii.;

Decreto 27 marzo 2007 del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali “Disposizioni attuative del Regolamento (CE) n. 885/2006 relativamente al riconoscimento degli Organismi pagatori”;

D.P.R. 1 Dicembre 1999, n. 503 – 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;

Decreto Legislativo 29 marzo 2004, n. 99 – Disposizioni in materia di soggetti ed attività, integrità aziendale e semplificazione amministrativa in agricoltura, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettere d), f), g) ed e) della Legge 7 marzo 2003, n. 38;

Legge 24 novembre 1981, n. 689 e s.m.i. concernente "Modifiche al sistema penale";

Legge 23 dicembre 1986 n. 898 e s.m.i. concernente sanzioni amministrative e penali in materia di aiuti comunitari nel settore agricolo;

D.Lgs. 18 maggio 2001, n. 228 “Orientamento e modernizzazione del settore agricolo a norma dell’art. 7 della L. 5 marzo 2001, n. 57”;

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali;

Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” s.m.i.;

Deliberazione del CIPE n. 37 del 15 giugno 2007 “Ripartizione tra regioni e province autonome degli stanziamenti del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) per l’attuazione dei piani di sviluppo rurale di cui al Regolamento (CE) n. 1698/2005 e definizione dei criteri di cofinanziamento per gli interventi del FEASR”;

Professional Practices Framework: Standard per la Pratica Professionale dell’Internal Auditing;

Linee guida del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali sull’ammissibilità delle spese relative allo sviluppo rurale e a interventi analoghi, approvato dalla Conferenza permanente Stato – Regioni – Province Autonome in data 13 febbraio 2008.

Normativa provinciale

Legge Provinciale 28 marzo 2003, n. 4 “Sostegno dell’economia agricola, disciplina dell’agricoltura biologica e della contrassegnazione di prodotti geneticamente non modificati” e ss.mm. e ii.;

Legge Provinciale 16 giugno 2006, n. 3 “Norme in materia di governo

dell'autonomia del Trentino" e ss.mm. e ii.;

Legge provinciale 30 novembre 1992, n. 23 "Principi per la democratizzazione, la semplificazione e la partecipazione all'azione amministrativa provinciale e norme in materia di procedimento amministrativo" e ss.mm. e ii.;

Legge Provinciale 14 settembre 1979, n. 7 "Norme in materia di bilancio e contabilità generale della Provincia autonoma di Trento" e ss.mm. e ii.;

Decreto del Presidente della Provincia 29 settembre 2005, n. 18-48/Leg – "Regolamento di contabilità di cui all'articolo 78 ter della Legge provinciale 14 settembre 1979, n. 7 e s.m. (Norme in materia di bilancio e di contabilità generale della Provincia autonoma di Trento)";

Decreto del Presidente della Provincia 2 luglio 2007, n. 16-96/Leg. "Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia provinciale per i pagamenti – Organismo Pagatore (APPAG)" e ss.mm. e ii.;

Deliberazione della Giunta provinciale 14 marzo 2008, n. 651 "Approvazione definitiva del "Piano di Sviluppo Rurale della Provincia Autonoma di Trento per il periodo 2007-2013".

1. PRINCIPI GENERALI

1.1 Funzioni e finalità

La costituzione del Controllo Interno nell'ambito dell'Organismo Pagatore (di seguito OP) è prevista dal Regolamento (CE) n. 885/2006 ed in particolare dall'allegato I "Criteri per il riconoscimento" con l'obiettivo di garantire che il sistema di controllo interno funzioni efficacemente.

Il monitoraggio continuo è parte integrante delle normali e ricorrenti attività operative dell'OP. A tutti i livelli, le operazioni quotidiane e le attività di controllo dell'APPAG - Agenzia Provinciale per i Pagamenti - sono monitorate costantemente per assicurare una pista di controllo sufficientemente dettagliata.

Con riguardo al servizio di controllo interno nell'ambito dell'OP, il Regolamento (CE) n. 885/2006 prevede che:

- il Controllo Interno deve essere indipendente dagli altri servizi dell'OP e riferire direttamente al Direttore dell'organismo;
- il Controllo Interno verifica che le procedure adottate dall'OP siano adeguate per garantire la conformità con la normativa comunitaria e che la contabilità sia accurata, completa e tempestiva. Le verifiche possono essere limitate a determinate misure o a campioni di operazioni, a condizione che il programma di lavoro garantisca la copertura di tutti i settori importanti, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione per un periodo non superiore a cinque anni;
- l'attività del Controllo Interno si svolge conformemente a criteri accettati a livello internazionale, va registrata in documenti di lavoro e deve figurare nelle relazioni e nelle raccomandazioni destinate alla direzione dell'OP.

Il Controllo Interno dell'APPAG coopera all'efficace funzionamento del sistema dei controlli interni adottati dall'OP attraverso una sistematica attività di internal auditing ed una metodologia pianificata ed imperniata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e controlli, basandosi anche sul Quadro delle pratiche professionali ("*Professional Practices Framework*") e sugli Standards per la Pratica Professionale rilasciati dall'Institute of Internal Auditors ("IIA") conformemente a quanto stabilito dalle disposizioni comunitarie.

In particolare:

- verifica l'efficacia del sistema dei controlli interni adottati dall'OP;
- verifica la conformità alla normativa comunitaria, nazionale e provinciale dei sistemi suddetti;
- verifica l'accuratezza, completezza e tempestività della contabilità dell'APPAG;
- verifica la correttezza e la completezza delle operazioni di controllo tecnico e di

autorizzazione;

- effettua l'analisi di rischio (Risk Assesment) relativamente ai processi interni dell'APPAG;
- provvede al necessario supporto alle operazioni di controllo da parte della Commissione UE, dell'Organismo Nazionale di Coordinamento (AGEA) e dell'Organismo di Certificazione.

Il Controllo Interno è indipendente dalle altre Unità dell'APPAG (Unità Tecnica e di Autorizzazione - Unità di Esecuzione Pagamenti - Unità di Contabilizzazione) e riferisce direttamente al Direttore.

Il Controllo Interno verifica che le procedure adottate dall'OP siano adeguate per garantire la conformità con la normativa comunitaria, nazionale e provinciale, che i sistemi contabili adottati siano ispirati a principi di chiarezza, veridicità e completezza, che i servizi operino secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

L'attività del Controllo Interno è espletata in base a criteri accettati a livello internazionale, è registrata in documenti di lavoro ed i risultati di tale attività figurano nelle relazioni e nelle raccomandazioni destinate alla direzione dell'APPAG.

I programmi pluriennali/annuali ed i rapporti di controllo vanno tenuti a disposizione dell'Organismo di Certificazione e dei funzionari dell'Unione Europea con mandato di intraprendere verifiche finanziarie, con lo scopo di valutare l'efficacia della funzione di controllo interno.

1.2 Indipendenza della funzione

L'indipendenza della funzione è assicurata da:

- a) **Adeguata collocazione organizzativa:** i funzionari del Controllo Interno riferiscono direttamente al Direttore dell'APPAG.

I rapporti diretti che assicurano un adeguato scambio di informazioni si realizzano:

1. tramite periodiche riunioni sulle materie di auditing, bilancio, organizzazione e controllo;
2. tramite l'approvazione del Programma quinquennale ed annuale dei controlli e delle loro eventuali variazioni successive;
3. tramite la presentazione al Direttore della Relazione annuale sui controlli e, se necessario, di eventuali relazioni intermedie che illustrano i principali rilievi mossi, gli scostamenti rispetto ai programmi e le relative raccomandazioni.

Il Controllo Interno ha incondizionato accesso ai dati, alle persone, agli archivi ed ai beni dell'APPAG e degli Organismi Delegati (di seguito OD) ogni volta che ciò risulti necessario per lo svolgimento dell'audit.

- b) **Obiettività degli addetti al controllo interno che comporta:**

1. assegnazione dei compiti in modo da evitare condizionamenti e possibili conflitti d'interesse;
2. divieto di affidare ai funzionari del Controllo Interno responsabilità operative connesse all'autorizzazione, all'esecuzione ed alla contabilizzazione dei

pagamenti a titolo del Fondo Europeo Agricolo di Garanzia (FEAGA) e del Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR);

3. supervisione, da parte del Responsabile del Controllo Interno, dell'attività dei funzionari del Controllo Interno prima dell'emissione del rapporto di audit.

1.3 I principi deontologici di riferimento per il personale del Controllo Interno

Il personale del Controllo Interno è destinatario in via formale e prende come riferimento 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*".

Il personale del Controllo Interno dell'APPAG, nell'esercizio della propria attività, si attiene ai *Principi* ed alle *Regole di condotta* definite dall'Institute of Internal Auditors:

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

- **Integrità**

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

- **Obiettività**

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

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

- **Riservatezza**

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

- **Competenza**

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

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

- ◆ **Integrità**

L'*internal auditor*:

- Deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità.
- Deve rispettare la legge e relazionare solo in merito a quanto previsto dalle leggi e dai principi della professione.

- Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.
- Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e conformi alla legge.

◆ **Obiettività**

L'internal auditor:

- Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.
- Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione.
- Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa dare un quadro alterato delle attività analizzate.

◆ **Riservatezza**

L'internal auditor:

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

◆ **Competenza**

L'internal auditor:

- Deve intraprendere solo quelle prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza, prestando i propri servizi, avendo a riferimento 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.

1.4 Competenze professionali e formazione

Al Controllo Interno sono richieste competenze adeguate nelle discipline necessarie allo svolgimento degli interventi di audit. Tali competenze specifiche non sono richieste individualmente a ciascun auditor ma è sufficiente che siano presenti nell'ambito del Controllo Interno.

Ad ogni singolo addetto sono richieste conoscenze di base tali da consentire all'*internal auditor* di percepire la presenza di problemi e di determinare la necessità di ulteriori approfondimenti o l'assistenza da richiedere.

Gli addetti al controllo interno devono saper gestire le relazioni interpersonali e mantenere soddisfacenti rapporti con le persone delle funzioni soggette ad audit; devono possedere una buona capacità di esposizione sia in forma scritta che orale, in modo da poter comunicare chiaramente ed efficacemente obiettivi, valutazioni,

conclusioni e raccomandazioni.

Agli addetti è assicurata la possibilità di periodico aggiornamento in modo da mantenere un adeguato livello di competenza professionale; l'aggiornamento può essere effettuato innanzitutto mediante l'organizzazione di riunioni periodiche interne, in secondo luogo mediante la partecipazione a conferenze, convegni, seminari, corsi di formazione, ecc..

1.5 Oggetto dei controlli

L'attività di controllo è rivolta essenzialmente:

- alla verifica del rispetto della separazione tra le funzioni di Autorizzazione, Esecuzione e di Contabilizzazione dei pagamenti, in particolare per quanto riguarda l'organizzazione dell'OP;
- alla conformità delle procedure adottate dall'OP con la normativa comunitaria, nazionale e provinciale vigente ed alla loro corretta applicazione da parte degli Uffici incaricati;
- all'adeguatezza (efficacia) dei controlli previsti dalle procedure stesse rispetto agli obiettivi dell'OP;
- alla compatibilità dei sistemi di contabilità adottati rispetto ai principi contabili comunitari;
- alla qualità delle registrazioni contabili ed alla produzione di informazioni finanziarie e di gestione tempestive ed affidabili;
- al rispetto delle norme sulla sicurezza informatica dei dati;
- alla prevenzione ed analisi di frodi ed errori.

2. PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI

2.1 Programma quinquennale¹ ed annuale

Considerata l'ampia gamma delle attività svolte dall'APPAG, viene predisposto dal Controllo Interno il **Programma quinquennale dei controlli**, che definisce gli obiettivi che il Controllo Interno intende perseguire, le risorse necessarie nonché i settori e le attività rilevanti che saranno oggetto di controlli nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (CE) n. 885/2006 (per settori e attività rilevanti si intendono ad esempio tutti gli enti a cui è delegata l'attività istruttoria, cd. "OD", le tipologie di intervento finanziate dal FEAGA e dal FEASR, nonché i processi dell'OP). Il programma quinquennale dei controlli è articolato in annualità e viene rimodulato ogni anno sulla base dei controlli effettuati l'anno precedente, dell'analisi dei rischi nonché delle nuove esigenze di controllo originate dalle modifiche delle normative comunitarie, nazionali e provinciali intervenute.

Il Programma quinquennale dei controlli, approvato dal responsabile del Controllo Interno e dal Direttore dell'APPAG, deve:

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

All'inizio di ciascuna annualità, è elaborato da parte dei funzionari assegnati al Controllo Interno il **Programma annuale dei controlli** che viene redatto avendo cura che le verifiche previste siano ripartite uniformemente nel tempo. Tale programma è approvato dal responsabile del Controllo Interno e dal Direttore dell'APPAG.

Il Programma annuale dei controlli contiene:

- la definizione degli obiettivi annuali dei controlli;
- l'elenco dei controlli da effettuare;

¹**Programma quinquennale dei controlli** definisce le strategie e gli obiettivi a medio termine (quinquennio) del Controllo Interno ed assicura che ogni procedura adottata dall'Organismo Pagatore e dai soggetti convenzionati sia sottoposta a controllo almeno una volta nell'arco di cinque anni, come previsto dal paragrafo 4, punto B) ii) dell'allegato I al Regolamento (CE) n. 885/2006. Il programma può essere rivisto periodicamente, in sede di redazione del programma annuale, al fine di prendere in considerazione le eventuali modifiche normative, i nuovi indirizzi della Direzione e le mutate esigenze operative. Le strategie ed i macro-obiettivi in esso indicati trovano applicazione nei programmi e negli obiettivi del programma annuale.

- la tempistica prevista per la loro esecuzione;
- i destinatari dei controlli stessi;
- le metodologie da seguire.

Oltre ai controlli previsti nel Programma annuale, possono essere effettuati controlli su iniziativa del Direttore, del responsabile del Controllo Interno nonché in base a norme e disposizioni comunitarie, nazionali e provinciali entrate in vigore successivamente alla predisposizione del programma annuale stesso.

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

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

2.2 Raccolta delle informazioni rilevanti e valutazione dei rischi e dei controlli

La corretta programmazione dei controlli implica la raccolta e l'analisi delle informazioni necessarie per la selezione degli obiettivi e degli organi da sottoporre a controllo. Tali informazioni emergono, tra l'altro, dalle relazioni sulle modalità di svolgimento dei controlli di cui all'art. 6 dell'Accordo tra l'APPAG e gli OD, nonché da eventuali altri controlli svolti dall'APPAG, dalla Commissione Europea, da AGEA e dall'Organismo di Certificazione.

Tali informazioni vanno riviste ed utilizzate nella fase di valutazione dei rischi secondo i principi che seguono.

L'obiettivo principale dei controlli relativi alle attività finanziate dal FEAGA e dal FEASR è di verificare l'efficacia dei sistemi di gestione e di controllo ai fini della prevenzione di eventuali errori e irregolarità, nonché la capacità di individuarli e correggerli. A questo scopo i controlli vanno effettuati su determinate misure o su campioni di operazioni che permettano di trarre conclusioni globali sull'efficacia dei sistemi.

Al fine di produrre un Programma di Audit che sia allineato alle esigenze di copertura del rischio dell'OP, il Controllo Interno deve procedere, in via preliminare, alla valutazione dei rischi di ogni processo, definendo un modello di mappatura dei processi,

dei rischi e dei relativi controlli, cosiddetto “Risk Assessment”.

L’individuazione e la valutazione dei rischi di ciascun processo è svolta dal Controllo Interno in collaborazione con i responsabili dei processi stessi.

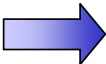
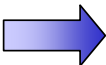
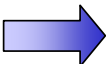
L’individuazione dei rischi avviene, in prima istanza, attraverso l’analisi dei processi con il personale responsabile dei procedimenti analizzati. In alternativa, i rischi possono essere identificati direttamente dal personale del Controllo Interno sulla base delle esperienze maturate su processi / unità organizzative simili o con qualunque altro metodo ritenuto idoneo a tal fine. Ad ogni modo, il personale del Controllo Interno deve sempre condividere le valutazioni effettuate con il personale responsabile dei processi analizzati.

Al fine di limitare il più possibile la discrezionalità nell’effettuazione della valutazione dei rischi, il Controllo Interno si avvale della “Matrice per la valutazione dei rischi” (vedi esempio in Figura 1).

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

Figura 1 – Esempio di matrice per la valutazione dei rischi, utilizzata nello svolgimento del Risk Assessment preliminare all’avvio dell’attività del Controllo Interno.

VALUTAZIONE DELLA FREQUENZA DEL RISCHIO

| PROBABILITÀ | | DESCRIZIONE |
|-----------------|---|--|
| ALTA |  | La probabilità di accadimento dell’evento è che si ripeta continuamente o quasi, in particolare più di una volta durante l’attuazione di una misura/operazione. |
| MODERATA |  | La probabilità di accadimento dell’evento è che si verifichi frequentemente ma non continuamente, in particolare in maniera occasionale durante l’attuazione di una misura/operazione. |
| BASSA |  | La probabilità di accadimento dell’evento è che si verifichi raramente, in particolare appare improbabile che il rischio si verifichi durante l’attuazione di una misura/operazione. |

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL RISCHIO

L'impatto del rischio è il livello in cui il manifestarsi del rischio influenzerebbe il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi dell'ente, ad esempio:

- perdita dei requisiti per il riconoscimento ad organismo pagatore
- inadeguatezza dei software sviluppati
- impatto sull'immagine a causa di sistemi e servizi non adeguati
- perdita di fondi ecc..

| IMPATTO | | DESCRIZIONE |
|-----------------------|---|---|
| GRAVE | ➔ | Impatto significativo sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'OP, ad es: <ul style="list-style-type: none"> • frodi o malversazioni • perdita di requisiti per il riconoscimento ad OP • perdita o significativa riduzione della credibilità / immagine nei confronti dei beneficiari, degli OD o di altri portatori di interesse; sanzioni penali a carico dei funzionari • Perdita di fondi per correzioni finanziarie |
| MODERATA | ➔ | Inefficienza delle normali operazioni con un effetto limitato sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'OP, ad es: <ul style="list-style-type: none"> • interruzioni o significative inefficienze nel processo delle domande • problemi temporanei di qualità / servizio • inefficienze nei flussi e nelle operazioni |
| INSIGNIFICANTE | ➔ | Nessun impatto concreto sulla strategia dell'OP. 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 2).

Figura 2 – Matrice di raccordo probabilità - impatto per la valutazione dei rischi.

IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO ATTRAVERSO LA "RISK ASSESSMENT CRITERIA MATRIX"

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

Definizioni :

A = Alto

M = Medio

B = Basso

PROBABILTÀ

La valutazione del rischio viene effettuata almeno annualmente.

A fronte dei rischi identificati, vengono individuati i controlli da effettuare.

Il Controllo Interno deve valutare ciascun controllo in funzione dell'efficacia del controllo nel mitigare il rischio.

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

Tabella 1– Obiettivi di controllo.

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

La valutazione 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 dal Controllo Interno non consente di valutare l'efficacia e l'effettività dei controlli. |

Si riportano in ALLEGATO 1 le Tabelle per la formalizzazione del Risk Assessment.

2.3 Selezione degli organismi e delle attività da sottoporre a controllo sulla base della valutazione dei rischi

Sulla base dei fattori predetti va assegnato un grado di rischio complessivo ad ogni processo od OD potenzialmente oggetto di esame così da pervenire ad una scala di priorità degli argomenti da inserire nel Programma quinquennale dei controlli.

Scopo primario della selezione a fini di controllo è concentrare lo stesso sui processi/settori/organismi nei quali il rischio è potenzialmente più elevato, garantendo al contempo anche un'adeguata copertura dei processi/settori/organismi in cui il rischio è minore.

Le verifiche sono effettuate a campione, affinché la verifica possa offrire un livello ragionevole di garanzia sull'efficacia, in termini di prevenzione degli errori e delle irregolarità, dei sistemi di gestione e di controllo esaminati nel corso di ogni audit.

La metodologia di campionamento è formalmente approvata dal responsabile del Controllo Interno.

La valutazione della rischiosità degli OD è effettuata dal Controllo Interno.

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

- della ripartizione delle operazioni presso gli OD, in modo tale che gli OD presso i quali vengono istruite il maggior numero di domande e che comportano l'erogazione di maggiori somme, siano oggetto di controllo prima di quelli impegnati da un minor numero di domande e che comportano l'erogazione di minori fondi;
- della dotazione di addetti di ciascun OD per l'effettuazione delle attività di istruttoria, in rapporto al numero di domande istruite ed agli importi erogati;

- del numero di sanzioni erogate nel periodo precedente, assumendo come indicatore di efficienza dei controlli un maggior indice di sanzioni erogate in relazione alle domande istruite;
- della complessità del territorio in termini di numero di aziende agricole e/o forestali richiedenti l'aiuto presenti sul territorio dell'OD, da considerarsi in relazione al numero di addetti all'attività istruttoria di cui dispone lo stesso OD;
- degli eventuali fattori di rischio identificati dall'ufficio autorizzativo competente e dei controlli svolti in passato dal Controllo Interno.

Come previsto dal Regolamento (CE) n. 885/2006 ed in particolare dall'allegato I "Criteri per il riconoscimento", nell'arco dei cinque anni del Programma quinquennale dei controlli tutti i settori importanti dell'OP, compresi i servizi responsabili dell'autorizzazione, devono essere soggetti ad audit.

3. PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE PROGRAMMATE

3.1 Preparazione dell'audit

Una corretta preparazione è decisiva ai fini della buona esecuzione del controllo.

A tale scopo, il controllore deve procedere secondo le seguenti tappe e registrarne i risultati nella relazione di audit:

- documentare la valutazione del rischio iniziale che ha portato alla determinazione degli obiettivi e degli organismi da sottoporre al controllo;
- condurre un'appropriata ricognizione preliminare che consenta di prendere familiarità con le attività, i rischi ed i controlli, così da identificare aree di approfondimento dell'audit e sollecitare suggerimenti e commenti da parte del soggetto controllato.

La "ricognizione" costituisce un processo di raccolta delle informazioni sulle attività da esaminare, senza sottoporle a verifiche dettagliate. I suoi scopi sono:

- comprendere natura e caratteristiche dell'attività sottoposta ad esame;
- identificare aree che richiedono speciali approfondimenti;
- ottenere informazioni da utilizzare nello svolgimento dell'audit;
- determinare se siano necessarie ulteriori attività di auditing.

La ricognizione permette un approccio più consapevole alla pianificazione e allo svolgimento dell'audit e costituisce un efficace strumento per individuare le aree in cui le risorse del Controllo Interno possono essere applicate più efficacemente.

Per effettuare una ricognizione ci si può servire di:

- discussioni con il soggetto controllato;
- interviste, non solo con persone coinvolte nell'attività ma anche con coloro che ne utilizzano i risultati;
- osservazioni sul posto;
- acquisizione di rapporti e di studi sugli argomenti oggetto d'esame;
- schemi di flusso delle operazioni;
- documentazione dei controlli fondamentali svolti.

Alla conclusione della ricognizione, deve essere preparata una sintesi dei risultati, che identifichi:

- temi da approfondire e ragioni per farlo;
- informazioni rilevanti sviluppate durante la ricognizione;
- obiettivi di audit da conseguire e procedure e approcci speciali di audit da applicare;
- potenziali punti critici di controllo e carenze o eccessi di controllo;
- stime preliminari di tempo e risorse richieste;
- tempificazione aggiornata delle fasi di reporting e di completamento;
- eventuali motivi per non dar corso all'audit.

3.2 Programmazione dei tempi, del calendario e del personale responsabile del controllo

In questo stadio vanno definiti il periodo coperto dall'audit e la data prevista per il suo completamento.

Vanno inoltre individuate le risorse umane necessarie allo svolgimento dell'audit, in particolare:

- il numero dei componenti e la competenza del gruppo dei controllori devono essere definiti sulla base di una valutazione della natura e della complessità del lavoro, dei vincoli di tempo e delle risorse disponibili;
- ai fini della selezione dei funzionari a cui affidare l'incarico, debbono essere prese in considerazione le conoscenze, capacità e competenze complessive del personale della funzione del Controllo Interno;
- nei casi ove siano necessarie conoscenze, capacità e competenze aggiuntive a quelle presenti nel Controllo Interno, deve essere considerata l'opportunità di utilizzare risorse esterne.

Il responsabile del Controllo Interno redige un Memorandum di pianificazione dell'intervento di audit (vedi ALLEGATO 2) che trasmette al responsabile dell'Unità auditata/OD e per conoscenza al Direttore dell'OP.

3.3 Stesura e approvazione del piano di lavoro

Predisposto prima dell'audit e successivamente modificato - se necessario - il piano di lavoro deve:

- documentare i procedimenti che l'addetto al controllo utilizzerà per raccogliere, analizzare e interpretare le informazioni durante l'audit;
- esplicitare gli obiettivi dell'audit;
- prestabilire l'ampiezza e la profondità delle verifiche richieste per raggiungere gli obiettivi stabiliti per ogni fase dell'audit;
- identificare gli aspetti tecnici, i rischi, i processi e le transazioni da esaminare;
- definire natura ed estensione delle campionature.

Il piano di lavoro deve essere approvato dal responsabile del Controllo Interno prima dell'inizio dell'attività.

4. EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE

4.1 Fasi procedurali

Nella fase iniziale viene individuato il funzionario che sarà responsabile del controllo e il soggetto da controllare e vengono definiti l'oggetto del controllo e le modalità di esecuzione.

L'iniziativa si realizza con l'adozione, per quanto di competenza, da parte del responsabile del Controllo Interno e del Direttore, di un atto organizzativo interno.

Ricevuto l'incarico, il controllore (*internal auditor*) apre il fascicolo di controllo.

Nella fase dell'esecuzione dei controlli, il controllore acquisisce i dati e le informazioni ed effettua le necessarie verifiche seguendo lo schema contenuto in apposite check list approvate dal responsabile del Controllo Interno (vedi ALLEGATO 3). L'acquisizione dei dati e delle informazioni necessarie per effettuare le verifiche avviene di norma mediante richiesta di documenti, consultazione di banche dati, accertamenti tecnici, eventuali controlli in loco, ovvero mediante altre forme idonee.

L'attività di controllo si conclude con la redazione e la sottoscrizione da parte del controllore di apposito verbale di controllo (vedi ALLEGATO 4). Tale verbale contiene il resoconto delle singole attività di controllo svolte, le eventuali violazioni di norme e le irregolarità o anomalie rilevate. Il verbale dovrà essere sottoscritto anche dal soggetto controllato a chiusura del controllo o in un momento successivo. Nel caso in cui il controllato si rifiuti di sottoscrivere il verbale, il controllore ne fa menzione in calce allo stesso indicandone i motivi, se dichiarati. Il verbale farà parte della Relazione finale di controllo (paragrafo. 5.2).

4.2 Controlli in loco e verifica dei sistemi di gestione e controllo

La verifica della conformità alla normativa vigente e la corretta attuazione delle procedure formalizzate di autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione dei pagamenti a carico del FEAGA e del FEASR si attua tramite controlli presso le strutture interne all'APPAG, presso gli OD, nonché tramite eventuali controlli in loco presso i beneficiari degli aiuti/premi.

Audit presso gli OD e presso le strutture interne all'APPAG

Durante il controllo in loco il controllore deve cercare di ottenere elementi probatori sufficienti, adeguati ed attendibili sul funzionamento dei sistemi di gestione e di controllo descritti nelle procedure dell'OP e sulla capacità di questi di garantire la regolarità delle spese nonché l'esattezza e la completezza delle informazioni finanziarie o di altra natura.

Ai fini della verifica, i sistemi dovranno essere controllati su documentazioni e, se del caso, mediante colloqui con il personale competente ed eventuali test sul funzionamento dei sistemi stessi.

Nel complesso, le verifiche devono consentire di trarre conclusioni corrette sulla coerenza e sull'efficacia dei sistemi esaminati.

Audit presso i beneficiari dei contributi

Gli eventuali controlli in loco presso i beneficiari degli aiuti/premi mirano a documentare e valutare i sistemi di gestione e controllo delle attività finanziate dal FEAGA e dal FEASR. In questo contesto occorre effettuare verifiche di convalida approfondite sulle dichiarazioni di spesa selezionate a fronte dei relativi documenti e di altre informazioni pertinenti.

Scopo delle verifiche è quello di valutare l'ammissibilità, l'esattezza e la fondatezza delle dichiarazioni di spesa esaminate e quindi la qualità dei controlli effettuati dalle autorità titolari del controllo di primo livello. Le verifiche devono includere un confronto tra le spese dichiarate dal beneficiario del contributo all'ente incaricato dell'istruttoria ed i documenti finanziari in suo possesso e possono altresì includere un esame analitico finalizzato ad identificare eventuali altri possibili settori d'indagine.

5. RENDICONTAZIONE DEGLI ESITI DELLE VERIFICHE

5.1 Registrazione e discussione dei risultati

I risultati dell'audit devono essere registrati, nel corso dei controlli, in documenti di lavoro che devono evidenziare con chiarezza i problemi e gli errori individuati ed i loro effetti sull'attività dell'OP.

Le relazioni di controllo sono lo strumento principale per la comunicazione dei risultati dell'audit: devono quindi essere chiare e concise, evidenziare le principali conclusioni dell'audit ed indicare, laddove possibile, gli interventi necessari per correggere le lacune identificate. Tutte le relazioni devono contenere un riassunto dei principali risultati e conclusioni nonché le raccomandazioni essenziali.

Nel corso del controllo (ad esempio in occasione della riunione conclusiva dell'audit) gli errori e le principali carenze del sistema devono essere discussi con i responsabili dell'organismo controllato: è in tal modo possibile accertare la comprensione della natura di tali errori e punti deboli da parte del controllore, nonché discutere e concordare gli interventi necessari per correggere gli errori stessi e migliorare i sistemi. In questa fase è anche possibile preparare lo schema della relazione di controllo. In base alle conclusioni del controllo, i controllori devono quindi redigere una relazione preliminare, che consentirà agli organismi controllati di rettificare le carenze non appena possibile. Una volta preparata, tale relazione preliminare deve essere trasmessa all'organismo controllato, che formulerà le sue osservazioni.

Le relazioni finali devono presentare i risultati e le conclusioni del controllo in modo sufficientemente dettagliato per dimostrare all'organismo controllato i punti deboli del sistema; le raccomandazioni devono esplicitare, qualora possibile, gli interventi correttivi necessari.

Esse devono inoltre specificare come il controllore intenda dare seguito al controllo per verificare se siano stati adottati gli adeguati correttivi, per esempio chiedendo all'organismo controllato di presentare una relazione scritta sugli interventi attuati in risposta alle raccomandazioni.

La relazione definitiva può essere elaborata tenendo conto anche delle osservazioni presentate dal soggetto controllato.

5.2 La relazione finale di controllo

Viene predisposta al termine dell'attività di controllo, siglata dal controllore e firmata dal responsabile del Controllo Interno e da questi trasmessa al Direttore (vedi ALLEGATO 5).

Una copia della relazione, o di suo estratto, può essere inviata anche al soggetto controllato per agevolare l'eliminazione delle irregolarità e delle anomalie riscontrate durante il controllo.

Qualora dalla relazione finale di controllo emergano violazioni di norme, irregolarità o anomalie che comportino a carico del controllato provvedimenti finalizzati alla sospensione delle erogazioni o al recupero di quelle già erogate, chi ha disposto il

controllo dovrà con sollecitudine informare il responsabile del Controllo Interno ed il Direttore per l'avvio degli atti conseguenti.

I fascicoli di controllo devono essere numerati ed accuratamente conservati. Vanno indicate le generalità dell'internal auditor e del soggetto controllato, l'oggetto del controllo, le date di avvio e conclusione del controllo, nonché l'indicazione se il controllo rientra tra quelli programmati dal Programma annuale di audit o è stato avviato su iniziativa del Direttore, del responsabile del Controllo interno o in virtù di nuove normative.

I fascicoli di controllo, i programmi quinquennali/annuali di controllo e le relazioni finali devono essere tenuti a disposizione dell'Organismo di Certificazione e dei funzionari dell'Unione Europea con mandato di intraprendere accertamenti atti a valutare l'efficacia della funzione di controllo svolta dal Controllo Interno dell'APPAG.

La relazione finale di audit deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- riepilogo dell'audit;
- obiettivi e portata dell'intervento di audit;
- risultati e conclusioni;
- raccomandazioni.

Riepilogo dell'audit

Questo riepilogo deve contenere una panoramica degli obiettivi e della portata dell'audit, dei risultati e delle principali conclusioni (specificando chiaramente i punti di forza, i punti deboli e le relative conseguenze) nonché le raccomandazioni fondamentali che precisano i principali settori sui quali gli organismi controllati devono intervenire.

Obiettivi e portata dell'intervento di audit

Oltre agli obiettivi dell'audit, dovranno essere fornite le informazioni relative alle autorità ed alle azioni sottoposte al controllo, i motivi di tale scelta e i dati generali sulle verifiche effettuate.

Risultati e conclusioni

Questa sezione deve riportare i risultati e le conclusioni dell'audit, fornire un'analisi chiara e logica dei problemi identificati e delle loro conseguenze.

La relazione deve fornire ragguagli sulle carenze dei sistemi di gestione e di controllo in modo da consentire agli organismi controllati di verificare le osservazioni formulate e di adottare adeguati correttivi. Per i controlli svolti presso i beneficiari dei contributi (qualora effettuati) occorre presentare una breve descrizione dell'azione di controllo nonché i risultati e le conclusioni riguardanti il funzionamento dei sistemi di gestione e di controllo ottenute grazie ai controlli in loco.

Raccomandazioni

Le relazioni devono contenere raccomandazioni specifiche circa le misure che gli

organismi controllati devono adottare per correggere le carenze individuate durante il controllo. Tali raccomandazioni devono essere chiare e devono documentare la necessità dei provvedimenti da adottare. Devono inoltre limitarsi strettamente alle carenze identificate e figurare nella sezione contenente i risultati e le conclusioni. Va fissata una data limite per l'adozione e la comunicazione dei correttivi necessari. Le raccomandazioni costituiscono la base di riferimento per i futuri controlli (follow-up).

6. VERIFICHE SUCCESSIVE (Follow-up)

I controllori devono dar seguito all'audit per assicurarsi che adeguate azioni correttive siano state intraprese nei confronti dei rilievi riportati, che queste siano state tempestive, efficaci e stiano ottenendo i risultati desiderati.

L'organismo controllato è responsabile di decidere quali siano le azioni appropriate da intraprendere in risposta ai rilievi riportati. Il responsabile del Controllo Interno ha però la responsabilità di valutarne l'adeguatezza, al fine di dare una efficace e tempestiva soluzione ai rilievi evidenziati. Natura, tempi e portata delle verifiche successive devono essere definiti dal responsabile del Controllo Interno.

Fattori che devono essere considerati nel definire appropriate procedure di controllo successivo sono:

- la significatività dei rilievi riportati;
- l'impegno ed i costi necessari per correggere le condizioni riportate;
- le conseguenze di un fallimento dell'azione correttiva;
- la complessità dell'azione correttiva;
- il periodo di tempo richiesto.

Certi rilievi possono essere così significativi da richiedere azioni immediate da parte di chi ne ha la responsabilità. Dato l'effetto che potrebbero avere sull'organizzazione, tali condizioni devono essere tenute sotto continua osservazione fino alla loro completa sistemazione.

Possono sussistere casi nei quali, a fronte della relativa significatività dei rilievi, il responsabile del Controllo Interno giudichi che le azioni correttive descritte nella risposta di chi è competente a porle in essere siano già sufficienti. In questi casi l'attività di verifica può essere svolta come parte dell'audit successivo.

Gli addetti al controllo interno devono assicurare che le azioni prese sulla base dei rilievi dell'audit pongano davvero rimedio alle anomalie riscontrate. Il responsabile del Controllo Interno deve programmare le attività di controllo successivo come parte del programma di audit.

La tempificazione delle verifiche deve basarsi sui rischi connessi, sul grado di difficoltà e sul tempo occorrente per effettuare l'azione correttiva.

Il responsabile del Controllo Interno deve stabilire opportune regole relativamente a:

- i limiti temporali entro i quali la risposta ai rilievi dell'audit deve pervenire;
- la valutazione delle risposte ottenute;
- la verifica della risposta (se necessaria);
- il sistema per sottoporre al Direttore dell'OP le risposte e le azioni ritenute insoddisfacenti.

Le tecniche utilizzate per svolgere efficacemente l'attività di verifica includono:

- la trasmissione dei rilievi dell'audit agli organi responsabili per la messa in atto delle azioni correttive;
- la ricezione e la valutazione delle risposte dei soggetti controllati nel corso dello

- stesso audit o in un ragionevole arco di tempo successivo all'emissione del rapporto;
- la ricezione di aggiornamenti periodici, in modo da poter seguire il progresso dell'attività intrapresa per correggere le condizioni precedentemente riportate;
 - la ricezione e la valutazione di rapporti provenienti da altre unità organizzative cui sono assegnate attività aventi carattere di verifica ex-post;
 - rapporti periodici sullo stato delle risposte ai rilievi dell'audit, inviati al Direttore.

L'auditor che è incaricato di eseguire un "follow-up" raccoglie le osservazioni rilevate e riportate nella relazione finale e aggiorna con le stesse la tavola di follow-up (vedi ALLEGATO 6).

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 i responsabili dei processi.

La tavola è costituita indicativamente dalle seguenti sezioni:

- **Processo:** riporta il nome del processo al quale è riferita l'osservazione.
- **Unità auditata:** riporta il nome dell'unità organizzativa/settore/ufficio/OD alla quale è riferita l'osservazione.
- **Codice intervento 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.
- **Tipo e Osservazione:** riporta la tipologia dell'osservazione rilevata nonché descrive sinteticamente l'osservazione, il rischio e la raccomandazione riportata nella Relazione di audit.
- **Azione da implementare:** riporta la specifica azione, nei confronti della quale il responsabile del processo si era impegnato a correggere.
- **Data scadenza:** riporta la data di scadenza dell'azione di riferimento.
- **Data completamento:** riporta la data nella quale è stata completata l'azione e quindi la decadenza dell'osservazione. Ovviamente tale data è riportata solamente se nel corso dell'intervento di follow-up è riscontrata l'effettiva implementazione di adeguate azioni correttive alla criticità riscontrata originalmente.
- **Audit Status:** riporta lo stato della raccomandazione. A tal fine sono state stabilite le seguenti codifiche:
 - I = l'azione è stata implementata/l'osservazione ha perso la sua ragione d'essere;
 - N= l'azione non è stata implementata/l'osservazione è ancora in essere;
 - R= si è verificato un ritardo nell'implementazione dell'azione, dovuto a motivazioni non dipendenti dalla volontà del responsabile;
 - Z= si è verificata un'impossibilità ad implementare l'azione, dovuta a motivazioni non dipendenti dalla volontà del responsabile;

- S= si è verificato un cambiamento normativo/organizzativo interno che non richiede più alcuna azione.

Al termine dell'intervento di follow-up, il responsabile del Controllo Interno verifica il corretto aggiornamento della tavola di follow-up.

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

7. L'ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL CONTROLLO INTERNO

Il Controllo Interno si dota presso i propri uffici di spazi adeguati a raccogliere ed archiviare la documentazione e le comunicazioni, “da” e “verso” l'esterno, sia relativamente agli interventi di audit svolti, sia per la pianificazione e gestione delle attività interne.

Gli spazi fisici sono organizzati all'interno di appositi armadi accessibili al solo personale del Controllo Interno.

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

- documentare le attività di pianificazione svolte e le relative comunicazioni con i soggetti controllati;
- mantenere memoria del lavoro eseguito (es. modalità di esecuzione dei test, check list, ecc.);
- mantenere memoria delle informazioni ottenute nel corso dell'intervento (es. descrizione dei processi/attività, osservazioni, conclusioni, raccomandazioni);
- supportare, con adeguate evidenze, le conclusioni tratte nella Relazione finale di controllo.

Il fascicolo dell'intervento è aperto dal responsabile del Controllo Interno all'atto di procedere alla pianificazione dell'intervento stesso.

Il codice attribuito ad ogni intervento è quello definito in fase di pianificazione e che contraddistingue l'intervento stesso all'interno del Programma quinquennale/annuale dei controlli.

Il codice dell'intervento è il riferimento che consente di identificare ed associare all'intervento stesso tutta la documentazione prodotta o ricevuta nel corso dello stesso. Pertanto sia sul dorso del fascicolo dell'intervento, sia su tutte le carte in esso archiviate, è riportato il suddetto codice, oltre all'anno di riferimento.

L'organizzazione del fascicolo dell'intervento contiene generalmente le seguenti sezioni:

- **pianificazione e corrispondenza:** raccoglie e documenta tutte le comunicazioni intervenute tra il Controllo Interno e le Unità controllate nella fase di pianificazione dell'intervento di audit; inoltre, all'interno di tale sezione, viene archiviato il Memorandum di Pianificazione dell'intervento;
- **check list ed evidenze:** raccoglie le check list ed i verbali di controllo utilizzati nel corso dell'intervento di audit firmati da parte degli *auditors* che hanno svolto il lavoro e dal responsabile del Controllo Interno. Alle suddette check list devono essere allegate tutte le evidenze documentali necessarie a supportare le osservazioni rilevate;
- **relazione finale e corrispondenza:** raccoglie e documenta tutte le comunicazioni intervenute tra il Controllo Interno e le Unità/soggetti controllate/i nella fase di rendicontazione dell'intervento; inoltre, all'interno di tale sezione, viene archiviata la relazione finale di controllo definitiva;

- **altra documentazione:** raccoglie l'eventuale altra documentazione che il team di lavoro incaricato dell'intervento ritiene rilevante e da mantenersi archiviata. Alcuni esempi di tali documenti sono i moduli di intervista, i memo, i moduli per la rilevazione delle osservazioni (se non già archiviati nella sezione "check list ed evidenze"), la tabella di rilevazione delle informazioni (da costruirsi specificamente), la relazione periodica delle attività di controllo destinata al Direttore, ecc.;
- **follow-up:** raccoglie una copia cartacea delle tavole di follow-up relative all'intervento di audit.

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

La documentazione relativa alle attività interne svolte dal Controllo Interno sono, nella maggior parte dei casi, archiviate informaticamente.

Gli unici documenti relativi all'attività interna ed archiviati in formato cartaceo, oltre ad essere archiviati elettronicamente, sono i seguenti:

- copia del Programma quinquennale/annuale approvato dal Direttore;
- Risk Assessment;
- copia del Relazione finale sull'attività del Controllo Interno;
- copia dei rapporti dell'Organismo di Certificazione, rapporti del MIPAAF e della Commissione UE;
- altra documentazione.

Tali documenti sono archiviati all'interno di specifici fascicoli, contrassegnati sul dorso dall'indicazione del contenuto e dell'anno di riferimento, e riportante in testa i contenuti dei fascicoli stessi.

L'archivio informatico del Controllo Interno è organizzato, all'interno di una cartella di rete il cui accesso è consentito al solo personale del Controllo Interno.

Il contenuto e l'organizzazione delle sub-cartelle è il seguente:





- **Procedure e Manuali:** contiene tutta la documentazione operativa necessaria a supportare lo svolgimento delle attività del Controllo Interno. Tale cartella è a sua volta suddivisa nelle seguenti sezioni:
 - **Check list:** contiene tutte le check list (standard) adattabili a regolare lo svolgimento di interventi simili.
 - **Manuale:** contiene il presente Manuale e le sue eventuali successive versioni;
 - **Procedure:** contiene i manuali delle procedure dell'OP;
 - **Documentazione varia:** contiene documentazione operativa necessaria a supportare lo svolgimento delle attività del Controllo Interno (ad es. regolamenti comunitari, normativa nazionale e provinciale);
- **Planning:** contiene la documentazione e le informazioni indicative della programmazione delle attività del Controllo Interno già effettuata (es.: Programma quinquennale/annuale di controllo), oltre ad informazioni e strumenti necessari allo svolgimento delle ulteriori attività di programmazione.
- **Contatti (opzionale):** contiene i data base degli indirizzi utili allo svolgimento delle comunicazioni del Controllo Interno
- **Corrispondenza:** contiene tutta la corrispondenza ricevuta o inviata dal Controllo Interno, avente una sufficiente rilevanza per essere archiviata, non già archiviata all'interno delle cartelle relative ai singoli interventi;

- **Interventi:** contiene tutta la documentazione prodotta nel corso degli interventi di audit eseguiti dal Controllo Interno. Tale cartella è a sua volta suddivisa nelle seguenti sezioni:
 - **Interventi dell'anno (per ciascun anno del programma quinquennale di controllo):** contiene la documentazione prodotta per tutti gli interventi svolti. Tale cartella è a sua volta suddivisa nelle seguenti sezioni:
 - ✓ **Pianificazione:** contenente tutta la documentazione relativa alle attività di pianificazione dell'intervento.
 - ✓ **Carte di lavoro:** contenente tutta la documentazione relativa alle attività svolte durante l'intervento, incluse le check list e i verbali di controllo.
 - ✓ **Relazione finale di controllo:** contenente tutta la documentazione relativa alle attività di rendicontazione dell'intervento di audit.
- **Follow up:** contiene le tavole di follow up relative alle osservazioni.
- **Rapporti periodici:** contiene i rapporti periodici sull'attività svolta dal Controllo Interno presentate al Direttore.




ALLEGATO 1 - Tabelle per la formalizzazione del Risk Assessment

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
|  | APPAG - Agenzia provinciale per i pagamenti Via G. B. Trener, 3 – 38100 Trento - tel. 0461 495877 fax 0461 495810 - e-mail: appag@provincia.tn.it | Controllo interno |  |
|---|--|-------------------|---|

| Processo principale: ... | | | | | | |
|--------------------------|--------|------------------|---|--|---|----------------------------------|
| Processo Secondario | Scopo | Obiettivi | Responsabile (del processo) e descrizione delle attività | Inizio e Fine | Input e Output | Indicatori chiave di performance |
| | ◆ | ◆ ◆ | Dr. X. XXXX (Unità Tecnica e di Autorizzazione) ◆ ◆ ◆ ◆ | <i>Inizio:</i> ◆ <i>Fine:</i> ◆ | <i>Input:</i> ◆ <i>Output:</i> ◆ | ◆ ... ◆ ... ◆ ... |

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

Legenda:

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

PROCESSO PRINCIPALE:
PROCESSO SECONDARIO:
Livello di criticità (Alta/Media/Bassa):
ARGOMENTO:

Autorizzazione Pagamenti
 Acquisire la domanda ed effettuare l'istruttoria
 Alta
*Assenza di procedure relative alla
 protocollazione delle domande*

| OSSERVAZIONE N° 1 | RISCHI | SUGGERIMENTI | CONSIDERAZIONI DEL RESPONSABILE DEL PROCESSO |
|---|--|---|---|
| Assenza di una procedura formalizzata relativa alle modalità di protocollazione delle domande del P.S.R. 2000-2006 | ➤ Mancata protocollazione di tutte le domande ricevute | Si suggerisce approvare una procedura formalizzata relativa alle modalità di protocollazione delle domande del P.S.R. 2000-2006 | <p>Il Responsabile dell'Ufficio, Dott. X. XXXX, concorda sull'osservazione.</p> <p>Piano d'Azione Approvazione della procedura in oggetto</p> <p>Tempi Entro xx mese 200x (redazione procedura) Entro xy mese 200x (approvazione)</p> <p>Responsabilità Responsabile dell'Ufficio, Dott. X. XXXX</p> |
| <div style="border: 1px solid black; background-color: #c6e0b4; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>SOLO A TITOLO ESEMPLIFICATIVO</p> </div> | | | |

ALLEGATO 2 - Memorandum di pianificazione dell'intervento di audit

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
|  | APPAG - Agenzia provinciale per i pagamenti Via G. B. Trener, 3 – 38100 Trento - tel. 0461 495877 fax 0461 495810 - e-mail: appag@provincia.tn.it | Controllo interno |  |
|---|--|-------------------|---|

DA: *Responsabile Controllo Interno APPAG*

A: *nome funzione interessata*
nome funzione interessata
nome funzione interessata

CC: Direttore APPAG

Trento, lì (data):

Prot. n.:

Oggetto: MEMORANDUM DI PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO DI
AUDIT

Codice intervento di audit:

Indice del documento:

- Informazioni generali
- Aree/processi selezionati
- Obiettivi audit
- Documenti richiesti
- Dettagli della pianificazione

INFORMAZIONI GENERALI:

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

Con la presente intendiamo comunicarVi l'intervento di audit che è stato pianificato dal Controllo Interno dell'APPAG presso la Vostra Unità.

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

AREE / PROCESSI SELEZIONATI:

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

Così come previsto dal Programma annuale dei controlli del Controllo Interno dell'APPAG, è risultato opportuno effettuare un intervento di audit presso la funzione che riceve le domande, le istruisce e, in caso di esito positivo dei controlli, le liquida. Si riportano di seguito i processi che saranno oggetto di audit:

| Processo | Responsabile | Note |
|-----------------|---------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

OBIETTIVI AUDIT:

AREA / PROCESSO:

OBIETTIVO:

AREA / PROCESSO:

OBIETTIVO:

DOCUMENTI RICHIESTI:

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

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

| TIPO DOCUMENTO | AREA/PROCESSO | RESPONSABILE |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DETTAGLI DELLA PIANIFICAZIONE:

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

L'intervento di audit avrà inizio in data e si dovrebbe concludere in data

Il Team del Controllo Interno impegnato nell'effettuazione dell'intervento di audit è composto dal Responsabile del Controllo Interno (nome e cognome) e da due auditor, (nome e cognome) e (nome e cognome).

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

| Processo / attività | Data | Vostre Risorse coinvolte | Nostre risorse coinvolte | Note |
|----------------------------|-------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Distinti saluti.

Il Responsabile del Controllo Interno
(Firma)

ALLEGATO 3 - Esempio di check list

Controllo Interno

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

DATI GENERALI:

| | |
|---|--|
| Codice intervento di Audit: | |
| Numero modulo/i di Audit: | |
| Tipologia di Audit (compliance/operational/follow up): | |
| Codice della check-list (WP's ref.): | |
| Numero domanda (estratta a campione): | |
| Data presentazione domanda (ricezione): | |
| Nome del beneficiario: | |
| Codice Fiscale/Partita IVA/CUUA: | |
| Misura del P.S.R.: | |
| Tipo di domanda (iniziale/conferma impegno/cambio beneficiario): | |
| Importo totale dell'aiuto autorizzato: | |
| Quota FEASR: | |
| Quota nazionale: | |
| Quota provinciale: | |
| Tipologia di pagamento (anticipo/SAL/saldo): | |
| Esercizio finanziario: | |
| Numero e data della Determinazione di liquidazione: | |
| Numero e data del protocollo di trasmissione della Determinazione di liquidazione all'Unità Esecuzione Pagamenti: | |
| Pratica estratta nel campione da sottoporre a controllo in loco (si/no): | |
| In caso affermativo è rientrato l'esito del controllo in loco? (si/no/non applicabile) | |
| Esito del controllo (positivo/parzialmente positivo/negativo): | |

VERIFICHE SUL PROCESSO PRINCIPALE "AUTORIZZAZIONE PAGAMENTI"

PROCESSO SECONDARIO: ACQUISIRE LA DOMANDA ED EFFETTUARE L'ISTRUTTORIA

| DESCRIZIONE TEST | VERIFICATO NESSUNA ANOMALIA | VERIFICATO: RILEVATA ANOMALIA vedi NOTE/CRITICITA' | NON APPLICABILE | NOTE/OSSERVAZIONI (CRITICITA') (inserire anche il WP's Ref. della documentazione relativa alla criticità) |
|------------------|-----------------------------------|---|-----------------|---|
| ... | | | | |
| ... | | | | |
| ... | | | | |

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 4 - Esempio di verbale di controllo

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
|  | APPAG - Agenzia provinciale per i pagamenti Via G. B. Trener, 3 – 38100 Trento - tel. 0461 495877 fax 0461 495810 - e-mail: appag@provincia.tn.it | Controllo interno |  |
|---|--|-------------------|---|

VERBALE DI CONTROLLO

| | |
|---|----------------------------------|
| Codice intervento di audit: | |
| Ref. della check list: | |
| | |
| Data: | Struttura auditata: |
| Referente struttura auditata: | Auditor Controllo Interno APPAG: |
| <p>Come previsto dal Memorandum di pianificazione dell'intervento di audit, Prot. n. ... del..., il giorno xx/xx/xxxx i sottoscritti (nomi e cognomi), auditors del Controllo Interno dell'APPAG, hanno effettuato le verifiche previste dall'intervento di audit sul processo, formalizzate nella check list allegata al presente verbale.</p> | |
| <p>Conclusioni: Dalle verifiche effettuate non sono emerse anomalie/irregolarità.</p> <p>oppure</p> <p>Dalle verifiche effettuate sono emerse le seguenti anomalie/irregolarità:</p> <p>1) ...</p> <p>2) ...</p> <p>3) ...</p> | |
| Dichiarazioni del soggetto auditato: | |
| | |

Firma auditor: _____ Data:

Firma soggetto auditato: _____ Data:

Visto dal Responsabile Controllo Interno dell'APPAG (firma) _____ Data:

ALLEGATO 5 - Relazione finale di controllo

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
|  | APPAG - Agenzia provinciale per i pagamenti Via G. B. Trener, 3 – 38100 Trento - tel. 0461 495877 fax 0461 495810 - e-mail: appag@provincia.tn.it | Controllo interno |  |
|---|--|-------------------|---|

DA: *Responsabile Controllo Interno APPAG*

A: Responsabile processo/OD auditato

CC: *Direttore APPAG*

Trento, lì (data):

Prot. n.:

Oggetto: RELAZIONE FINALE DI CONTROLLO

Codice intervento di audit:

RIEPILOGO DELL'AUDIT:

OBIETTIVI E PORTATA DELL'INTERVENTO DI AUDIT:

RISULTATI , CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI:

Il seguente testo ha solamente finalità esemplificative:

Dal lavoro svolto sono emerse le seguenti criticità/irregolarità (osservazioni):

1) _____;

2) _____;

3) _____.

| |
|--|
| OSSERVAZIONI E RACCOMANDAZIONI: |
|--|

| |
|---|
| PROCESSO PRINCIPALE/SUPPORTO: PROCESSO SECONDARIO: NUMERO OSSERVAZIONE: ARGOMENTO OSSERVAZIONE: LIVELLO DI CRITICITA' (Alto/Medio/Basso): |
|---|

| OSSERVAZIONE | RISCHIO | RACCOMANDAZIONI | PIANI DI AZIONE | DATA E RESPONSABILE PIANO DI AZIONE |
|--------------|---------|-----------------|-----------------|---|
| | | | | Data prevista: Responsabile dei piani di azione: |

....omississ....

Sigla auditor: _____

Il Responsabile del Controllo Interno
(Firma)

ALLEGATO 6 - Tavola di follow-up

| | | |
|---|--|---|
|  | APPAG - Agenzia provinciale per i pagamenti Via G. B. Trener, 3 – 38100 Trento - tel. 0461 495877 fax 0461 495810 - e-mail: appag@provincia.tn.it | Controllo interno  |
|---|--|---|

| Processo | Unità Auditata | COD AUDIT | DATA AUDIT | Tipo | OSSERVAZIONE | AZIONE DA IMPLEMENTARE | Responsabilità | Data scadenza | Data completamento | AUDIT STATUS |
|----------|----------------|-----------|------------|------|--------------|------------------------|----------------|---------------|--------------------|--------------|
| | | | | | | | | | | |

Data follow-up: _____

Legenda:

AUDIT STATUS:

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