

**PROCEDURA DI GESTIONE
DEGLI *AUDIT* INTERNI**

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
10/06/2014	22/07/2014	30/12/2014

INDICE DI REVISIONE	CAPITOLO/PARAGRAFO MODIFICATO	DATA DI APPROVAZIONE REVISIONE	MOTIVO DELLA REVISIONE
00			Emissione del documento
01	2; 3; 4; 5	13/10/2017	Adeguamento a D.M. 987/2016 e Linee Guida ANVUR 2017
02	2; 3; 4; 5; 6	30/05/2022	Aggiornamento

INDICE

1. Scopo e campo di applicazione
2. Riferimenti
3. Acronimi e definizioni
4. Responsabilità
5. Attività
6. Allegati

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è definire le modalità per la conduzione degli *audit* interni ai fini della verifica della conformità del Sistema Qualità di Ateneo ai requisiti di Assicurazione della Qualità.

2. RIFERIMENTI

- L. 30 dicembre 2010, n. 240
- D. Lgs 27 gennaio 2012, n. 19
- D.M. 14 ottobre 2021, n. 1154
- Linee Guida ANVUR per l'Accreditamento periodico delle sedi e dei corsi di studio universitari (versione del 10 agosto 2017)
- P02_Procedura di gestione dell'offerta formativa
- UNI EN ISO 9001:2015

3. ACRONIMI E DEFINIZIONI

- NC: Non conformità
- OSS: Osservazione
- AQ: Assicurazione della Qualità
- AVA: Accreditamento Valutazione Autovalutazione
- PQA: Presidio di Qualità di Ateneo
- RRC: Rapporto di Riesame Ciclico
- CPDS: Commissioni Paritetiche
- NdV: Nucleo di Valutazione

 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA TUSCIA	P03_PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	Ed.01
		Rev. 02
		30/05/2022
		Pagina 3 di 4

- SMA: Schede di Monitoraggio Annuale

L'**Audit interno** è un'attività volta alla valutazione del rispetto dei requisiti previsti dal Sistema di Qualità di Ateneo.

4. ATTIVITÀ

Gli audit interni si dividono in tre categorie:

1. *Audit di conformità (compliance audit)*: si svolgono almeno una volta l'anno e hanno l'obiettivo di verificare il rispetto della normativa esterna (ad es. L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, prescrizioni ANVUR) ed interna dell'Ateneo (ad es. regolamenti, procedure e istruzioni operative).
2. *Audit operativo o di performance (performance audit)*: verifica che le risorse siano state usate in maniera efficace ed efficiente, in relazione agli obiettivi dell'Ateneo.
3. *Audit di tipo reporting*: hanno l'obiettivo di verificare l'attendibilità delle informazioni finanziarie e non, pubblicate e diffuse ai portatori di interesse.

Le attività di *audit* sono condotte attraverso le seguenti fasi:

1. La prima attività della procedura di *Audit* consiste in una breve interazione dell'*Auditor* con i Responsabili delle procedure suddette, in cui vengono descritte le modalità e i tempi per la conduzione della verifica interna, si individuano i documenti di riferimento e si risolvono eventuali incertezze.
2. L'*Auditor* deve raccogliere tutte le evidenze relative alle attività poste in essere dalle strutture utilizzando i sistemi informativi in dotazione. La fase di raccolta dei dati, ove non reperibili su piattaforme condivise o in rete, si svolge anche interagendo con i Responsabili suddetti. Nella conduzione della verifica interna e nell'esame della documentazione, l'*Auditor* rispetta i punti della *Check list* prevista.
3. L'attività di *Audit* si conclude con un incontro in cui l'*Auditor* presenta le risultanze della sua attività di verifica ed eventuali rilievi emersi (non conformità e/o osservazioni), in relazione ai quali il Responsabile propone tempi e modi per attuare le azioni correttive. Le risultanze e i rilievi dell'*Audit* vengono registrati dall'*Auditor* in un Rapporto (cd. "Rapporto di *Audit*"), inviato al Responsabile e al Direttore del Centro di spesa.

Eventuali rilievi dell'*Audit* si classificano come:

- **Non conformità (NC)**, quando non sono rispettate le disposizioni Statali e di Ateneo
- **Osservazione (OSS)**, quando vengono riscontrate incoerenze o mere imprecisioni.

 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA TUSCIA	P03_PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI <i>AUDIT</i> INTERNI	Ed.01
		Rev. 02
		30/05/2022
		Pagina 4 di 4

Per le NC è sempre richiesta un'azione correttiva mentre per le OSS non è richiesta, ma è fortemente consigliata in un'ottica di miglioramento continuo.

L'*Auditor* concorda con i Responsabili le azioni correttive e le modalità di attuazione e le registra nel Rapporto. Nel corso dell'*Audit* successivo sarà valutata l'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive.

5. RESPONSABILITÀ

Al fine di garantire un costante raccordo delle attività di *auditing* con quelle della trasparenza e della prevenzione della corruzione è prevista una Struttura deputata alle attività di *Audit* composta da più unità dedicate ai singoli processi individuati nel Piano biennale di *Audit* con la supervisione e il coordinamento del Referente del Rettore per il bilancio, il controllo interno e la gestione dei rischi e il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In particolare, sono istituite apposite unità di *Audit* con personale competente nei diversi ambiti con il compito di svolgere le predette attività secondo l'iter e la metodologia previsti nel Manuale delle Procedure.

6. ALLEGATI

- Check list (P03_M01)
- Rapporto di *Audit* (P03_M02)