



**MODELLO METODOLOGICO PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI
VERIFICA PREVENTIVA E ISPETTIVA SULLE FEDERAZIONI SPORTIVE
NAZIONALI, LE DISCIPLINE SPORTIVE ASSOCIATE E GLI ENTI DI
PROMOZIONE SPORTIVA**

Indice

1 Premessa	3
1.1 Obiettivo del documento	3
1.2 Struttura del documento	4
2 Framework di riferimento	4
2.1 COSO Framework Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance	5
2.2 Basic Universal Principles of Good Governance of the Olympic and Sports Movement	6
2.3 ASOIF Governance Task Force Framework	6
2.4 Capability Maturity Model Integration	7
2.5 COSO Internal Control - Integrated Framework	8
2.6 Triangolo delle frodi	10
3 Metodologia di valutazione del Sistema di Governance	12
3.1 Finalità e Obiettivi	12
3.2 Struttura logica.....	13
3.3 Modalità di rilevazione dei dati e delle informazioni	18
3.4 Modalità di misurazione	19
3.5 Rappresentazione degli esiti della valutazione	21
3.6 Aspetti procedurali	21
4 Verifica preventiva del Sistema di Controllo Interno e di Gestione del Rischio (SCI GR)	22
4.1 Finalità e Obiettivi	22
4.2 Struttura logica.....	23
4.3 Modalità di misurazione dell'adeguatezza dei presidi di controllo.....	32
4.4 Rappresentazione degli esiti della verifica	34
4.5 Aspetti procedurali	36
5 Verifiche Ispettive	38

1 Premessa

1.1 Obiettivo del documento

Il potere/dovere di vigilanza del CONI sulle Federazioni Sportive Nazionali (FSN), le Discipline Sportive Associate (DSA) e gli Enti di Promozione Sportiva (EPS) è sancito dalla Legge nonché dallo Statuto dell'Ente stesso.

Il CONI esercita tale potere/dovere attraverso l'attività di verifica preventiva e ispettiva effettuate attraverso la metodologia descritta nel presente documento.

Nell'ambito delle verifiche preventive, il presente documento introduce la valutazione del Sistema di Governance e rende più efficienti a parità di efficacia, passando dalla logica "a consuntivo" precedentemente adottata a una "on-going", le verifiche sul Sistema di Controllo Interno e di gestione dei rischi (di seguito anche "SCIGR").

La valutazione del Sistema di Governance è effettuato almeno una volta ogni quattro anni e in sostituzione delle verifiche effettuate sullo SCIGR, che invece hanno cadenza annuale.

Gli Standard Internazionali per la Pratica Professionale dell'Internal Auditing promossi dall'IIA¹ definiscono la governance: *«L'insieme dei procedimenti e delle strutture messi in atto dall'organo di governo dell'organizzazione per informare, indirizzare, dirigere, gestire e controllare le attività dell'organizzazione nel raggiungimento dei suoi obiettivi».*

Il CONI persegue i principi di "good governance"² promuovendone la diffusione e la concreta attuazione nel sistema sportivo italiano e in particolare fa riferimento al Code of Ethics e ai Basic Universal Principles of Good Governance of the Olympic and Sports Movement del Comitato Olimpico Internazionale.

¹ The Institute of Internal Auditors.

² Si fa riferimento ai seguenti principali documenti:

- "Recommendation Rec(2005)8 on the Principles of Good Governance" (2005), Council of Europe.
- "White paper on Sport" (2007), European Commission Communities.
- "Basic Universal Principles of good Governance of the Olympic and Sports Movement" (2008), International Olympic Committee.
- "Principles of good governance in sport" (2013), European Commission Expert Group Good Governance.
- "Guide to Corporate Responsibility" (2014), Global Compact.
- "Consolidated minimum requirements for the implementation of the Basic Principles of Good Governance for NOCs" (2016), International Olympic Committee.
- "International Federation Self-Assessment Questionnaire" (2016), ASOIF Governance Task Force.

In tal senso, il CONI ha aderito all'iniziativa UN Global Compact nel 2016, un codice volontario che nasce per promuovere un'economia globale sostenibile e richiede alle aziende ed alle organizzazioni che vi aderiscono l'adozione di comportamenti proattivi nel campo della tutela dei diritti umani, dell'ambiente, della sicurezza sul lavoro, della lotta alla corruzione e più in generale di supportare i più ampi obiettivi di sviluppo posti dalle Nazioni Unite stesse.

1.2 Struttura del documento

A seguito della presente premessa, il secondo capitolo descrive i framework di riferimento cui ci si è ispirati per la valutazione del Sistema di Governance e per le verifiche sul Sistema di Controllo Interno e di gestione dei rischi. Il terzo capitolo contiene la metodologia che è stata sviluppata per le verifiche preventive. L'ultimo capitolo descrive le modalità di effettuazione delle verifiche ispettive.

2 Framework di riferimento

I modelli alla base della metodologia sviluppata sono:

- con riferimento al Sistema di Governance:
 - il “COSO Framework Enterprise Risk Management” (edito nel 2017 dal Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission³);
 - i “Basic Universal Principles of Good Governance of the Olympic and Sport Movement” (2008, Comitato Olimpico Internazionale);
 - l’“ASOIF Governance Task Force Framework - International Federation Self-Assessment Questionnaire” (2016, ASOIF⁴);
 - il “Capability Maturity Model Integration (CMMI) for Development” (edito nel 2010 dal gruppo di esperti del CMMI Product Team⁵).
- con riferimento alla verifica dello SCIGR:

³ Il Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission è un comitato fondato in America nel 1992 su iniziativa di 5 primarie organizzazioni (IMA, AAA, AICPA, IIA, FEI) per fornire una leadership di pensiero alla direzione aziendale e agli enti governativi, sviluppando framework e linee guida per la gestione dei rischi aziendali, controllo interno e frode.

⁴ L’ASOIF, Association of Summer Olympic International Federations, è un’associazione che raggruppa le Federazioni Sportive Internazionali che fanno capo al Comitato Olimpico Internazionale e che governano le discipline facenti parte del programma dei Giochi olimpici estivi.

⁵ Il CMMI Product Team è costituito da membri rappresentativi del settore industriale e del governo americano e anche del Software Engineering Institute (SEI), centro di ricerca presso la Carnegie Mellon University.

- il “COSO Internal Control - Integrated Framework” (edito nel 2013 dal Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission);
- il “Triangolo delle frodi” (tratto da uno studio di Donald R. Cressey, *Other People's Money*, edito nel 1973).

2.1 COSO Framework Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance

Il “COSO ERM Framework”, edito dal Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) nel 2004 e aggiornato da ultimo nel 2017, contiene indicazione dei principi a cui le organizzazioni possono fare riferimento per creare valore per i propri stakeholder e per gestire le sfide ed i rischi connessi.

Le 5 componenti del framework sono dettagliate in principi che definiscono differenti ambiti decisionali e tematici che un’organizzazione deve tenere in considerazione per la creazione di valore:

- **Governance & Culture:** rappresenta le fondamenta delle altre componenti e l’atmosfera culturale entro la quale le persone appartenenti a un’organizzazione svolgono le loro attività e realizzano le loro responsabilità. Si sostanzia in: “tone at the top”, filosofia decisionale e di gestione, ruoli e responsabilità, competenze e gestione delle risorse, valori etici, standard comportamentali, ecc.;
- **Strategy & Objective-Setting:** processo di definizione degli obiettivi dell’organizzazione in linea con la mission (fine ultimo dell’organizzazione, cosa vuole raggiungere e motivo stesso della sua esistenza), la vision (aspirazione per il futuro, cosa l’organizzazione intende raggiungere), i valori fondamentali dell’organizzazione e la sua propensione al rischio;
- **Performance:** processo di identificazione degli eventi che possono impattare gli obiettivi dell’organizzazione, analisi e valutazione dei rischi e definizione delle azioni di gestione degli stessi tenuta presente la tolleranza al rischio;
- **Review & Revision:** monitoraggio dei processi di governance, di definizione degli obiettivi e di gestione dei rischi al fine di comprendere i cambiamenti che possono influire sull’efficienza ed efficacia degli stessi e sulle performance dell’organizzazione in un ottica di adattamento continuo;
- **Information, Communication & Reporting:** processo di identificazione, raccolta e trasmissione di informazioni rilevanti e tempestive che permette alle persone di svolgere i propri compiti e di prendere decisioni consapevoli.

I principi del framework possono essere adottati a differenti livelli dell’organizzazione (intera organizzazione/“entity level”, unità di business, processo, attività).

La figura seguente (*fi. 1*) illustra i principi di riferimento di ciascuna componente del framework:



Fig. 1 - COSO Framework ERM: Componenti e principi (COSO, 2017)

2.2 Basic Universal Principles of Good Governance of the Olympic and Sports Movement

I “Principles of Good Governance” (di seguito anche “PGG”) rappresentano la linea guida fornita dal Comitato Olimpico Internazionale a tutti i Comitati Olimpici Nazionali per implementare un approccio condiviso alla “good governance” e disporre di uno strumento per identificare le possibili debolezze del proprio sistema di governo e le connesse necessarie azioni di rimedio.

I PGG identificano i seguenti 7 principi che tutte le Organizzazioni facenti parte del Movimento Olimpico devono tenere in considerazione per disegnare e valutare il proprio modello di governance:

1. Vision, mission and Strategy.
2. Structures, regulations and democratic processes.
3. Highest level of competence, integrity and ethical standards.
4. Accountability, transparency and control.
5. Solidarity and development.
6. Athletes’ involvement, participation and care.
7. Harmonious relations with governments while preserving autonomy.

I PGG sono declinati in ulteriori 38 temi che forniscono una rappresentazione di dettaglio di ciascun principio.

2.3 ASOIF Governance Task Force Framework

La Governance Task Force dell’ASOIF (Association of Summer Olympic International Federations) ha sviluppato una metodologia per la rilevazione dello stato della governance delle Federazioni Internazionali degli Sport Olimpici Estivi volta a individuare le best-practice e gli ambiti prioritari di

intervento per promuovere la cultura ispirata alla “good governance” e supportare le Federazioni nel raggiungimento del più elevato livello di governance realizzabile nel contesto di riferimento e rispetto alle potenzialità di ciascuna Federazione.

La Task Force ha utilizzato un Self-Assessment Questionnaire come strumento di rilevazione che prevede una sezione introduttiva, che indaga l’adozione di Codici ed il livello di compliance rispetto ai principali documenti di riferimento del Movimento Olimpico, come la Carta Olimpica e il Codice Mondiale Antidoping, e a seguire è articolato in 50 indicatori, chiari e misurabili, organizzati in 5 sezioni:

1. Trasparency.
2. Integrity.
3. Democracy.
4. Development/Solidarity.
5. Control Mechanism.

Ciascuna sezione sopra elencata è costituita da set di 10 indicatori.

2.4 Capability Maturity Model Integration

Il “Capability Maturity Model” è stato ideato ed introdotto inizialmente da Watts Humphrey nell’ambito del proprio incarico in IBM per il Ministero della Difesa Statunitense. Il modello è stato acquisito, sviluppato e sponsorizzato dalla Carnegie Mellon University - Software Engineering Institute (SEI) ed è stato formalizzato nel libro “Managing the software process” edito nel 1989.

Successivamente, il CMM è stato evoluto nel “Capability Maturity Model Integration” (di seguito anche “CMMI”) grazie alla cooperazione di rappresentanti dell’industria, del governo e della SEI. Oggi il CMMI è amministrato dal CMMI Institute, una filiale dell’ISACA (Information Systems Audit and Control Association) che a livello internazionale è riconosciuta per la competenza sui temi dell’IT governance.

Il CMMI è declinato in differenti versioni, tutte orientate a fornire alle organizzazioni una guida per migliorare la propria performance.

Si è fatto particolare riferimento alla versione “CMMI for Development”, aggiornata al 2010, che persegue l’ottimizzazione dei processi al fine di sviluppare prodotti/servizi in linea con le necessità e le aspettative dei propri stakeholder, utilizzare al meglio le risorse disponibili e contribuire allo sviluppo dell’ambiente di riferimento. Tale versione risulta essere una delle best-practice in ambito più complete e riconosciute a livello internazionale.

Il Framework è basato su 5 livelli di maturità che definiscono un percorso evolutivo di progressiva efficacia dei processi dell’organizzazione, come illustrato nella figura seguente (*fig. 2*).



Fig. 2 - CMMI: Livelli di maturità (CMMI Institute, 2010)

Ogni livello di maturità corrisponde ad un differente scenario e la lettura dinamica degli scenari offre un percorso strutturato e sistematico per l'evoluzione e il miglioramento di un'organizzazione e dei suoi processi.

2.5 COSO Internal Control - Integrated Framework

Il "COSO IC Framework", edito dal Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission nel 1999 e successivamente aggiornato nel 2013, rappresenta il Sistema di Controllo Interno e di Gestione dei rischi (SCIGR) attraverso tre dimensioni, come illustrato a seguire in *fig. 3*:

- gli obiettivi del SCIGR, ovvero gli obiettivi di efficacia ed efficienza dei processi aziendali (operations), affidabilità delle informazioni gestionali ed economico-finanziarie (reporting), conformità alle leggi e ai regolamenti interni ed esterni (compliance);
- i vari livelli dell'organizzazione in cui il SCIGR viene implementato (società, unità di business, funzione aziendale, processo, attività, ecc.);
- le 5 componenti fondamentali del SCIGR:
 1. ambiente di controllo (*Control Environment*): rappresenta il contesto generale nel quale le risorse aziendali svolgono le attività ed espletano le proprie responsabilità. Esso include l'integrità ed i valori etici dell'azienda, la struttura organizzativa, il sistema di attribuzione ed il relativo esercizio di deleghe e responsabilità, la segregazione delle funzioni, le politiche di

gestione ed incentivazione del personale, la competenza delle risorse e, più in generale, la “cultura” dell’azienda;

2. valutazione dei rischi (*Risk Assessment*): consiste nel processo di individuazione dei rischi, analisi e valutazione dei potenziali impatti e di definizione delle azioni di prevenzione o contenimento;
3. attività di controllo (*Control Activities*): è l’elemento attuativo del SCIGR aziendale. Esso si configura attraverso l’insieme delle politiche, delle procedure e delle prassi, definite per consentire all’organizzazione il raggiungimento degli obiettivi aziendali e la riduzione dei correlati rischi ad un livello accettabile. Le attività di controllo includono, ad esempio, i limiti autorizzativi, i controlli per ridurre l’esposizione alle perdite e alle frodi, le procedure istituite per assicurare l’affidabilità dei dati e l’integrità delle informazioni, le procedure idonee a consentire la conformità alle leggi e ai regolamenti;
4. informazione e comunicazione (*Information & Communication*): include sia i sistemi idonei ad acquisire ed elaborare i dati e le informazioni rilevanti per la gestione del *business*, sia i meccanismi idonei ad assicurare un’efficace comunicazione delle stesse all’interno e all’esterno dell’organizzazione;
5. monitoraggio (*Monitoring Activities*): è l’insieme delle attività necessarie per verificare e valutare periodicamente l’adeguatezza, l’operatività e l’efficacia dei controlli interni, al fine di un loro miglioramento continuo. Tali attività vengono svolte sia dai responsabili di processo/struttura organizzativa, attraverso un monitoraggio sistematico e continuo (2° livello di controllo), sia da strutture interne indipendenti che operano attraverso valutazioni specifiche (3° livello di controllo).



Fig. 3 - COSO Internal Control - Integrated Framework (COSO, 2013)

2.6 Triangolo delle frodi

Ai fini della verifica del SCIGR sono state prese a riferimento alcune delle principali teorie sviluppate sui fattori che incidono sui comportamenti contrari all'etica in ambito aziendale. Uno dei principali supporti metodologici di riferimento è rappresentato dal cd. "Triangolo delle frodi", tratto da uno studio di Donald R. Cressey, *Other People's Money* edito nel 1973, nell'ambito del quale si identificano tre variabili alla base della commissione di ritenuto inaccettabile o fraudolento:

- Incentivi/pressioni avvertite dal singolo, ad esempio vendetta, difficoltà economiche personali, ma anche errata interpretazione dei risultati attesi dall'organizzazione, ecc.;
- Razionalizzazione o normalizzazione, ossia quel meccanismo psicologico che scatta prima che maturi nell'individuo la scelta di violare le norme, che lo induce a giustificare la portata anti-etica ed antiggiuridica, attribuendone la colpa ad altri membri dell'organizzazione o a fattori a lui estranei ("gli altri fanno peggio, lo fanno anche i capi, etc..."). Tale meccanismo ben si coniuga e può trovare un forte elemento di mitigazione proprio nel controllo ambientale, in un vertice esemplare ed in una diffusione di valori etici;
- Opportunità, legato alla consapevolezza dell'autore di poter sfruttare i punti deboli esistenti nel sistema dei controlli interni. Infatti nonostante nel corso della vita lavorativa di un soggetto possano verificarsi una serie di circostanze in grado di attivare le variabili "Razionalizzazione" e "pressioni/incentivi", nessuna frode potrebbe aver luogo se non esistesse la possibilità di sfruttare le carenze o i punti di debolezza del sistema di controllo. Ma tale elemento investe anche la comunicazione, in quanto non basta avere un efficace ed efficiente Sistema di Controllo Interno, ma è necessario che come tale sia percepito da tutti i destinatari.

Ad integrazione di quanto sopra, recenti studi hanno identificato una ulteriore variabile rappresentata dalla capacità del soggetto di saper trarre vantaggio dalle debolezze del Sistema di Controllo Interno.

Ai fini dell'individuazione di possibili schemi di frode, viene presa in considerazione la tassonomia sviluppata dalla "Association of Certified Fraud Examiners" (ACFE), che riconduce tutti i possibili schemi di frode a tre macro categorie:

- Frodi di bilancio (financial statement fraud): si estrinsecano attraverso la commissione di uno o più atti intenzionali effettuati allo scopo di fornire una rappresentazione alterata e ingannevole della situazione economico, finanziaria e patrimoniale dell'azienda. Generalmente tale categoria di frode viene perpetrata da soggetti apicali dell'organizzazione, con l'obiettivo di ottenere degli ingiusti vantaggi. Ma vi rientrano anche tutte le forme di falsificazioni di documenti contabili, anche quando strumentali ad altre violazioni (es. falsificazione dei rimborsi);

- Appropriazione indebita di beni (asset misappropriation): comprende tutti quegli schemi illeciti aventi ad oggetto forme di malversazione e distrazione di risorse e patrimonio aziendale. In particolare l'appropriazione indebita può riguardare denaro, beni materiali diversi dalle disponibilità liquide, beni immateriali. Questa categoria di frode rappresenta, secondo l'ACFE, quella più diffusa.
- Corruzione (corruption): riguarda tutti quei comportamenti di abuso di potere, di autorità, o di conoscenza attuati con l'intento di attribuire un illegale o ingiusto vantaggio o beneficio proprio o di determinati soggetti sia esterni sia interni all'organizzazione.

Infine un ulteriore elemento preso in considerazione per l'identificazione e l'investigazione delle frodi è rappresentato dagli indicatori di frode (c.d. red flags o segnali di anomalia), che rappresentano quelle condizioni, situazioni sintomatiche, indizi, riconducibili ad attività fraudolente o disoneste o al tentativo di occultarne le tracce.

3 Metodologia di valutazione del Sistema di Governance

La metodologia di valutazione del Sistema di Governance è descritta nei paragrafi successivi in termini di:

- Finalità e Obiettivi.
- Struttura logica.
- Modalità di rilevazione dei dati e delle informazioni.
- Modalità di misurazione.
- Rappresentazione degli esiti della valutazione.
- Aspetti procedurali.

3.1 Finalità e Obiettivi

Il Comitato Olimpico Internazionale (IOC) considera la “good governance” un principio fondamentale del Movimento Olimpico; la Carta Olimpica sancisce la responsabilità delle Organizzazioni che fanno parte del Movimento a garantire che i principi di “good governance” vengano applicati e il Codice Etico IOC richiede che i “Basic Universal Principles of Good Governance of the Olympic and Sports Movement” (di seguito anche “PGG”) siano rispettati da tutti i componenti del Movimento Olimpico.

La “Recommendation 27” dell’Agenda Olimpica 2020 ribadisce il carattere fondamentale della compliance ai PGG da parte di tutte le Organizzazioni facenti parte del Movimento Olimpico.

La “good governance” nel settore sportivo assume particolare rilievo giacchè rappresenta *«la base fondamentale per assicurare l’Autonomia delle Organizzazioni Olimpiche e Sportive e per assicurare che tale Autonomia sia rispettata dagli [...] stakeholder.»* (Risoluzione n. 5 del secondo seminario sull’autonomia del Movimento Olimpico e Sportivo, IOC, 2008).

Numerose sono le iniziative internazionali multi-stakeholder in tema di governance e contrasto alla corruzione nel settore sportivo come quelle promosse dall’IPACS (Partnership against Corruption in Sport)⁶.

⁶ L’IPACS (Partnership Against Corruption in Sport) è la partnership creata in occasione dell’incontro tenutosi a Parigi presso il Consiglio di Europa (Giugno 2017) che si prefigge l’obiettivo di riunire organizzazioni sportive internazionali, governi e organizzazioni non governative nonché altri rilevanti stakeholder al fine di contrastare ed eliminare la corruzione nel mondo dello Sport, promuovendo la cultura di “good governance”. In tale occasione sono stati coinvolti come ospiti e co-organizzatori il Dipartimento Britannico per la Cultura, la Comunicazione e lo Sport, il Consiglio d’Europa, il Comitato Olimpico Internazionale e l’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) - oltre all’ASOIF e ad altre organizzazioni internazionali - discutere e identificare principi di “good governance” in ambito sportivo.

La metodologia di valutazione del Sistema di Governance si inserisce in tale contesto ed è finalizzata a comprendere il livello di maturità e le opportunità che possono supportare la creazione di valore per gli stakeholder del sistema sportivo, individuando e promuovendo best-practice nonché definendo e implementando azioni trasversali di sviluppo ed evoluzione.

3.2 Struttura logica

La presente metodologia è riferita esclusivamente all'ambito di governance "off-the field" ovvero quello relativo all'organizzazione e alla "macchina decisionale e amministrativa" e non alla "performance sportiva".

Sono stati identificati i seguenti 4 "ambiti tematici" che caratterizzano il Sistema di Governance delle FSN:

1. Democrazia.
2. Ambiente e cultura etica.
3. Obiettivi, rischi e controlli.
4. Accountability e trasparenza.

Ciascun ambito è sviluppato:

- verticalmente, in "temi" e "sotto-temi" specifici che riflettono i punti fondamentali delle 5 componenti del COSO ERM Framework, dei 7 principi del CIO e le 5 sezioni dell' ASOIF, adattandoli al contesto di riferimento delle FSN (lo schema rappresentato in *fig. 4* descrive i 4 ambiti e la loro articolazione);
- orizzontalmente, in un percorso evolutivo di progressiva efficacia decisionale, organizzativa e gestionale declinato nei seguenti 4 livelli di maturità standard (come mostrato nello schema di cui alla *fig.5*):
 1. Iniziale.
 2. Gestito.
 3. Definito.
 4. Ottimizzato.

Ambiti tematici				
DEMOCRAZIA	AMBIENTE E CULTURA ETICA	OBIETTIVI, RISCHI E CONTROLLI	ACCOUNTABILITY E TRASPARENZA	
<p>Temi e sottostanti aspetti di dettaglio (esempi)</p>	<p>► Partecipazione democratica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regole per l'elettorato passivo. Meccanismi elettivi. Commissioni di verifica dei diritti di voto e di controllo delle votazioni effettuate. Gestione delle segnalazioni e dei ricorsi. Durata dei mandati. --- <p>► Qualità del processo elettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programmi e obiettivi alla base delle candidature. Presentazione in sede istituzionale dei programmi. Pubblicazione di informazioni sulle candidature. --- <p>► Gestione dei conflitti di interessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione e gestione dei conflitti di interesse per l'elettorato passivo. Identificazione e pubblicità degli atti federali che, nel periodo temporale a cavallo del processo elettivo, possono definire un conflitto interesse potenziale o percepito. --- 	<p>► Cultura etica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tone at the top. Codici, norme e standard di condotta. Sistemi sanzionatori e disciplinari. Gestione delle segnalazioni (whistleblowing). Formazione in materia di etica. Commissioni e responsabilità in materia di etica. --- <p>► Processo decisionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agenda e frequenza delle riunioni. Informazioni a supporto delle decisioni. Temi trattati e tempi dedicati. --- <p>► Strutture, autorità e responsabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organigramma. Flussi di autorità. Job description. --- <p>► Sviluppo delle competenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valutazione delle competenze come leva strategica. Formazione e sviluppo dei talenti. --- 	<p>► Processo di definizione degli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione mission e strategia. Pianificazione e allineamento degli obiettivi alla strategia. --- <p>► Processo di gestione dei rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Individuazione degli eventi e dei rischio. Valutazione dei rischi. Definizione delle risposte al rischio. --- <p>► Processo di controllo interno</p> <ul style="list-style-type: none"> Disegno, effettuazione e manutenzione dei controlli necessari a raggiungere gli obiettivi di tipo strategico, operativo, relativi all'informativa finanziaria e di compliance stante la tolleranza al rischio definita. --- <p>Conflitti di interesse</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione e gestione dei conflitti di interesse in ambito di gestione e controllo e nei rapporti con terzi. --- 	<p>► Flussi informativi interni</p> <ul style="list-style-type: none"> Processi di comunicazione e scambio di informazioni rilevanti con e tra gli stakeholder interni e organi decisionali e di controllo interni ed esterni. --- <p>► Misurazione delle performance</p> <ul style="list-style-type: none"> Processo di rilevazione e monitoraggio delle performance rispetto agli obiettivi assegnati. Metodi quali-quantitativi di misurazione delle performance (es. KPI). --- <p>► Attori del controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> Internal audit, External audit. Compliance officer. Commissione di controllo. Collegio dei Revisori. --- <p>► Trasparenza e affidabilità delle informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trasparenza e tracciabilità del processo elettivo. Trasparenza delle decisioni. Trasparenza delle performance. Bilancio di mandato. Bilancio sociale.

Fig. 4 - Schema: ambiti, temi e sotto-temi specifici

Livello 1 - Iniziale

I principi alla base dei meccanismi elettivi non sono omogenei tra le Federazioni. Le regole elettive non prevedono cause di ineleggibilità e/o incompatibilità né forme di equo Bilanciamento delle rappresentanze (es. tecnici, di genere,..). Non è definito un limite al numero dei mandati degli Organi di Vertice. I candidati presentano le proprie candidature direttamente in sede di Assemblea elettiva. La gestione di presunte irregolarità in merito al processo elettivo avviene in ambito endo-federale.

La Federazione non ha adottato una definizione di conflitto di interessi, né appositi meccanismi per la loro identificazione e gestione.

I valori, i principi e le regole etiche sono contenute nello Statuto o in altre Carte Federali. Non sono presenti strumenti per la gestione e l'investigazione delle segnalazioni.

La Federazione è focalizzata sugli aspetti repressivi riguardanti la "corruzione della performance" e non sulle politiche preventive.

Gli attori decisionali utilizzano un proprio modello mentale di rappresentazione del contesto interno ed esterno, alimentato sulla base dell'esperienza e di percezioni soggettive, e definiscono le decisioni da realizzare in assenza di un processo informativo a supporto strutturato. Non è dedicata adeguata riflessione ai temi di attualità e ai rischi significativi, anche emergenti, per la Federazione. Il modello di governo della Federazione è di tipo accentrato, dove il Consiglio Federale approva oltre il Bilancio, il Budget e le sue variazioni anche le singole spese delle Strutture.

Il riferimento strategico è statico e coincide con la *mission* prevista dallo Statuto. Non è presente un processo di definizione e assegnazione degli obiettivi alle strutture, che eseguono compiti e attività in assenza ruoli e responsabilità formalmente definite.

Sono assenti policy e procedure, le attività e i controlli sono basati sull'iniziativa e l'esperienza dei singoli individui in assenza di un riferimento metodologico. Non vi sono organi di controllo interni ed esterni e nemmeno strutture di assurance interna di secondo o terzo livello. Non è presente una gestione dei conflitti di interesse sui processi operativi (procurement, tesoreria,...).

Il processo democratico, il processo decisionale, la gestione e le performance non sono oggetto di forme di trasparenza.

I risultati sono rappresentati sostanzialmente in termini di Bilancio di esercizio, che tuttavia non è oggetto di pubblicazione.

I sistemi IT federali sono gestiti autonomamente dalle Strutture e i contratti con i fornitori IT non specificano le responsabilità, i requisiti in termini di privacy e gli obblighi reciproci in materia di sicurezza e di audit.

Livello 2 - Gestito

I principi alla base dei meccanismi elettivi non sono omogenei tra le Federazioni. Le regole elettive prevedono cause di ineleggibilità e/o incompatibilità, ma non prevedono forme di equo bilanciamento delle rappresentanze (es. tecnici, di genere,..). Il limite al numero dei mandati degli Organi di Vertice è stabilito in maniera discrezionale da ciascuna Federazione. I candidati presentano le proprie candidature ed i relativi programmi attraverso occasioni e eventi organizzati in modo autonomo rispetto alla Federazione. È presente un giudizio di secondo grado esogeno rispetto alla Federazione a cui fare ricorso, tuttavia non sono definite regole che assicurano la tempestività dei procedimenti.

La Federazione ha adottato una definizione di conflitto di interessi. I conflitti identificati sono gestiti di volta in volta sulla base delle contingenze.

Sono definiti e gestiti i fondamentali conflitti di interesse in relazione all'elettorato passivo. La Federazione ha adottato una propria definizione di conflitto di interessi e i conflitti identificati vengono gestiti di volta in volta sulla base delle contingenze. I meccanismi elettivi sono tracciabili ed oggettivi, ma sono assegnati voti multipli in assenza di metodi di bilanciamento. Sono presenti commissioni di verifica dei diritti di voto, conta e controllo delle votazioni effettuate, ma non sono presenti regole sulla loro indipendenza e regole sulla possibilità di effettuare segnalazioni e ricorsi tempestivi. Le candidature sono accompagnate da dichiarazioni programmatiche, ma non è presente un vero e proprio programma di mandato e non è data informazione istituzionale sul background dei candidati ed i loro obiettivi.

La Federazione ha adottato un proprio Codice Etico ma non è stata organizzata alcuna formazione né comunicazione relativamente all'adozione dello stesso. Le segnalazioni sono gestite e investigate anche se attraverso canali non strutturati.

La Federazione organizza programmi e iniziative per sensibilizzare gli stakeholder sui temi della "corruzione della performance".

Gli attori decisionali definiscono le decisioni da realizzare utilizzando dati forniti dalle strutture, ma basati principalmente su serie storiche e in assenza di un adeguato processo informativo a supporto. Gli attori decisionali sono informati, anche se non tempestivamente e non in modo strutturato, dei rischi significativi per la Federazione soprattutto in relazione ai temi di compliance. Il modello di governo della Federazione è di tipo accentrato, dove il Consiglio Federale approva oltre il Bilancio, il Budget e le sue variazioni anche le singole spese delle Strutture ad eccezione di alcune tipologie, come le spese ricorrenti.

Il riferimento strategico è statico e coincide con la *mission* prevista dallo Statuto, tuttavia alcuni obiettivi sono desumibili da varia documentazione (es. budget, relazione di gestione,..). Non è presente un processo di definizione e assegnazione degli obiettivi alle strutture, ma i ruoli e le responsabilità delle stesse risultano formalizzate.

Le attività sono svolte sulla base di prassi consolidate e sono presenti regolamenti che in via generale definiscono i principali aspetti dei cicli aziendali. I controlli chiave sono presenti ed effettuati - senza una periodica riflessione sulla loro adeguatezza - e sono focalizzati sull'informativa finanziaria. È presente un Collegio dei Revisori, ma non sono presenti strutture di assurance interna di secondo o terzo livello. Non è presente una gestione dei conflitti di interesse sui processi operativi (procurement, tesoreria,...).

Il processo democratico prevede la pubblicazione dei risultati. La gestione e le performance

	<p>sono, solo per alcuni aspetti, oggetto di forme di pubblicazione.</p> <p>I risultati sono rappresentati sostanzialmente in termini di Bilancio di esercizio che è oggetto di pubblicazione.</p> <p>I sistemi IT federali sono gestiti autonomamente dalle Strutture e i contratti con i fornitori IT specificano le responsabilità, i requisiti in termini di privacy e gli obblighi reciproci in materia di sicurezza e di audit.</p>
--	---

3 – Definito	4 - Ottimizzato
<p>I principi alla base dei meccanismi elettivi sono omogenei per tutte le Federazioni e garantiscono un equo bilanciamento di tutte le rappresentanze (es. tecnici, di genere,...). È definito un limite al numero di mandati degli Organi di Vertice pari o inferiore a 3. I candidati presentano le proprie candidature ed i relativi programmi nelle occasioni programmate dalla Federazione in vista dell'Assemblea elettiva. Per prevenire irregolarità durante il processo elettivo è prevista la presenza di soggetti terzi indipendenti (es. osservatore, commissione) con funzione di garanzia. È presente un giudizio di secondo grado esogeno rispetto alla Federazione a cui fare ricorso e sono definite regole che assicurano la tempestività dei procedimenti.</p> <p>La Federazione ha adottato una definizione di conflitto di interessi in linea con le best-practice internazionali (es. Linee Guida OECD "Managing conflict of interest in the public service"). Esiste un processo strutturato per l'identificazione, la valutazione e la gestione del conflitto d'interessi con riferimento alle attività federali più a rischio.</p> <p>La Federazione ha adottato un Codice Etico e il personale partecipa a corsi di formazione e aggiornamento, convegni e iniziative su tematiche ethics-related. È presente un sistema di gestione e investigazione delle segnalazioni. La Federazione pianifica regolarmente programmi e iniziative sui temi della "corruzione della performance", divulga materiale informativo per indicare come comportarsi nel caso in cui si venga avvicinati da soggetti corruttori e dispone di un canale per le segnalazioni.</p> <p>Gli attori decisionali definiscono le decisioni da realizzare utilizzando informazioni attendibili e fornite tempestivamente da process owner individuati. Gli obiettivi strategici sono definiti e le strutture realizzano specifici obiettivi con un certo grado di autonomia decisionale; tuttavia le performance sono misurate qualitativamente, in assenza di target specifici. Il modello di governo della Federazione è di tipo decentrato, dove il Consiglio Federale approva oltre il Bilancio, il Budget e le sue variazioni solo alcune spese rilevanti delle Strutture.</p> <p>Vi è commitment rispetto all'identificazione e la gestione dei rischi significativi e su tali temi gli attori decisionali ricevono un'informativa predisposta da soggetti investiti dei singoli temi.</p> <p>L'Organigramma e le Job Description sono formalizzate.</p> <p>Le attività sono svolte sulla base di procedure e l'adeguatezza dei controlli è valutata dai responsabili. Sono presenti strutture di assurance di secondo livello (es. compliance).</p> <p>Il processo democratico prevede la pubblicazione dei diritti di voto assegnati e dei risultati. La gestione e le performance sono oggetto di forme di trasparenza su alcuni temi quali ad esempio la pubblicazione di bandi di gara e contratti, sponsorizzazioni,... È presente un</p>	<p>I principi alla base dei meccanismi elettivi sono omogenei per tutte le Federazioni e garantiscono un equo bilanciamento di tutte le rappresentanze (es. tecnici, di genere,...). Sono previsti meccanismi di cooptazione per assicurare la presenza di Consiglieri indipendenti e con specifiche competenze professionali anche in materia di governance. È definito un limite al numero di mandati degli Organi di Vertice pari o inferiore a 3. I candidati presentano le proprie candidature ed i relativi programmi nelle occasioni programmate dalla Federazione in vista dell'Assemblea elettiva. Il sito web della Federazione prevede una apposita sezione che accoglie le informazioni sui candidati e i loro programmi.</p> <p>La Federazione ha adottato una definizione di conflitto di interessi in linea con le best-practice internazionali (es. Linee Guida OECD "Managing conflict of interest in the public service"). Esiste una procedura che definisce le responsabilità e le modalità di identificazione, valutazione e gestione del conflitto d'interessi con riferimento ai processi ed alle attività federali più a rischio. Esiste un apposito registro che rende tracciabile lo storico dei conflitti identificati e gestiti.</p> <p>Per prevenire irregolarità durante il processo elettivo è prevista la presenza di soggetti terzi indipendenti (es. osservatore, commissione) con funzione di garanzia. È presente un giudizio di secondo grado esogeno rispetto alla Federazione a cui fare ricorso e sono definite regole che assicurano la tempestività dei procedimenti. La Federazione ha adottato un Codice Etico e un Modello di compliance anti-corruzione ed il connesso sistema disciplinare. Il personale riceve formazione sulle tematiche ethics-related. È presente un sistema di gestione delle segnalazioni che garantisce la riservatezza del segnalante. La Federazione pianifica regolarmente programmi e iniziative sui temi della "corruzione della performance", divulga materiale informativo per indicare come comportarsi nel caso in cui si venga avvicinati da soggetti corruttori e dispone di un canale per le segnalazioni.</p> <p>Gli attori decisionali definiscono obiettivi misurabili e assumono le decisioni nell'ambito di processi strutturati di pianificazione e controllo. Gli obiettivi sono assegnati alle strutture e le rispettive performance sono misurate attraverso indicatori ad hoc. Il modello di governo della Federazione è di tipo decentrato, dove il Consiglio Federale approva solo il Bilancio, il Budget e le sue variazioni.</p> <p>Vi è un processo di gestione dei rischi significativi basato su un framework riconosciuto a livello internazionale.</p> <p>L'Organigramma e le Job Description sono formalizzate e i relativi aggiornamenti sono approvati e comunicati tempestivamente.</p>

Collegio dei Revisori e la revisione esterna di Bilancio.

I sistemi IT federali sono gestiti da un referente IT interno e i contratti con i fornitori IT specificano le responsabilità, i requisiti in termini di privacy e gli obblighi reciproci in materia di sicurezza e di audit che di volta in volta sono oggetto di condivisione e confronto tra i referenti IT, la struttura richiedente ed il fornitore.

Esiste un processo strutturato di redazione, aggiornamento, emissione e diffusione delle policy e delle procedure. Sono presenti strutture di controllo di secondo livello (es. compliance) e terzo livello (internal audit) che fornisce assurance sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di governo, di gestione dei rischi e di controllo interno.

L'organizzazione è rispondente al cambiamento. Il processo democratico, la gestione e le performance sono trasparenti. I documenti e le decisioni sono diffusi e accessibili.

È presente un Collegio dei Revisori e la revisione esterna di Bilancio, le cui relazioni/verbali sono pubblicati sul sito web istituzionale.

I sistemi IT federali sono gestiti da un referente IT interno e i contratti con i fornitori IT specificano le responsabilità, i requisiti in termini di privacy e gli obblighi reciproci in materia di sicurezza e di audit che di volta in volta sono oggetto di condivisione e confronto tra i referenti IT, la struttura richiedente ed il fornitore.

La Federazione ha formalizzato il processo di Change Management.

Fig. 5 - Livelli di maturità standard

3.3 Modalità di rilevazione dei dati e delle informazioni

La rilevazione dei dati e delle informazioni a supporto della valutazione è effettuata in relazione a ciascun sotto-tema che rappresenta l'“unità minima di rilevazione”.

I dati e le informazioni possono essere acquisiti tramite le procedure illustrate di seguito (fig. 6), che possono essere implementate anche in maniera sinergica.

Procedura	Descrizione	Rischio di controllo / affidabilità delle conclusioni
Intervista	L'intervista è uno strumento che consente di ottenere informazioni in maniera informale dai soggetti che svolgono un ruolo in riferimento ai processi o alle attività nell'ambito di verifica. Le interviste sono ritenute idonee quando si devono acquisire informazioni di contesto o preliminari all'effettuazione di analisi documentali. Tuttavia le interviste sono time consuming per le parti e non generano dati immediatamente elaborabili.	L'affidabilità delle interviste sconta la soggettività delle informazioni acquisite e la capacità del soggetto che conduce l'intervista di porre le domande e di riportarne i contenuti.
Questionario	Il questionario (survey) consente di acquisire informazioni attraverso la predisposizione di una checklist composta di domande standard, poste a tutti i soggetti nello stesso modo e ordine. Il Questionario consente di ottenere rapidamente informazioni che possono essere rielaborate e analizzate statisticamente. La standardizzazione delle domande e delle risposte riduce i tempi di compilazione. Inoltre il Questionario può essere somministrato attraverso strumenti informatici che consentono di garantire la tracciabilità e l'integrità dei risultati.	La richiesta di specifiche e limitate domande può circoscrivere la capacità di raccogliere informazioni; inoltre la standardizzazione delle domande e delle risposte può limitare l'approfondimento.
Osservazione	L'osservazione diretta consiste nell'affiancare il soggetto deputato all'esecuzione o al controllo dell'attività al fine di avere esperienza diretta dello svolgimento delle attività operative. Il ricorso a tale strumento è necessario quando la raccolta di evidenze documentali è ostacolata da difficoltà oggettive ed è generalmente utilizzata congiuntamente a altri strumenti d'analisi (es. intervista).	La presenza dell'osservatore e/o la contingenza degli strumenti a supporto possono influenzare l'atteggiamento del soggetto osservato.
Anakisis documentale e walkthrough	L'analisi documentale si propone di acquisire elementi probativi sufficienti ed appropriati per poter trarre conclusioni ragionevoli in riferimento alla finalità e all'oggetto della verifica. L'analisi può essere svolta in modalità "Walkthrough" ovvero ripercorrendo i processi e le attività rilevanti a ritroso.	L'analisi documentale potrebbe non riflettere la complessità dei processi gestiti.

Fig. 6 - Procedure di acquisizione di dati e informazioni

Le informazioni raccolte devono essere:

- sufficienti: informazioni fattuali, adeguate e convincenti, tali per cui una persona prudente e informata raggiungerebbe le medesime conclusioni del valutatore;
- affidabili: le migliori informazioni ottenibili attraverso le procedure effettuabili e fonti disponibili;
- rilevanti: informazioni coerenti con gli obiettivi della valutazione e pertinenti rispetto ai processi indagati.

3.4 Modalità di misurazione

La situazione contingente rilevata per ciascun sotto-tema ovvero per ciascuna “unità minima di rilevazione” è valutata rispetto a “scenari standard” (fig. 7) che identificano specifiche situazioni decisionali, organizzative e gestionali rispetto ai 4 livelli di maturità di cui in fig.5.

La valutazione è effettuata in base ad un principio prudenziale tale per cui, in caso di parziale sovrapposibilità, è scelto sempre lo scenario di livello inferiore.

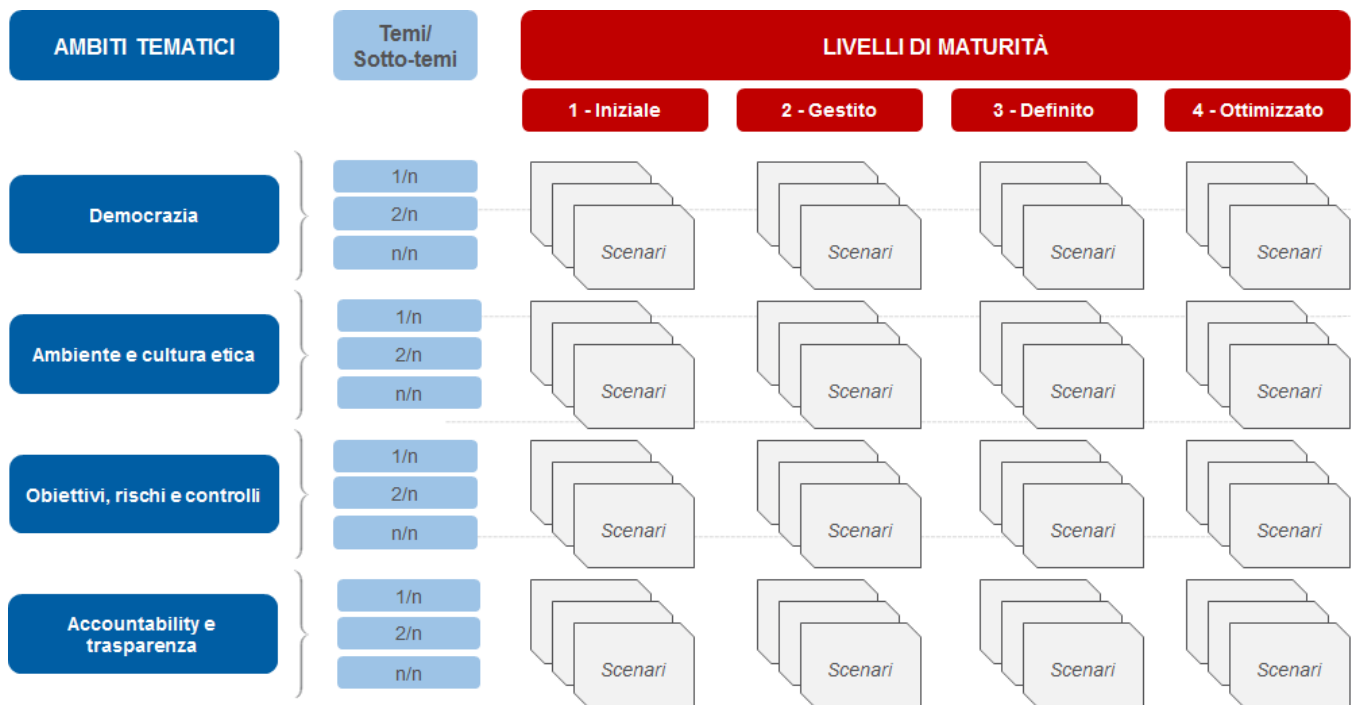


Fig. 7 - Scenari

Ad ogni scenario è attribuito un punteggio da 1 a 4 in funzione del livello di maturità corrispondente come di seguito: • Iniziale - punteggio “1”; • Gestito - punteggio “2”; • Definito - punteggio “3”; • Ottimizzato - punteggio “4”.

La misurazione del livello di maturità di ciascun ambito tematico è effettuata calcolando la media aritmetica semplice dei punteggi di cui sopra.

La media aritmetica semplice (x_i) così calcolata viene normalizzata (z_i) mediante un algoritmo automatico che opera la seguente funzione:

$$z_i = \frac{x_i - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}$$

$$x = x_1 + x_2 \dots + x_n$$

$$i = 1, 2 \dots, n$$

I valori normalizzati (z_i) sono riallocati su una distribuzione normale suddivisa in 4 range di frequenza corrispondenti rispettivamente al 25-esimo, 50-esimo, 75-esimo e ultimo percentile, come illustrato di seguito (fig. 8).

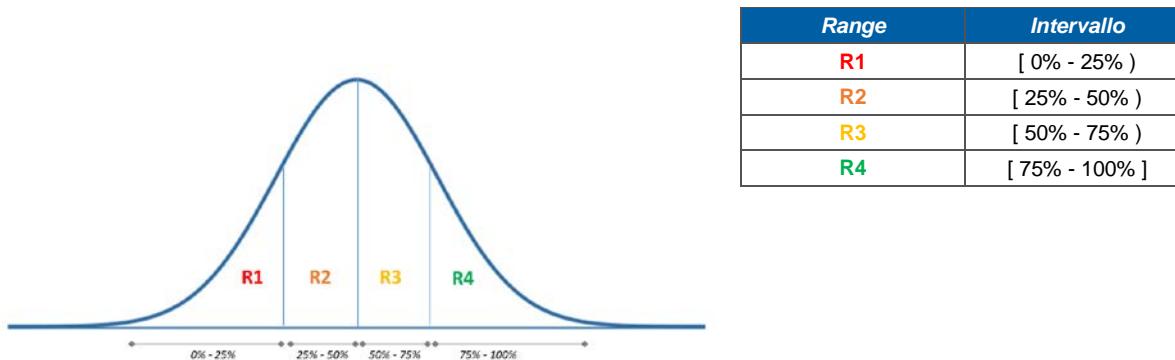


Fig. 8 - Range della distribuzione

A ciascun range è associato un livello di maturità da 1 a 4, come rappresentato nella figura riportata a seguire (fig. 9).

Range	Intervallo	Livello di Maturità
R1	[0% - 25%)	1 - Iniziale
R2	[25% - 50%)	2 - Ripetibile
R3	[50% - 75%)	3 - Definito
R4	[75% - 100%]	4 - Ottimizzato

Fig. 9 - Range, intervalli e livelli di maturità

Il livello di maturità di ciascun ambito tematico è individuato dal range in cui si posiziona il valore normalizzato della media semplice aritmetica dei punteggi ad esso riferiti.

3.5 Rappresentazione degli esiti della valutazione

Gli esiti complessivi della valutazione sono formalizzati all'interno di un "cruscotto di sintesi" che illustra l'esito della valutazione per ciascun ambito tematico specificando il livello di maturità risultante dall'aggregazione dei punteggi di cui al paragrafo precedente (fig. 10):



Fig. 10 - Format del cruscotto di sintesi

L'insieme delle valutazioni delle FSN consente di effettuare un assessment complessivo del livello di maturità della governance "del sistema" e individuare best-practice e azioni trasversali di rafforzamento.

3.6 Aspetti procedurali

L'Ufficio Vigilanza propone alla Giunta Nazionale l'avvio della valutazione del Sistema di Governance. Tale valutazione è effettuata una volta ogni quattro anni e sostituisce - per quell'esercizio - le verifiche effettuate sullo SCIGR.

A seguito dell'approvazione della Giunta Nazionale, l'Ufficio Vigilanza invia una comunicazione a tutti i enti interessati e definisce il calendario delle attività.

Nello svolgimento delle attività l'Ufficio può richiedere documentazione integrativa e incontri di approfondimento.

A seguito delle valutazioni, l'Ufficio Vigilanza elabora i cruscotti di sintesi che sono inviati ai soggetti coinvolti e una relazione di sintesi, anche con il supporto di soggetti terzi, competenti e indipendenti, sullo stato complessivo del livello di maturità del sistema che è trasmessa al Segretario Generale e alla Giunta Nazionale del CONI.

4 Verifica preventiva del Sistema di Controllo Interno e di Gestione del Rischio (SCIGR)

La metodologia di verifica preventiva dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno e di Gestione del Rischio (SCIGR) è descritta nei paragrafi successivi in termini di:

- Finalità e Obiettivi.
- Struttura logica.
- Modalità di misurazione dell'adeguatezza dei presidi di controllo.
- Rappresentazione degli esiti della verifica.
- Aspetti procedurali.

4.1 Finalità e Obiettivi

L'attività di verifica si affianca e non sostituisce l'attività di verifica di tipo ispettivo e rappresenta un fattore di prevenzione volto ad identificare eventuali carenze o punti di miglioramento del disegno dei controlli (adeguatezza), in modo da mitigare la probabilità dell'insorgere di eventi o situazioni che potrebbero dar luogo a verifiche di tipo ispettivo.

La metodologia è caratterizzata come segue:

- le verifiche sono realizzate a distanza, senza visite in loco presso le sedi degli enti coinvolti;
- l'analisi dei controlli è effettuata "on-going", ovvero nel corso dell'operatività piuttosto che "a consuntivo";
- le attività di verifica sono distribuite nel corso dell'anno, in un ciclo periodico e costante che genera un effetto di "deterrenza preventiva";
- i gap di controllo possono essere identificati tempestivamente, assicurando di minimizzare gli impatti eventuali che ne potrebbero conseguire;
- le eventuali problematiche sono identificate e analizzate trasversalmente, realizzando la possibilità di fornire soluzioni omogenee e sistemiche e di realizzare economie di scala.

In considerazione delle caratteristiche sopra riportate la metodologia presenta per sua stessa natura un "rischio di controllo"⁷ più elevato rispetto a verifiche di tipo "ispettivo" con visite in loco, presso la sede federale. In tal senso non è possibile escludere che l'esecuzione di verifiche campionarie effettuate in

⁷ Ovvero il rischio che una carenza del Sistema di Controllo Interno federale possa non essere individuata dall'attività di verifica dell'Ufficio Vigilanza.

loco e con procedure differenti da quelle descritte nel presente documento possano far emergere risultanze diverse.

La metodologia di verifica dello SCIGR fa riferimento e si integra con i seguenti documenti:

- Procedura per la Prevenzione della Corruzione – 03a “ Verifiche Preventive sulle FSN e sulle DSA
- Procedura per la Prevenzione della Corruzione – 03b “ Verifiche di Dettaglio/Ispettive”
- I documenti (es. metodologia di campionamento, strumenti operativi per le attività di verifica,...) allegati alle procedure di Audit e Vigilanza.

La presente metodologia complementa e non si sovrappone alle attività di competenza dell’Ufficio Organismi Sportivi DSA, EPS, AB del CONI.

4.2 Struttura logica

Il processo di verifica si sviluppa nelle seguenti fasi logiche e temporali:

- individuazione delle Aree gestionali da sottoporre a verifica.
- identificazione e valutazione dei rischi inerenti per ciascuna Area in esame.
- identificazione dei presidi di controllo.
- valutazione dell’adeguatezza dei presidi di controllo.
- identificazione e comunicazione delle azioni di rimedio.

I paragrafi seguenti descrivono le modalità operative di ciascuna fase.

Identificazione delle Aree gestionali da sottoporre a verifica

Le Aree gestionali identificate come possibile oggetto di verifica sono le seguenti:

1. Immobilizzazioni e Rimanenze.
2. Partecipazioni.
3. Crediti.
4. Tesoreria (Banca, cassa, carte di credito e anticipazioni).
5. Debiti e Passività Potenziali.
6. Ciclo Acquisti.
7. Consulenze, incarichi professionali e prestazioni tecniche sportive.

8. Trasferte.
9. Spese di rappresentanza, omaggi e benefit.
10. Strutture periferiche.

Per Area gestionale si intende un insieme omogeneo di processi che individuano gruppi di transazioni, registrate in appositi conti di bilancio, che presentano di norma i medesimi sistemi informatici, la stessa sequenza di attività e le medesime funzioni organizzative interessate.

L'Ufficio Vigilanza si riserva la possibilità di effettuare una revisione/integrazione dell'elenco delle aree suddette sottoponendola all'approvazione della Giunta Nazionale del CONI.

L'Ufficio Vigilanza annualmente seleziona da 1 a 3 Aree da proporre alla Giunta Nazionale del CONI.

La selezione è effettuata sulla base dei punteggi medi ponderati⁸ (valore x peso) ottenuti da ciascuna Area in relazione ai seguenti criteri:

- a) natura delle poste contabili e complessità dei processi;
- b) variazioni normative;
- c) "anzianità" dell'ultima attività di verifica effettuata;
- d) esito di precedenti attività di verifica;
- e) presenza di segnalazioni;
- f) rischio di frode correlato all'Area gestionale.

⁸ Il punteggio è calcolato come la media ponderata delle valutazioni ottenute da ciascun criterio.

I valori dei criteri possono essere ponderati con pesi, definiti annualmente dall'Ufficio Vigilanza, al fine di rifletterne la rilevanza relativa.

a) Natura delle poste contabili e complessità dei processi

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	Le poste contabili riferite all'Area di norma hanno natura estimativa (es. fondo rischi, fondo svalutazione crediti) e/o i processi riferiti all'Area sono di norma molto concentrati dal punto di vista organizzativo e decisionale ovvero i processi sono, nella maggior parte delle casistiche empiricamente riscontrate, privi di automazione.	3
Media	Le poste contabili riferite all'Area sono parzialmente di natura valutativa e/o i processi riferiti all'Area sono, di norma, caratterizzati da una segregazione che coinvolge in modo paritetico almeno due strutture organizzative ovvero i processi, nella maggior parte delle casistiche empiricamente riscontrate, sono automatizzati con sistemi privi di interfacce e caratterizzati da controlli di sistema poco strutturati.	2
Bassa	Le poste contabili riferite all'Area hanno natura certa e/o i processi riferiti all'Area sono caratterizzati da una segregazione che coinvolge almeno tre strutture in modo paritetico ovvero i processi, nella maggior parte delle casistiche empiricamente riscontrate, sono automatizzati con sistemi integrati e dotati di controlli strutturati.	1

b) Variazioni normative⁹

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	L'Area è stata oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi (introduzione di nuove disposizioni o modifiche di precedenti) con significativi impatti operativi/procedurali/contabili sulle FSN/DSA o dal punto di vista delle sanzioni cui la FSN/DSA può andare incontro in caso di non conformità.	3
Media	L'Area è stata oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi (introduzione di nuove disposizioni o modifiche di precedenti) con impatti sulle FSN/DSA tali da non risultare significativi dal punto di vista operativo/procedurale/contabile e dal punto di vista delle sanzioni cui può andare incontro la FSN/DSA in caso di non conformità.	2
Bassa	L'Area non è stata oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi.	1

c) "Anzianità" dell'ultima attività di verifica effettuata

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	L'Area non è stata oggetto di verifica negli ultimi 4 anni.	3
Media	L'Area è stata oggetto di verifica tra i 4 e i 2 anni precedenti.	2
Bassa	L'Area è stata oggetto di verifica negli ultimi 2 anni.	1

⁹ In tale ambito, si intende per variazione normativa una variazione avvenuta in riferimento a leggi/regolamenti e/o a circolari e procedure del CONI in vigore.

d) Esito di precedenti attività di verifica¹⁰

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	L'Area ha presentato nell'ultima attività di verifica periodico una percentuale di presidi di controllo valutati come deficitari e/o carenti superiore al 30% del totale delle rilevazioni effettuate ¹¹ .	3
Media	L'Area ha presentato nell'ultima attività di verifica periodico una percentuale di presidi di controllo valutati come deficitari e/o carenti compresa tra il 15% e il 30% del totale delle rilevazioni effettuate o ancorché rientri nel cluster di valutazione "alta" (sopra riportato) gli esiti delle attività di follow up sono stati tali da abbassare la valutazione a "media".	2
Bassa	L'Area ha presentato nell'ultima attività di verifica periodico una percentuale di presidi di controllo valutati come deficitari e/o carenti inferiore al 15% del totale delle rilevazioni effettuate o ancorché rientri nel cluster di valutazione "media" (sopra riportato) gli esiti delle attività di follow up sono stati tali da abbassare la valutazione a "bassa".	1

e) Presenza di segnalazioni

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	L'Area è stata oggetto negli ultimi 3 anni di almeno una segnalazione oggetto di verifica ispettiva conclusa con denunce/segnalazioni alle Autorità competenti ovvero con un Commissariamento.	3
Media	L'Area è stata oggetto negli ultimi 3 anni di segnalazioni oggetto di verifica ispettiva concluse con raccomandazioni riguardanti rilevanti aspetti di bilancio ovvero procedurali organizzativi o è stata oggetto di segnalazioni circostanziate per le quali sono ancora in corso i relativi accertamenti.	2
Bassa	L'Area è stata oggetto negli ultimi 3 anni di segnalazioni oggetto di verifica ispettiva concluse con suggerimenti migliorativi ovvero non è stata oggetto negli ultimi 3 anni di segnalazioni.	1

f) Rischio di frode correlato all'area

Valutazione	Descrizione	Punteggio
Alta	L'Area è caratterizzata da un elevato numero di schemi di frode potenzialmente attuabili oltre che empiricamente riscontrati nell'ambito delle FSN/DSA. Gli schemi di frode ipotizzabili non sono complessi (l'attività/processo coinvolto è gestito da una sola struttura) e/o l'evento può potenzialmente generare impatti economici unitari significativi.	3
Media	L'Area è caratterizzata da un elevato numero di schemi di frode potenzialmente attuabili, ancorché empiricamente non riscontrati nell'ambito delle FSN/DSA. Gli schemi di frode ipotizzabili sono mediamente complessi (l'attività/processo è gestita da 2 strutture) e/o nonostante l'evento non sia tale da generare impatti economici unitari significativi, è caratterizzato da un'elevata frequenza.	2
Bassa	L'Area non è caratterizzata da schemi di frode potenzialmente attuabili. Gli schemi di frode sono ad alta complessità (l'attività/processo coinvolge almeno 3 soggetti appartenenti a strutture differenti). Si tratta di schemi di frode a basso impatto potenziale e a bassa frequenza.	1

¹⁰ Nel caso in cui non siano state svolte attività di verifica sull'Area, tale criterio sarà escluso dalla valutazione.

¹¹ Per "totale delle rilevazioni effettuate" si intende il prodotto tra i presidi di controllo afferenti l'Area oggetto di rilevazione e il numero di soggetti coinvolti per cui è stata svolta l'attività di verifica.

Identificazione e valutazione dei rischi inerenti per ciascuna Area in esame

Sulla base del giudizio professionale e dell'esperienza empirica dell'Ufficio Vigilanza vengono individuati per ciascuna Area oggetto di verifica annuale i rischi tipici e rilevanti in riferimento alle seguenti categorie:

- rischi di attendibilità dell'informativa finanziaria, si tratta di eventi che possono pregiudicare l'attendibilità dell'informativa di bilancio;
- rischi di compliance, si tratta di eventi che possono comportare l'applicazione di sanzioni o danni reputazionali come conseguenza di violazioni di leggi/regolamenti e/o circolari e norme del CONI;
- rischi di frode, si tratta di eventi che possono comportare:
 - la rappresentazione dolosamente alterata e ingannevole della situazione economico, finanziaria e patrimoniale;
 - l'appropriazione indebita dei beni e degli asset federali;
 - la non conforme o illecita attribuzione di vantaggi o benefici a soggetti esterni e/o interni.

Ai fini dell'individuazione dei rischi tipici e rilevanti è utilizzato un approccio di derivazione statistica che permette di trarre conclusioni, ragionevolmente valide ancorché non matematicamente misurabili, in termini di esposizione al rischio delle diverse Aree gestionali.

In altri termini, si tratta di ipotizzare delle rilevazioni ripetute sui processi che sono riferiti all'Area: osservando le diverse realizzazioni del processo in un dato momento (t) si ottiene una variabile aleatoria $X(t)$ che comprende i diversi valori che il processo potrebbe assumere in quel preciso istante (t). Tali valori, rilevati all'istante (t), si distribuiranno presumibilmente come una curva normale (o di Gauss), attorno al valore medio. Quindi per ciascun istante di tempo si può definire il valore più probabile del processo con il relativo indice di scostamento o deviazione standard. Ai fini dell'individuazione di uno specifico rischio, per ciascun processo dell'Area, è necessario valutare se tra i possibili valori che il processo potrebbe assumere in ogni istante di tempo (t) (oltre quello che mediamente e "normalmente" assume in quel dato momento) è possibile identificare un valore che rappresenti un evento/rischio tipico e rilevante in riferimento alle categorie suddette. Identificato un rischio specifico inteso come un ipotetico valore che un processo può assumere in un dato momento (t) devono essere associati sia una "probabilità" sia un "impatto".

Tale ponderazione del rischio ha il solo scopo di stabilire le priorità dei rischi individuati.

La ponderazione o valutazione del rischio inerente è effettuata attraverso la combinazione delle seguenti dimensioni:

- Probabilità di accadimento, ovvero la frequenza con la quale è ipotizzabile il manifestarsi dell'evento di rischio;
- Impatto potenziale, ovvero il possibile effetto che il manifestarsi dell'evento di rischio può avere sul raggiungimento degli obiettivi.

In relazione alla probabilità di accadimento, sono presi in considerazione i seguenti elementi:

Valutazione	Categoria di rischio		
	Attendibilità dell'informativa finanziaria	Compliance	Frode
Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Le rilevazioni contabili derivano da calcoli o scritture complesse, formate da rilevazioni tra loro coordinate, collegate e non automatizzate (ovvero gestite da specifici software gestionali). • Le poste contabili hanno prevalentemente natura estimativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo specifico processo/attività è disciplinato da normative complesse e articolate e soggette a numerose/frequenti interpretazioni/casistiche • Lo specifico processo/attività è stato oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi con significativi impatti operativi/ procedurali/ contabili 	<ul style="list-style-type: none"> • Il vantaggio o l'interesse ipotizzabile della condotta è concreto, diretto e immediato. • L'attività/processo è gestita da una sola struttura. • La documentazione a supporto del processo presenta contenuti altamente tecnici. • Le poste contabili hanno prevalentemente natura estimativa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sono presenti casi storici/evidenze empiriche relativi alla manifestazione dell'evento di rischio. 		
Media	<ul style="list-style-type: none"> • Le rilevazioni contabili derivano da calcoli e scritture complesse, formate da rilevazioni tra loro collegate e coordinate automatizzate (ovvero gestite da specifici software gestionali). • Le poste contabili sono parzialmente di natura estimativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo specifico processo/attività è disciplinato da una specifica normativa tecnica ma dotata di chiarezza e sistematicità di applicazione • Lo specifico processo/attività è stato oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi con impatti operativi/ procedurali/ contabili che non presentano particolari difficoltà di gestione e implementazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il vantaggio o l'interesse della condotta è ipotizzabile ma privo di forti elementi motivazionali. • L'attività/processo è gestita da 2 strutture. • La documentazione a supporto del processo presenta contenuti tecnici, ma mediamente comprensibili ovvero è oggetto di comunicazione. • Le poste contabili sono parzialmente di natura estimativa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sono presenti casi storici/evidenze empiriche relativi alla manifestazione dell'evento di rischio, anche se non direttamente riconducibili al sistema "sport". 		
Bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Le rilevazioni contabili sono tipiche, frequenti e non complesse e/o Le poste contabili non presentano elementi valutativi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo specifico processo/attività non è disciplinato da normative complesse o tecniche e/o non è stato oggetto nel corso degli ultimi 3 esercizi di interventi normativi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il vantaggio o l'interesse ipotizzabile della condotta è difficilmente ipotizzabile. • L'attività/processo coinvolge almeno 3 soggetti appartenenti a strutture differenti. • La documentazione a supporto/gli atti in cui si sostanzia la condotta sono oggetto di diffusione e i contenuti facilmente fruibili. • Le poste contabili hanno natura certa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Non sono presenti casi storici documentati relativi alla manifestazione dell'evento di rischio. 		

In relazione all'impatto potenziale, sono presi in considerazione i seguenti elementi:

Valutazione	Categoria di rischio		
	Attendibilità dell'informativa finanziaria	Compliance	Frode
Alto	<ul style="list-style-type: none"> Evento che incide sulla rappresentazione complessiva del bilancio, rendendolo non attendibile. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che comporta sanzioni economiche, amministrative o il Commissariamento da parte del CONI. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che impatta sulla continuità della FSN/DSA (es. Commissariamento della FSN/DSA) con attenzione prolungata da parte dei media nazionali e internazionali.
	<ul style="list-style-type: none"> Evento che pregiudica lo svolgimento delle attività e dei processi con un rilevante impatto sul perseguimento degli obiettivi 		
Medio	<ul style="list-style-type: none"> Evento che non incide sull'attendibilità complessiva del bilancio d'esercizio ma che genera la necessità di revisione di singole poste. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che può comportare sanzioni amministrative o verifiche da parte del CONI. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che genera la necessità di denuncia alle Autorità con attenzione prolungata nel tempo da parte dei media locali.
	<ul style="list-style-type: none"> Evento che pur avendo impatto sul regolare svolgimento delle attività e dei processi non influisce sul perseguimento degli obiettivi 		
Basso	<ul style="list-style-type: none"> Evento che non incide sull'attendibilità complessiva del bilancio d'esercizio ma che rende evidenti le necessità di rafforzamento delle competenze e dei processi amministrativo contabili. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che non genera sanzioni ma che rende necessario un approfondimento e/o un'azione correttiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Evento che non comporta la necessità di denuncia alle Autorità e genera un interessamento marginale dei media locali.
	<ul style="list-style-type: none"> Evento che non pregiudica lo svolgimento delle attività e dei processi né il perseguimento degli obiettivi, ma che comporta una revisione significativa delle attività e dei processi coinvolti. 		

La valutazione del rischio inerente viene effettuata combinando i livelli di probabilità di accadimento e di impatto potenziale attraverso la seguente matrice:

Rischio Inerente

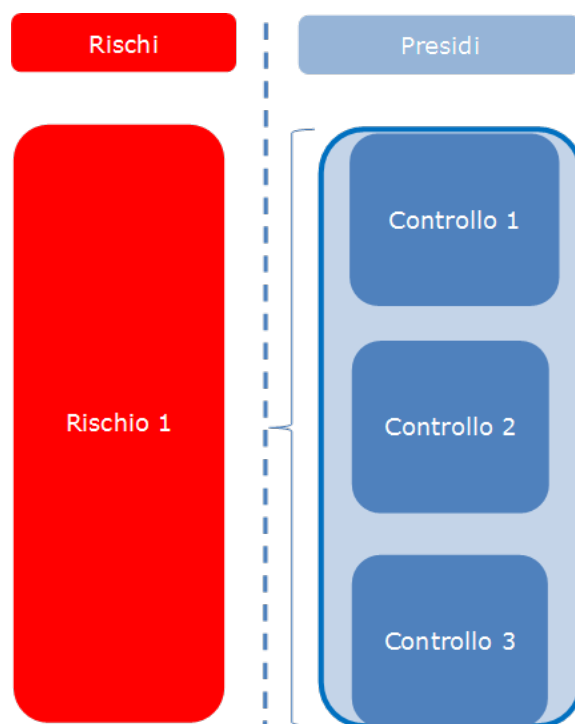
		Medio	Alto	Alto
Probabilità	Alta	Medio	Alto	Alto
	Media	Basso	Medio	Alto
	Bassa	Basso	Basso	Medio
		Basso	Medio	Alto
		Impatto potenziale		

I rischi di valore alto e medio (rispettivamente "in rosso" e "in giallo" nella matrice) sono considerati rilevanti e quindi oggetto delle successive fasi di verifica.

Identificazione dei presidi di controllo

Per i rischi rilevanti sono logicamente individuati i controlli volti alla loro mitigazione (da 1 a n) che sono oggetto di rilevazione e verifica presso ciascuna FSN e DSA nelle successive fasi di verifica.

L'insieme dei controlli associati a ciascun rischio costituisce un "presidio di controllo".



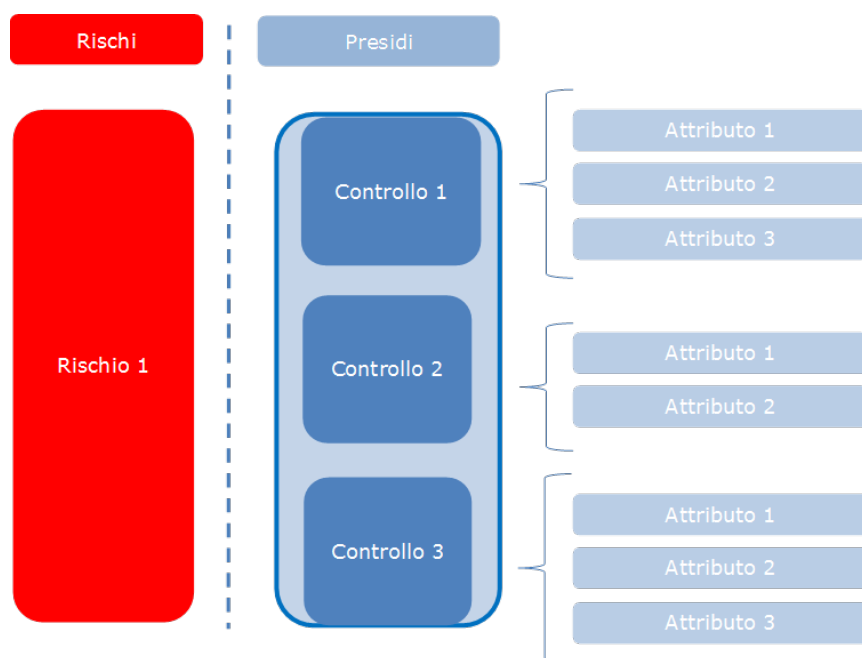
In particolare l'identificazione dei controlli è effettuata tenendo conto del principio di efficienza/economicità¹², nonché dei seguenti criteri/parametri di riferimento:

- **Pertinenza:** l'insieme dei controlli deve essere in grado di mitigare il rischio (ad esempio identificando le potenziali anomalie);
- **Ottimizzazione:** i controlli vengono identificati evitando duplicazioni su una medesima area;
- **Prevenzione:** i controlli di tipo "preventivo" sono preferibili a quelli di tipo "investigativo" in quanto mirano a prevenire il manifestarsi di un evento rischioso piuttosto che intercettare l'evento una volta accaduto;

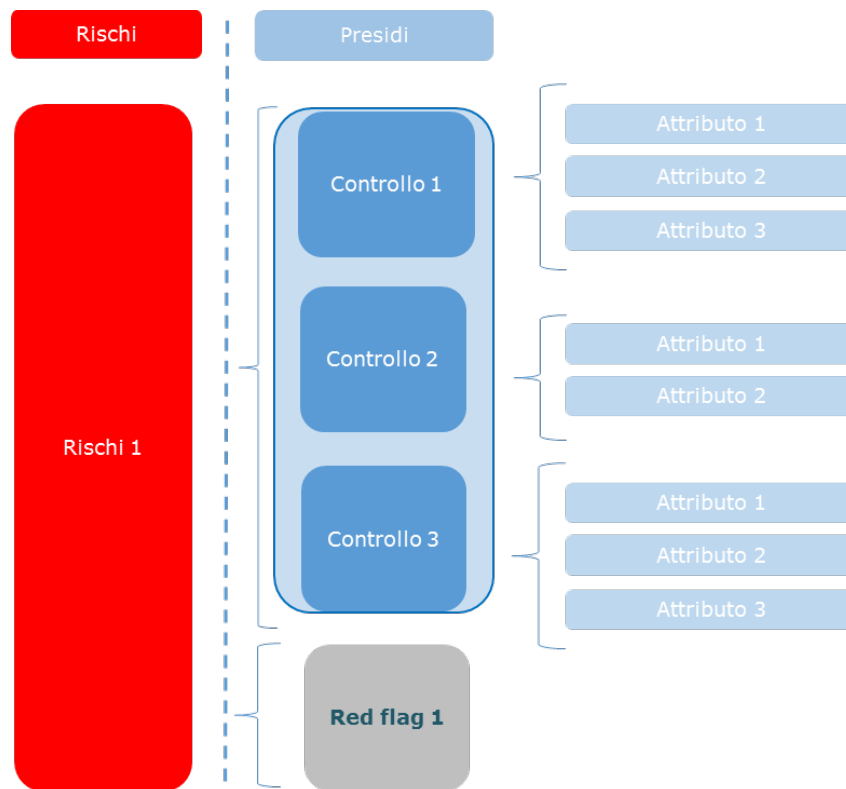
¹² La valutazione dell'efficienza/economicità dei controlli deriva dal costo (non solo in termini di risorse necessarie, ma anche di impatti ad esempio sulla velocità dei processi decisionali) necessario per lo svolgimento del controllo, rapportato ai benefici dello stesso (in termini di mitigazione del rischio ossia riduzione del potenziale impatto e delle probabilità di accadimento del rischio). In linea generale, se il costo derivante dallo svolgimento del controllo è inferiore ai benefici derivanti dalla riduzione dei rischi, il controllo può essere ritenuto efficiente.

- Automatizzazione: i controlli che hanno delle modalità di esecuzione di tipo automatico sono preferibili a quelli che prevedono una modalità di esecuzione manuale;
- Affidabilità: i controlli devono basarsi su dati, informazioni, fatti affidabili;
- Indipendenza: i controlli non devono dipendere da altri controlli, elementi discrezionali o altri fattori non governabili.

Ciascun controllo individuato è declinato in attributi, che ne costituiscono gli elementi essenziali ed oggettivi. L'identificazione di tali attributi è funzionale a ridurre al minimo la componente soggettiva necessariamente insita in ogni valutazione.



Per i rischi di frode, oltre ai controlli possono essere individuati specifici indicatori di anomalia (c.d. red flags), intesi quali condizioni, situazioni sintomatiche, indizi, riferibili ad attività fraudolente o alle relative strategie di occultamento.



4.3 Modalità di misurazione dell'adeguatezza dei presidi di controllo

In sede di verifica, a ciascun attributo di ciascun controllo sono associate due variabili:

- il punteggio (p),
- il peso (w).

Il punteggio, in sede di valutazione, può assumere due soli valori (0,1) in relazione al riscontro documentale degli attributi individuati.

Il peso, predefinito ex ante, è funzione della rilevanza dell'attributo o del red flag rispetto agli altri in cui è declinato il controllo.

Ai fini della valutazione di adeguatezza di ciascun presidio controllo si procede attraverso l'esecuzione dei seguenti passaggi:

Passaggio 1: definizione del punteggio massimo ipoteticamente ottenibile (V_m) da ciascun controllo (C).

Tale punteggio esprime la completa adeguatezza del controllo a mitigare il rischio ed è espresso dalla seguente formula:

$$V_m = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n p_i \cdot w_j$$

In altri termini, tale punteggio rappresenta il caso in cui tutti gli attributi attesi riferiti al controllo risultano esistenti.

Passaggio 2: calcolo del punteggio effettivo (V) raggiunto da ciascun controllo (in sede di valutazione).

Tale punteggio è espresso dalla seguente formula:

$$V = \sum_{i=0}^1 \sum_{j=1}^n p_i \cdot w_j$$

In altri termini, tale punteggio esprime la condizione di esistenza e/o adeguatezza riscontrata per ciascun attributo a seguito della verifica documentale.

Passaggio 3: valutazione sintetica di ciascun controllo (VAL_{cont}).

La valutazione sintetica del controllo cui sono riferiti gli attributi è definita dai seguenti range:

- VAL_{cont} Efficace: se il rapporto tra V/V_m risulta maggiore di 0,8, ossia l'80% degli attributi previsti risulta esistente.
- VAL_{cont} Parzialmente efficace: se il rapporto tra V/V_m risulta compreso tra il 0,5 e 0,8, ossia gli attributi previsti risultano esistenti per una percentuale compresa tra il 50% e l'80%.
- VAL_{cont} Inefficace: se il risultato del rapporto tra V/V_m risulta inferiore a 0,5, ossia meno della metà degli attributi previsti risulta esistente.

Passaggio 4a: valutazione del presidio di controllo (VAL_{pres_a}).

La valutazione sintetica del presidio di controllo è effettuata assegnando al range di valutazione ottenuto dai singoli controlli (VAL_{cont}) i seguenti punteggi:

- VAL_{cont} Efficace = 3
- VAL_{cont} Parzialmente efficace = 2
- VAL_{cont} Inefficace = 1

La valutazione del presidio di controllo (VAL_{pres_a}) è definita dalla media dei punteggi associati ai singoli controlli (C) che compongono il presidio:

$$VAL_{pres_a} = \sum_{i=1}^3 \sum_{j=1}^n (VAL_{cont\ i} / C_j)$$

Il presidio di controllo è valutato sinteticamente in base ai seguenti range:

- Adeguato, ossia il presidio risulta logicamente adeguato a prevenire gli eventi di rischio o a rimuoverne tempestivamente le conseguenze:

$$VAL_{pres_a} > 2,5$$

- Deficitario, ossia quando è presumibile che il presidio non sia in grado di prevenire completamente o sistematicamente l'evento di rischio o di rimuoverne tempestivamente le conseguenze:

$$1,5 \geq VAL_{pres_a} \leq 2,5$$

- Carente, ossia quando il presidio non appare in grado di ridurre a livello remoto la possibilità che si verifichino eventi di rischio:

$$1 \geq VAL_{pres_a} < 1,5$$

Passaggio 4b: Valutazione del presidio di controllo nel caso di presenza di red flag (VAL_{pres_b}).

In relazione ai rischi di frode possono essere individuati oltre ai controlli anche specifici red flags.

Qualora il red flag, inteso come segnale di anomalia o “falso positivo”, sia riscontrato il punteggio ottenuto dal presidio di controllo (passaggio 4a) subisce un decremento determinato in funzione della rilevanza del red flag valutata sulla base del giudizio professionale.

Anche ai controlli può essere associato un peso (w) in relazione alla loro significatività “relativa” rispetto al presidio di controllo. In tal caso la valutazione del presidio di controllo (VAL_{pres}) in riferimento al rischio in esame è definita dalla seguente formula:

$$VAL_{pres} = \sum_{i=1}^3 \sum_{j=1}^n [(VAL_{cont\ i} \cdot w_j) / (\sum_{j=1}^n w_j)]$$

4.4 Rappresentazione degli esiti della verifica

Il livello di rischio residuo è determinato dalla relazione tra il livello di rischio inerente e il range di valutazione del presidio di controllo (VAL_{pres}). Tuttavia, tale range di valutazione, calcolato come descritto precedentemente, può essere oggetto di revisioni connesse all'individuazione di fattori correttivi, endogeni e/o esogeni, che hanno un effetto migliorativo o peggiorativo sulla valutazione del presidio.

Si tratta di fattori non prevedibili in sede di elaborazione logica delle schede di valutazione ma emersi in sede di verifica e oggetto di motivato giudizio professionale (ad esempio: presenza di controlli di tipo compensativo, presenza di controlli esterni, ecc.)

La relazione tra livello di rischio inerente, valutazione del presidio di controllo, livello di rischio residuo è espressa attraverso la seguente matrice di correlazione:

		Rischio Residuo		
Livello Rischio Inerente	Alto	Area delle opportunità	Area degli interventi	Area delle priorità
	Medio	Area delle opportunità	Area dei miglioramenti	Area degli interventi
		Adeguito	Deficitario	Carente
		Valutazione Sistema di Controllo		

Il livello di rischio residuo determina la previsione delle seguenti azioni:

- ◆ **Area delle opportunità:** Il sistema di controllo viene considerato nel suo complesso soddisfacente in relazione alla sua capacità di mitigare il rischio inerente; pertanto gli enti coinvolti sono tenuti a mantenere e monitorare lo stato dei propri presidi di controllo e in alcuni casi può essere suggerito di valutare l'opportunità di rafforzarli ulteriormente;
- ◆ **Area dei miglioramenti:** Il sistema di controllo viene considerato parzialmente efficace in relazione alla sua capacità di mitigare il livello di rischio inerente "medio"; pertanto gli enti coinvolti sono invitati a monitorare costantemente le attività a rischio ed effettuare nel medio periodo gli interventi suggeriti.
- ◆ **Area degli interventi:** Il sistema di controllo risulta parzialmente efficace in relazione alla sua capacità di mitigare il livello di rischio inerente "alto"; pertanto gli enti coinvolti sono invitati a rafforzare alcuni aspetti relativi ai controlli e fornire riscontro nei follow-up effettuati dall'Ufficio Vigilanza.
- ◆ **Area delle priorità:** Il sistema di controllo risulta inadeguato in relazione alla sua capacità di mitigare il livello di rischio inerente; pertanto gli enti coinvolti sono tenuti ad attivarsi in modo prioritario e tempestivo per implementare i controlli suggeriti e a fornire riscontro nei follow up effettuati dall'Ufficio Vigilanza, che può in taluni casi, proporre alla Giunta Nazionale di effettuare verifiche in loco specifiche.

4.5 Aspetti procedurali

Per gli enti coinvolti l'Ufficio Vigilanza seleziona le rispettive e distinte Aree di verifica da proporre al Segretario Generale del CONI per l'approvazione in Giunta Nazionale, che di norma avviene entro il primo quadrimestre di ogni anno. A seguito dell'approvazione, l'Ufficio Vigilanza:

- predispone i propri format di scheda di valutazione;
- periodicamente, ovvero secondo una logica "on-going", invia agli enti coinvolti le richieste di informazioni, dati e documenti necessari all'esecuzione delle attività di verifica, comunicando le relative scadenze.

Nello svolgimento delle verifiche, l'Ufficio può richiedere documentazione integrativa e incontri di approfondimento. Gli enti coinvolti possono richiedere chiarimenti e supporto. Su richiesta motivata, l'Ufficio Vigilanza può concordare una o più proroghe dei termini.

L'Ufficio Vigilanza può inviare solleciti in caso di tardiva o mancata trasmissione della documentazione richiesta.

Nel caso non sia possibile ricevere la documentazione entro un termine congruo ai fini dell'analisi, gli enti coinvolti, previa comunicazione, sono esclusi dalle attività di verifica e l'Ufficio Vigilanza ne dà informazione alla Giunta Nazionale per le valutazioni di competenza.

Il processo operativo sopra descritto può essere effettuato tenendo conto delle due seguenti possibilità:

1) Dialettica con i Collegi dei Revisori

Annualmente, l'Ufficio Vigilanza valuta la possibilità di coinvolgere i Collegi dei Revisori degli enti coinvolti nell'attività di verifica, anche in relazione alle Aree oggetto di analisi e tenuto conto delle possibili sinergie sui comuni ambiti di controllo. In tal caso, l'Ufficio:

- a) richiede la disponibilità a ciascun Collegio dei Revisori;
- b) in caso di accettazione, l'Ufficio ne dà comunicazione all'ente coinvolto (FSN/DSA/EPS) e fornisce al Collegio le procedure, i format e l'elenco dei documenti che devono essere utilizzati per l'esecuzione delle attività, concordando le relative scadenze,
- c) nel corso delle attività, può richiedere ai singoli Collegi (ovvero può essere da questi richiesto) uno o più incontri volti a condividere lo stato di avanzamento e gli aspetti di contenuto,
- d) al termine delle attività effettua un incontro di chiusura, in cui il Collegio consegna all'Ufficio la documentazione di lavoro.

L'Ufficio può richiedere al Collegio ulteriori approfondimenti sulle attività svolte nonché richiedere di avere accesso alla documentazione e ai dati analizzati dal Collegio per l'attività di verifica effettuata.

L'Ufficio può sempre avocare a se le attività demandate al Collegio, previa comunicazione all'ente coinvolto (FSN/DSA/EPS) e al Collegio stesso.

2) Dialettica con la società di revisione contabile

L'Ufficio Vigilanza può richiedere visione delle procedure di revisione contabile attuate dalla Società di Revisione e può identificare all'interno delle Aree gestionali annualmente sottoposte a verifica eventuali ambiti e/o modalità di intervento comuni ed escluderli dalle proprie attività prendendo atto dei risultati della società di revisione, anche al fine di evitare duplicazioni di controllo.

A seguito dell'analisi, l'Ufficio Vigilanza elabora:

- una relazione di sintesi da trasmettere al Segretario Generale del CONI e alla Giunta Nazionale,
- le schede di verifica inviate agli enti coinvolti che contengono le azioni specifiche suggerite.

L'Ufficio può proporre al Segretario Generale del CONI e alla Giunta Nazionale di effettuare azioni di supporto agli enti coinvolti su eventuali tematiche trasversali.

L'Ufficio Vigilanza può, successivamente all'invio delle schede, anche su richiesta delle FSN/DSA o dei loro Collegi, effettuare degli incontri di approfondimento, condivisione ed eventuale revisione delle azioni suggerite nelle schede.

L'Ufficio inoltre può svolgere periodicamente un'attività di follow-up, finalizzata ad acquisire riscontri circa lo stato di attuazione delle azioni suggerite, predisponendo una memoria per il Segretario Generale del CONI e la Giunta Nazionale relativa allo stato di implementazione delle azioni specifiche e trasversali.

5 Verifiche Ispettive

Il presente capitolo è volto ad illustrare alcuni aspetti generali sulle verifiche specifiche e di natura ispettiva svolte dall'Ufficio Vigilanza in relazione al potere/dovere di indirizzo e controllo sulle Federazioni Sportive Nazionali, sulle Discipline Sportive Associate e sugli Enti di Promozione Sportiva (EPS) sancito dalla Legge e dallo Statuto del CONI.

Tali verifiche sono effettuate dall'Ufficio Vigilanza di CONI Servizi, che può anche avvalersi di professionalità esterne, su incarico della Giunta Nazionale del CONI.

Il Segretario del CONI comunica ai Vertici Federali l'avvio delle verifiche.

A titolo esemplificativo e non esaustivo le verifiche di questo tipo possono essere avviate a seguito di:

- anomalie e criticità emerse dalla verifica a distanza;
- rilievi e/o informazioni contenute nei verbali dei Collegi dei Revisori o comunicate anche da singoli componenti;
- richieste da parte delle stesse FSN/DSA/EPS;
- indagini, ispezioni o altri interventi effettuati da autorità esterne;
- notizie diffuse dai media o da altre situazioni o circostanze specifiche di cui si sia in qualunque modo avuta conoscenza.

Il CONI non prende in considerazione le segnalazioni anonime, che sono oggetto di registrazione e archiviazione da parte dell'Ufficio Vigilanza.

Le verifiche possono riguardare anche le società direttamente o indirettamente partecipate dalle FSN/DSA/EPS.

Il CONI e CONI Servizi garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante, la tutela dei dati e dell'identità dell'eventuale segnalato e dei terzi che dovessero eventualmente emergere nell'ambito delle segnalazioni e delle attività di verifica, conformemente alle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali (d.lgs 196/03), alle disposizioni dell'Autorità Nazionale Anti-corruzione (ANAC) e a quanto previsto nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione condiviso di CONI e CONI Servizi.

Il CONI e CONI Servizi non prendono in considerazione segnalazioni non circostanziate, ingiuriose o riguardanti esclusivamente la vita privata delle persone, e si impegna a perseguire gli autori di segnalazioni che dovessero risultare caluniose, di natura diffamatoria o comunque in malafede, attuando le azioni opportune a seguito della loro ricezione o agli esiti delle stesse.

Le modalità operative sia delle verifiche preventive che delle verifiche specifiche e di natura ispettiva sono disciplinate, anche in conformità ai principi definite in apposite Policy e Linee Guida del CONI e nelle procedure predisposte in relazione al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione condiviso di CONI e CONI Servizi, approvato dalla Giunta Nazionale del CONI e dal Consiglio di Amministrazione di CONI Servizi.