



*Perry Johnson Registrars, Inc.*  
*Sistemi di Qualità*

---

# Procedura di Certificazione – ISO 37001:2016

---

PJR offre servizi di certificazione alle società che sono alla ricerca di una convalida indipendente del loro sistema di gestione per la prevenzione della corruzione. La certificazione in base a standard di qualità internazionali è un processo rigoroso e dettagliato. La presente procedura evidenzia l'intero processo di certificazione, mediante un approccio step by step dall'applicazione iniziale, alla sorveglianza continua dopo aver conseguito la certificazione. Questa procedura inoltre descrive una serie di politiche di PJR applicabili a svariate situazioni.

**\*\*\*QUESTA PROCEDURA UTILIZZA UN LINGUAGGIO INCLUSIVO\*\*\***

## SOMMARIO

<b>1</b>	<b>RIFERIMENTI</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>DEFINIZIONI</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE</b>	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>FASE 1</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>PARTE ON-SITE DELL'AUDIT DI FASE 1 E DEGLI AUDIT DI FASE 2</b>	<b>8</b>
<b>7</b>	<b>AUDIT DI SISTEMI DI GESTIONE INTEGRATI</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>CERTIFICAZIONE</b>	<b>13</b>
<b>9.</b>	<b>CERTIFICAZIONI DI MULTI-SEDE</b>	<b>14</b>
<b>10</b>	<b>AUDIT DI SORVEGLIANZA E DI RINNOVO</b>	<b>15</b>
<b>11</b>	<b>SOSPENSIONE, RITIRO O CANCELLAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE</b>	<b>17</b>
<b>12</b>	<b>DISPUTE</b>	<b>17</b>
<b>14</b>	<b>RISERVATEZZA</b>	<b>18</b>
<b>15</b>	<b>AUDIT IN ACCOMPAGNAMENTO</b>	<b>18</b>
<b>16</b>	<b>FIRMA ELETTRONICA .....</b>	<b>21</b>

## **1 Riferimenti**

- 1.1 ISO/IEC 17021 - Valutazione della conformità – Requisiti per gli Enti che effettuano audit e rilasciano la certificazione dei sistemi di gestione (nello specifico, parti 1 e 9.)
- 1.2 Moduli e Procedure PJR: Per un elenco completi dei moduli e delle procedure PJR, vi invitiamo a fare riferimento a SharePoint.
- 1.3 Regolamento dei Programmi di Accredimento ANAB specifici per la Norma
- 1.4 Documenti Obbligatori IAF

## **2 Definizioni**

- 2.1 Richiedente – L’organizzazione responsabile del pagamento delle fatture di PJR.
- 2.2 Certificato di Approvazione – Un certificato e relativi documenti nei quali si afferma che, a seguito dell’audit documentato condotto da PJR, il sistema qualità adottato dal richiedente è stato trovato conforme agli standard specifici.
- 2.3 Certificazione della sede– I risultati dell’audit condotto da PJR, sulla cui base viene emesso un Attestato di Certificazione e a cui segue l’iscrizione presso il registro ufficiale di PJR, indicano che la sede del richiedente dispone di un sistema che soddisfa i requisiti della norma ABMS. Inoltre, la sede del richiedente utilizza tale sistema quotidianamente, dando così prova a PJR delle sue capacità di adempiere costantemente ai requisiti, nonché agli obiettivi della norma ABMS. La certificazione rende la sede parte del sistema di certificazione ABMS di PJR, soggetta ai termini e alle condizioni del contratto tra PJR e l’organizzazione, nonché a tutte le regole applicabili e le disposizioni relative a tale certificazione.
- 2.4 Sede – Una società specifica, con una locazione determinata e un’entità aziendale o un/una professionista a cui è stato concesso un Attestato di Certificazione.
- 2.5 Contatto Primario dell’Organizzazione – Membro del personale dell’organizzazione indicato come contatto primario per quanto concerne il processo di certificazione. Preferibilmente, questa persona dovrà essere un membro della Funzione di Conformità per la prevenzione della corruzione del cliente, come indicato dalla clausola 5.3.2 della ISO 37001:2016.
- 2.6 Audit preliminare (Pre-audit) – Un audit informale della sede eseguita da PJR per valutare l’intero ABMS di tale sede prima della Fase 1 dell’audit di certificazione. L’obiettivo di un pre-audit è di determinare lo stato di preparazione per la certificazione.
- 2.7 Sistema di Gestione per la Prevenzione della Corruzione - La sede organizzativa, le responsabilità, le informazioni documentate, i processi e le risorse per l’implementazione della gestione per la prevenzione della corruzione.
- 2.8 Marchio di certificazione – Il logo utilizzato da una sede certificata, e autorizzato da PJR, per rendere così noto che la sede ha dato prova della conformità con lo standard ISO 37001:2016 in merito a un ambito di attività specifico.
- 2.9 Registro – Lista di servizi e/o prodotti e/o servizi che sono certificati in accordo alle procedure di PJR (disponibile su richiesta).
- 2.10 Valutazione Continua/Audit di Sorveglianza – Visite post certificazione effettuate dagli/dalle auditor di PJR per determinare la continua conformità in base alla norma ISO 37001:2016.

### 3 Richiesta di certificazione

3.1 L'organizzazione inizia il Processo di Certificazione attraverso una richiesta di informazioni scritta o orale. In risposta, PJR fornisce all'organizzazione quanto segue:

- Profilo del Cliente/Questionario F-1abms

NOTA: Per quanto riguarda i preventivi relativi alle multi-sede o ai campus, verranno utilizzati il modulo F-1 MSC-SUPP unitamente al modulo Profilo del Cliente/Questionario F-1abms. Dal momento che le certificazioni ABMS sono integrabili ad altri scopi (come, ad esempio, l'ISO 9001:2015), insieme al modulo F-1abms verrà utilizzato anche il modulo F-1

PJR, inoltre, se necessario, su richiesta fornirà al cliente ulteriori informazioni/documenti relativi al sistema di certificazione di PJR.

3.2 L'organizzazione compila il modulo standard F-1abms di PJR (o PJR riceve le informazioni per telefono), fornendo quindi a PJR le informazioni iniziali necessarie ad avviare il preventivo/processo di certificazione. Questo documento chiede all'organizzazione delle informazioni, tra cui:

- a) Nome di riferimento (con indirizzo ecc.)
- b) La struttura relativa alla gestione dell'Organizzazione, compresi eventuali Organi di Amministrazione, se applicabile
- c) Tutte le informazioni pertinenti relative a recenti fusion, acquisizioni o eventuali altre attività di riorganizzazione
- d) Scopo di certificazione desiderato e come l'organizzazione vuole che appaia sul certificato (NOTA: piccole modifiche allo scopo sono permesse dopo che il contratto è stato sottoscritto)
- e) Codici IAF
- f) Settori ed aree geografiche nelle quali opera l'Organizzazione
- g) Descrizione dello stabilimento, il numero di addetti/e, il numero dei turni, gli attuali progetti, i cantieri e le loro dimensioni, e le attività date in outsourcing
- h) Lo stato dell'attuale sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
- i) Tutte le informazioni relative ai più recenti incidenti in materia di corruzione ed i relativi procedimenti legali

**Qualora la lingua ufficiale della società da verificare fosse diversa da quella dell'/della auditor, PJR si servirà in ogni caso del servizio di un/una interprete.**

Nel caso in cui il cliente abbia più di una sede, le informazioni contenute nel modulo F-1mscsupp verranno utilizzate per classificare il cliente quale certificazione campus o multi-sede. Di seguito, verranno indicate le differenze che intercorrono tra le classificazioni multi-sede e campus.

#### **Campus:**

Viene definita campus un'organizzazione in possesso di una sede centrale ben definita (un ufficio centrale, ma non necessariamente identificato nella casa madre dell'organizzazione) nella quale vengano pianificate determinate attività, controllate o gestite unitamente ad alcuni processi per la realizzazione di un prodotto che viene distribuito, in maniera sequenziale e conforme (potremmo chiamarla catena di valore), e dove l'output di una sede rappresenti l'input per un'altra, che offre materialmente il prodotto o il servizio. Eventuali carenze, da parte dell'Organizzazione, potrebbero comportare anomalie nei processi relativi alla fornitura di prodotti o servizi.

#### **Multi-Sede alle quali è applicabile la campionatura:**

Viene definita multi-sede un'organizzazione in possesso di un'unità centrale ben definita (un ufficio centrale, non necessariamente identificato nella casa madre dell'organizzazione) nella quale vengano pianificate, controllate e gestite determinate attività, o nella quale tali attività vengano eseguite interamente o parzialmente. Eccezion fatta per l'ufficio centrale, i processi delle altre sedi devono essere dello stesso tipo, e devono essere eseguiti attraverso metodi e procedure identici (Vi preghiamo di prendere visione della definizione e dei criteri di ammissibilità per le "Organizzazioni Multi-sede" nel documento IAF MD 1).

### **Multi-Sede alle quali NON È applicabile la campionatura:**

Anche in questo caso, l'organizzazione è in possesso di un'unità centrale ben definita (un ufficio centrale, non necessariamente identificato nella casa madre dell'organizzazione) nella quale vengano pianificate, controllate e gestite determinate attività, o nella quale tali attività vengano eseguite interamente o parzialmente. Tuttavia, i processi eseguiti nelle varie sedi sono sostanzialmente diversi, in maniera tale da non legittimare il campionamento.

- 3.3 Se lo scopo dell'attività di un'organizzazione richiedente la certificazione è simile alla descrizione dell'attività svolta da PJR, PJR non accetterà la domanda di certificazione. Per certificare un'organizzazione è necessario verificare che PJR abbia le risorse e le competenze necessarie. Nel caso in cui PJR non possa garantire la propria competenza e la disponibilità di risorse, può rifiutarsi di accettare la domanda.
- 3.4 Sulla base delle informazioni fornite dall'organizzazione, PJR può decidere se accettare o rifiutare una richiesta. Quando PJR rifiuta una richiesta, in seguito alla sua valutazione, il motivo del rifiuto viene documentato sul modulo Riesame/Approvazione del Preventivo (F-168), e verrà chiarito al cliente. Quando PJR accetta una richiesta, stabilirà gli obiettivi dell'audit, lo scopo ed i criteri, fornendo un preventivo che copra le spese relative alla certificazione ed alle successive visite di sorveglianza. Il numero di giornate di audit viene stabilito tramite la Griglia di Calcolo per le Giornate di Audit contenuta nell'Appendix A di questa procedura. Il preventivo include il costo dell'audit iniziale e dei seguenti audit di sorveglianza, ma esclude eventuali visite di follow-up, che possono essere suggerite o necessarie per il completamento positivo del processo di certificazione (ad es., le rivisite). Si presuppone, inoltre, che le informazioni fornite a PJR dall'Organizzazione siano accurate e complete, pena la necessità di emendare i giorni-uomo necessari per l'audit, e conseguentemente i costi pattuiti.
- 3.4.1 Le deviazioni (+ o -) rispetto ai giorni di audit richiesti devono avere una giustificazione documentata. Le ragioni per una riduzione possono essere reperite nel OM-06-09, e includere quanto segue:

- Conoscenza precedente del sistema organizzativo (es: già certificato da PJR secondo un'altra norma– maggiori informazioni sugli audit combinati si possono trovare nelle istruzioni di lavoro WI-35)
- Grado di preparazione del cliente per la Certificazione (per es.: già certificato o riconosciuto ai sensi di un programma etico di certificazione - cfr. Appendix A)
- Audit combinati o integrati di due o più sistemi di gestione fra loro compatibili (vedere paragrafo 3.4.3)
- Maturità del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
- Alta percentuale di addetti che svolgono la stessa semplice mansione
- Qualora il personale comprenda un certo numero di persone che lavorino “fuori sede” (es: venditori/venditrici, autisti, personale di servizio, etc.) e sia possibile verificare la conformità delle loro attività tramite il riesame delle registrazioni.

I motivi per un'estensione della durata dell'audit possono includere:

- Un esame pre-audit offsite rivela evidenze relative ad un recente incidente (o eventuali accuse) in materia di prevenzione della corruzione
- Il cliente ha diversi clienti o partner commerciali in Paesi con una forte propensione alla corruzione (cfr. Appendix A)
- Personale che parla più di una lingua (è richiesto/a un/una interprete, e questa situazione impedisce ad un/una auditor di lavorare indipendentemente)
- Sistema con processi molto complessi o numero abbastanza elevato di attività uniche
- Attività che richiedono di visitare siti temporanei per confermare le attività dei siti permanenti il cui sistema di gestione è soggetto alla certificazione.

La giustificazione dei giorni di audit è registrata sul modulo F-114abms, che deve essere altresì approvato dal/dalla Programs and Accreditations Manager o dal/dalla Program Manager ABMS, oppure dal/dalla Sales Coordinator, ove appropriato. Il/La Sales Managers dovrà far firmare il preventivo anche da un/una revisore/a tecnico/a. Una volta completati il preventivo ed il modulo F-114abms, l'esito del riesame del preventivo viene documentato

sul modulo F-168, Checklist per l'Approvazione del Preventivo. Ogni volta che viene effettuato un conteggio del numero effettivo di addetti/e (Effective Employee Count – EEC), i dettagli pertinenti saranno indicati nel modulo F-114, specificando i dipartimenti dell'organizzazione cui è stato applicato l'EEC, e quale la riduzione complessiva applicata.

3.4.2 I trasferimenti vengono trattati ai sensi del PRO-13.

3.4.3 Un audit combinato è un audit del sistema di gestione di un'organizzazione secondo due o più norme condotto nello stesso momento. Si ha invece un sistema di gestione integrato solo quando un'organizzazione utilizza un unico sistema di gestione per gestire diversi aspetti delle performance dell'azienda, per soddisfare i requisiti di più norme dei sistemi di gestione. Per stabilire la durata di un audit integrato è necessario seguire le prescrizioni indicate nel documento IAF MD 11.

- PJR si riserva il diritto di aumentare il tempo necessario per l'audit laddove le riduzioni siano concesse in base ai livelli dichiarati di integrazione del sistema di gestione che successivamente risultino non validi. Il livello di integrazione del sistema di gestione sarà confermato durante la Fase 1. Pertanto, la durata dell'audit può essere modificata prima della Fase 2.
- Per le multi-sede, i giorni di audit vengono stabiliti in base alla tabella standard dei giorni di audit a seconda del numero effettivo di addetti in ciascuna sede. La campionatura può essere applicata alle sedi multiple che offrono prodotti, servizi, processi o attività simili in ciascuna sede (si veda IAF MD1). Quando si rilevano non conformità durante la campionatura di una sede, si devono applicare le azioni correttive necessarie a tutte le sedi interessate, comprese quelle non materialmente verificate.

3.5 Qualora l'organizzazione decida di procedere alla certificazione, PJR le fornirà una copia dell'apposito Contratto di Registrazione e del modulo F-3tc. L'organizzazione pertanto completa, firma e restituisce il Contratto con la firma in originale. Il ricevimento di questo documento, da parte di PJR, viene inteso come un'istruzione a procedere, ai sensi del Contratto di Certificazione e delle procedure correlate, e viene fornita all'organizzazione una versione sintetica della Procedura di Certificazione (F-81abms). (In seguito alla firma del contratto, è possibile effettuare eventuali modifiche (concordate da entrambe le parti) utilizzando il modulo F-78.) In questa fase, inoltre, l'organizzazione fornisce a PJR quanto segue:

- a) Conferma scritta delle date per la pre-valutazione (se applicabile) e per gli audit di Fase 1 e Fase 2;
- b) Pagamento della prima rata per il Contratto di Certificazione;

3.7 Qualora i requisiti per la certificazione dovessero variare, in qualsiasi momento, implicando una implementazione retroattiva, PJR dovrà assicurarsi che l'organizzazione venga adeguatamente informata per tempo, e che i nuovi requisiti vengano rispettati/implementati in occasione dei successivi audit di sorveglianza dell'organizzazione.

3.8 Qualsiasi differenza di interpretazione tra l'ente di certificazione e il richiedente dovrà essere risolta.

#### **4. Programmazione degli Audit**

4.1 Dopo aver ricevuto il Contratto per la Certificazione firmato, l'organizzazione viene assegnata ad un/una Coordinatore/Coordinatrice del Programma di Audit (Scheduler) allo scopo di programmare gli audit, in base alle date fornite. Lo/La Scheduler contatterà il/la Responsabile dell'Organizzazione per concordare le date relative alle attività di audit. In seguito, lo/la Scheduler coordinerà le date richieste con la disponibilità degli/delle auditor in possesso delle competenze necessarie. Spesso, questa fase richiede diversi contatti tra il cliente e l'/la auditor prima che si trovi un accordo sulle date effettive dell'audit. Lo/La Scheduler, o il/la Responsabile più opportuno/a, avrà poi il compito di giustificare l'incarico dell'/della auditor utilizzando il modulo F-114a, relativo a tutte le norme.

- 4.2 In seguito, lo/la Scheduler invia al cliente il modulo di Conferma della Programmazione dell'Audit (F-163) o un documento simile, che dovrà essere restituito firmato, indicando così di accettare le date proposte per l'audit ed il gruppo di audit proposto sul quale, facendone richiesta, potrà ottenere ulteriori informazioni. Il cliente ha anche il diritto di recusare un/una determinato/a auditor o esperto/a tecnico/a purché la ricusazione sia giustificata (ad esempio si tratta di un/una dipendente di un concorrente, o ci sono questioni personali, ecc.). L'eventuale presenza e motivazione di osservatori/osservatrici (consulenti del cliente, personale degli enti di accreditamento in accompagnamento, regolatori o altri soggetti autorizzati) verrà concordata tra PJR ed il cliente prima dell'audit. Lo/La Scheduler invia al cliente anche il modulo F-108abms, con il quale l'organizzazione attesta di essere pronta per la Fase 1 dell'audit di certificazione, allegando un piano di audit per la Fase 1. Inoltre, quando invia il modulo F-108abms, lo/la Scheduler invia anche il modulo F-191abms, che è un modulo opzionale il cui scopo è aiutare il cliente a confermare che tutti i suoi processi trattino i requisiti della norma ISO 37001:2016.
- 4.3 Lo/La Scheduler, in seguito, crea il Modulo di Nomina dell'/della Auditor (F-27\*) e lo inoltra agli/alle auditor in questione, previa autorizzazione da parte del Servizio Clienti o dal/dalla delegato/a internazionale più appropriato/a. (\* Divisione Giapponese: Lo/La Scheduler crea il Modulo di Nomina dell'/della Auditor (F-54J) e lo inoltra agli/alle auditor. Il modulo F-54J dovrà essere approvato da un soggetto diverso dal proprio creatore.

## 5 Fase 1

- 5.1 Gli audit di Fase 1, generalmente, hanno una durata di 1-2 giorni. A meno che l'organizzazione esaminata non preferisca diversamente, o la logistica lo permetta, la prima parte degli audit di Fase 1 verrà condotta off-site. Durante l'audit di Fase 1, il modulo F-184 di PJR assolverà la funzione del piano di audit. Qualora gli audit vengano condotti on-site, ogni auditor dovrà essere accompagnato/a da una guida, salvo accordi diversi tra il/la responsabile del gruppo di audit ed il cliente. Il gruppo di audit dovrà garantire che le guide non influiscano né interferiscano sul processo o sull'esito dell'audit.
- 5.2 Nel giorno e nell'ora stabiliti per l'avvio dell'audit, il/la Lead Auditor contatterà telefonicamente l'organizzazione esaminata per condurre la riunione di apertura. La riunione di apertura verrà svolta seguendo il Programma per la Riunione di Apertura contenuto nel workbook supplement. Il/La Lead Auditor dovrà registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di apertura sul Foglio Presenze. Nel caso in cui non l'abbia già fatto, l'organizzazione esaminata dovrà inviare al/alla Lead Auditor copia delle informazioni da esaminare durante l'audit di Fase 1. Se possibile, l'organizzazione esaminata invierà il materiale al/alla Lead Auditor in via telematica.
- 5.3 Durante la Fase 1 dell'audit di certificazione viene riesaminato quanto segue:
- 5.3.1 Le informazioni documentate dell'organizzazione, incluso lo scopo, la non applicabilità delle clausole della norma, l'identificazione degli stakeholder e l'interazione tra i processi del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione;
  - 5.3.2 Gli obiettivi individuati dall'Organizzazione per il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione;
  - 5.3.3 Le evidenze che confermino, per l'audit di Fase 2, che l'Organizzazione sarà in possesso di adeguati dati di performance in relazione a tutti gli obiettivi individuati per il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
  - 5.3.4 L'evidenza che i processi dell'Organizzazione rispettino tutti i requisiti della ISO 37001:2016 (Nota: l'Organizzazione può utilizzare il modulo F-191\_37K per soddisfare questo requisito, oppure un metodo interno equivalente);
  - 5.3.5 Le evidenze che attestino l'implementazione di un processo per la valutazione dei rischi;
  - 5.3.6 L'analisi dell'impatto dell'organo direttivo (qualora fosse presente);
  - 5.3.7 L'identificazione di tutti gli stakeholder interni ed esterni;
  - 5.3.8 La valutazione della presenza di altre Organizzazioni controllate dall'Organizzazione certificata, e la definizione dei relativi controlli;
  - 5.3.9 L'evidenza del completamento di un audit interno dell'intero sistema di gestione per la prevenzione della corruzione. L'organizzazione deve anche essere in grado di fornire l'evidenza delle azioni correttive commisurate all'arco di tempo intercorso dalla conclusione dell'audit interno;

- 5.3.10 La definizione dei requisiti relativi alle competenze degli/delle auditor interni/e; e
- 5.3.11 L'evidenza del completamento di un riesame della direzione (che soddisfi tutti gli elementi in entrata ed in uscita) svolto dopo l'audit interno.
- 5.4 Affinché venga considerato completo, e per giustificare una raccomandazione a procedere alla Fase 2, il pacchetto di audit di Fase 1 dovrà contenere una copia della sequenza ed interazione dei processi dell'organizzazione. Qualora l'Organizzazione abbia scelto di documentare il modo in cui i suoi processi soddisfano tutti i requisiti della norma applicabile all'audit (modulo F-191\_37K o equivalente), anche queste informazioni dovranno essere allegate al pacchetto di audit di Fase 1.
- 5.5 I risultati della Fase 1 verranno documentati nel Rapporto di audit di Fase 1, che è incluso nell'apposito workbook per la Fase 1. A conclusione del Rapporto della Fase 1, il/la Lead Auditor dovrà indicare se l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2. Il/La Lead Auditor dovrà anche registrare i giorni previsti dal contratto per la Fase 2 (riportati sull'F-27\*, Modulo di incarico dell'/della auditor), indicando se siano corretti o se raccomandi una durata differente per la Fase 2. Sia il/la Lead Auditor che il cliente dovranno firmare il Rapporto di Fase 1. (\*Divisione Giapponese: verrà utilizzato il modulo F-54J invece che il modulo F-27)
- 5.6 A questo punto, il/la Lead Auditor dovrà preparare il piano di audit per la Fase 2 sul modello dell'F-184. I processi elencati nel piano di audit di Fase 2 dovranno corrispondere esattamente ai processi elencati nella sequenza ed interazione dei processi dell'organizzazione. Se il cliente non ha identificato i propri processi, non è pronto a procedere alla Fase 2. (Se si raccomanda che l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2, il piano di audit per la Fase 2 dovrà essere allegato al pacchetto di audit della Fase 1).
- 5.7 All'orario stabilito, il/la Lead Auditor dovrà tenere la riunione di chiusura con il cliente, utilizzando il Programma per la Riunione di Chiusura contenuto nell'apposito workbook supplement. Il/La Lead Auditor dovrà registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di chiusura sul Foglio Presenze.
- 5.8 Qualora si raccomandi che l'Organizzazione esaminata proceda alla Fase 2, entro una settimana dall'audit si dovranno caricare su SharePoint il workbook compilato, copia della sequenza ed interazione dei processi, le evidenze che indichino che i processi dell'organizzazione esaminata soddisfino tutti i requisiti della ISO 37001:2016 (qualora l'organizzazione esaminata abbia scelto di fornirle) ed una copia del piano di audit di Fase 2. (Nota: Le divisioni internazionali potrebbero avere requisiti diversi per l'invio del pacchetto di audit).
- 5.9 Un membro del Comitato Esecutivo ABMS riesaminerà il pacchetto di audit della Fase 1 audit e deciderà se il cliente sia pronto o meno a procedere all'audit di Fase 2. (Nota: Può darsi che PJR abbia la necessità di coinvolgere anche un/una revisore/a tecnico/a, in qualità di membro del Gruppo per il Riesame del Sistema, nella decisione sulla preparazione a procedere alla Fase 2). La decisione del Comitato Esecutivo verrà documentata in calce al Rapporto di Audit di Fase 1, e registrata su PJView, permettendo al reparto Scheduling di programmare/confermare l'audit di Fase 2. Qualora le tempistiche per la Fase 2 siano diverse rispetto al contratto, verrà inoltrata una richiesta di modifica al/alla Coordinatore/Coordinatrice Vendite.
- 5.9.1 La Fase 1 di un audit potrebbe comportare una decisione di "pronti a procedere", con l'/la auditor che si riserva la possibilità di verificare che le evidenze oggettive relative a tutte le "aree critiche", riscontrate in Fase 1 siano state effettivamente contenute prima della Fase 2, attraverso una rivisita on-site oppure off-site. In entrambi i casi, si tratterà di eventi programmati con una durata determinata. Il/La Lead Auditor deve comunicare la necessità di una rivisita al/alla Program Manager ABMS o allo/alla Scheduler. Qualora venga deciso che l'organizzazione esaminata possa fornire ulteriori evidenze per ottenere l'autorizzazione a procedere alla Fase 2, l'/la auditor dovrà aggiornare e datare il rapporto di Fase 1 originario, in modo che sia chiaro quando ha ricevuto le nuove evidenze oggettive e quando le ha riesaminate ed approvate.
- 5.9.2 In alcuni casi, la Fase 2 viene programmata già durante lo svolgimento della Fase 1. I risultati della Fase 1 potrebbero necessitare un posticipo della Fase 2, ed il/la Lead Auditor dovrà comunicarlo chiaramente all'organizzazione esaminata. Nel caso in cui si verifichino importanti modifiche al sistema di gestione, a causa dei risultati della Fase 1 o della durata dell'intervallo tra Fase 1 e Fase 2, potrebbe rivelarsi necessario ripetere la Fase 1.

## 6 Parte On-Site dell'Audit di Fase 1 e degli Audit di Fase 2

- 6.1 Il/La Lead Auditor viene confermato per la Fase 2 solo dopo aver ricevuto l'incarico, tramite F-27 (per la Divisione Giapponese: F-54J). (Esistono casi in cui il/la Lead Auditor raccomandi l'organizzazione a procedere alla Fase 2, ma il Comitato Esecutivo decida che l'organizzazione non sia pronta). Ricevere l'F-27

per la Divisione Giapponese: F-54J) per l'audit di Fase 2 è la conferma, per il/la Lead Auditor, che il Comitato Esecutivo sia d'accordo con la sua raccomandazione della Fase 1.

- 6.2 Prima dell'audit, e subito dopo aver ricevuto l'incarico, il/la Lead Auditor contatterà l'Organizzazione per discutere la logistica (viaggio, orario di inizio, etc.), il tipo di abbigliamento generalmente indossato dall'alta direzione dell'organizzazione (informale classico, business casual, ecc.), e per identificare eventuali requisiti particolari (sicurezza, attrezzature particolari ecc.). Se non l'ha già appreso durante la Fase 1, il/la Lead Auditor dovrà anche chiedere al cliente su quale mercato operi e dove vengano venduti i suoi prodotti o servizi. Il/La Lead Auditor dovrà acquisire familiarità con i requisiti cogenti relativi ai prodotti o servizi del cliente in tutti i paesi applicabili. Il modo migliore per farlo è una ricerca su internet. Il/La Lead Auditor dovrà poi contattare tutti i membri del gruppo di audit per comunicare loro cosa è stato deciso in merito alla logistica, all'abbigliamento, ecc., e dovrà fornire a ciascun membro una copia del piano di audit per la Fase 2.
- 6.3 (Almeno) Un'ora del tempo concordato per lo svolgimento dell'audit verrà aggiunta agli audit verso la ISO 37001:2016 in modo da permettere al Gruppo di Audit di svolgere un esame indipendente dei siti web e di altre informazioni, allo scopo di stabilire se l'Organizzazione sia stata coinvolta (o accusata di concorso) in recenti casi di corruzione, se si siano verificati casi o rischi di corruzione nel settore, ed i livelli di interazione o regolamentazione statali. Se necessario, il tempo dedicato a questa attività potrà essere aumentato in proporzione alla complessità ed alle dimensioni dell'Organizzazione. La ricerca indipendente dovrà essere terminata prima dell'arrivo dell'auditor per la riunione di apertura. A discrezione dell'/della auditor, le informazioni acquisite durante l'esame the pre-audit potranno comportare un aumento del tempo dedicato all'audit. Qualora si verifichi questa eventualità, l'/la auditor contatterà il/la Program Manager ABMS, o un membro del Comitato Esecutivo ABMS, per ricevere istruzioni.
- 6.3.1 L'unica eccezione a questo requisito si ha nel caso in cui l'audit di Fase si tenga a meno di 31 giorni da quello di fase 1. Qualora l'intervallo dall'audit di Fase 1 sia pari a 31 giorni, o superiore, la ricerca offsite dovrà essere ripetuta prima della Fase 2.
- 6.4 Si deve tenere una riunione di apertura utilizzando il Programma per la Riunione di Apertura contenuto nel workbook supplement. Il/La Lead Auditor deve anche far passare il Foglio Presenze per documentare la presenza dei partecipanti alla Riunione di Apertura.
- 6.5 La prima parte delle attività di audit on-site è, in realtà, la conclusione dell'audit di Fase 1. Il/La Lead Auditor della Fase 1 (che è quasi sempre il/la Lead Auditor anche per la Fase 2) dovrà verificare le correzioni avviate per affrontare le nonconformità e le criticità rilevate off-site per la Fase 1. Il/La Lead Auditor dovrà documentare, in modo chiaro, le evidenze oggettive esaminate per dimostrare che tali criticità/nonconformità siano state affrontate. (Nota: Per la Fase 1, l'organizzazione esaminata dovrà inviare solo le correzioni relative alle criticità/nonconformità. L'analisi delle cause principali e le azioni correttive non sono necessarie). A meno che la Fase 1 non si svolga interamente on-site, questa sarà anche la prima occasione, per il/la Lead Auditor, di effettuare una visita della struttura e confermare che i processi fisici dell'organizzazione esaminata combaciano con i processi riportati dalla stessa nella sequenza ed interazione dei processi. L'esito delle attività on-site della Fase 1 dovrà essere documentato nella sezione Verifica delle Nonconformità/Criticità della Fase 1, contenuta nel workbook della Fase 2.
- 6.6 Una volta conclusa la parte on-site dell'audit di Fase 1, comincia ufficialmente l'audit di Fase 2. (Nota: Qualora fossero coinvolti dei membri del Gruppo di audit, questi potrebbero non necessariamente essere presenti durante la parte on-site della Fase 1).
- 6.7 L'audit di Fase 2, basato sui processi, inizia conformemente al piano di audit. Il/La Lead Auditor deve assicurare che i membri del gruppo di audit con le competenze adeguate in relazione ai processi dell'organizzazione (ad esempio con competenze nei codici IAF del cliente) venga incaricato di verificare i processi tecnici dell'organizzazione. Salvo accordi diversi tra il/la responsabile del gruppo di audit ed il cliente, ogni auditor dovrà essere accompagnato/a da una guida. Il gruppo di audit dovrà assicurarsi che le guide non influenzino, né interferiscano con il processo o l'esito dell'audit. Durante l'audit, il gruppo di audit dovrà valutarne periodicamente i progressi e scambiarsi delle informazioni. Il/La Lead Auditor dovrà, inoltre, riassumere i compiti ai membri del gruppo, e comunicare frequentemente i progressi relativi all'audit, ed eventuali criticità, al cliente. Il/La Lead Auditor dovrà anche garantire che venga riservato un tempo adeguato alle riunioni del gruppo di audit, ecc. Si prega di notare che è permesso che, durante un audit ABMS, venga dedicato solo il 10% del tempo totale on-site alle attività di compilazione dei report. Ogni modifica al piano di audit verrà indicata sul programma e segnalata alla casa madre di PJR con il pacchetto di audit.
- 6.8 Si dovrebbe fare ogni sforzo per verificare i processi dell'organizzazione laddove vengano implementati. Le evidenze dell'audit raccolte mediante le interviste dovrebbero essere verificate sulla base di informazioni di

supporto acquisite da fonti indipendenti, quali osservazioni, riesame delle informazioni documentate, e risultati di misurazioni esistenti. I nomi, la mansione ed i turni di lavoro degli/delle intervistati/e dovranno essere registrati nel documento di lavoro all'interno del workbook. Il gruppo di audit dovrà registrare sul documento di lavoro cospicui appunti relativi alle conformità ed alle nonconformità. Qualora l'audit sia presso un'Organizzazione multi-sede, nel documento di lavoro si dovranno indicare le sedi esaminate. Gli appunti devono essere organizzati conformemente ai processi dell'organizzazione e non alle clausole della norma che si stanno verificando. Documenti di lavoro insufficienti o basati sulle clausole non sono accettabili e verranno respinti dal Comitato Esecutivo.

Gli/Le auditor dovranno scegliere i campioni da verificare. Questi non possono essere scelti dai clienti. (Si prega di far riferimento alla Comunicazione Interna N. 21, "note dei valutatori sulla documentazione del cliente e sul campionamento della documentazione"). La campionatura effettuata dal/dalla valutatore/valutatrice dovrà comprendere elementi importanti per condurre un audit a valore aggiunto per l'organizzazione. Una campionatura adeguata consente di valutare se il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione dell'organizzazione funzioni efficacemente e di identificarne eventuali punti deboli. È importante ricordare che con il termine "campionatura" si intende una selezione piuttosto casuale delle evidenze all'interno di un processo specifico. Per questo motivo, gli/le auditor dovranno selezionare "attivamente" quei processi che da un riesame preliminare risultino correlati a problemi interni.

- 6.8.1 Qualora un'organizzazione non sia in grado di rendere disponibile un processo o un'informazione documentata, per questioni di privacy o di sicurezza, allora il/la Lead Auditor sarà tenuto/a a contattare il/la Program Manager ABMS alla casa madre. Insieme, decideranno se il sistema di gestione possa essere adeguatamente verificato, anche in assenza di tali elementi. Ogni attività che non potrà essere verificata non potrà essere inserita nello scopo di certificazione. Qualora tali attività rappresentino delle esclusioni non permessibili, allora non sarà possibile concedere la certificazione.
- 6.9 Qualora esistano delle evidenze oggettive a supporto dell'emissione di una non conformità, verrà utilizzato il seguente formato:
- 6.9.1 Dichiarazione di nonconformità,
- 6.9.2 Evidenza oggettiva osservata che supporti la dichiarazione di non conformità e
- 6.9.3 Citazione dei requisiti che non vengano rispettati.
- 6.10 PJR definisce le seguenti categorie di non conformità:
- 6.10.1 Nonconformità maggiore – Si definisce Nonconformità maggiore l'assenza di, o il fallimento nell'implementazione e nel mantenimento, di uno o più requisiti per la certificazione, o dei requisiti del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione dell'organizzazione che, sulla base delle evidenze oggettive disponibili, farebbero sorgere dubbi significativi in merito alla credibilità dello stesso e sulla sua capacità di conseguire la politica e gli obiettivi dell'organizzazione; oppure una serie di non conformità minori sulla base di uno o più requisiti che, se combinate, possono comportare un'anomalia al sistema di gestione; oppure una non conformità minore che era stata emessa in precedenza e non risolta in modo efficace. Una nonconformità maggiore è obbligatoria in situazioni che implicino un incidente in materia di corruzione (di qualsiasi natura o dimensione) per il quale non sia stata utilizzata la Procedura di Risposta alla Corruzione dell'organizzazione. È, inoltre, possibile assegnare una nonconformità maggiore nei casi in cui vi siano delle evidenze che l'organizzazione abbia agito in modo tale da occultare un atto di corruzione, ivi compresa la sparizione di un informatore, la distruzione delle evidenze correlate al caso, ecc.
- 6.10.2 Nonconformità minore – Il mancato soddisfacimento di un requisito del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione.
- 6.11 Qualora il/la Lead Auditor rilevi una non conformità maggiore nel corso di un audit, dovrà informarne immediatamente l'Organizzazione. Per gli audit che durano più giorni, il/la Lead Auditor dovrà tenere una riunione riassuntiva con il gruppo di audit e l'Organizzazione per discutere dei rilievi di quella giornata.
- 6.12 Qualora un membro del gruppo di audit rilevi, nel corso di un audit, una nonconformità che sospetti sia maggiore, dovrà informarne immediatamente il/la Lead Auditor. (I membri del gruppo di audit non possono classificare le nonconformità nel corso di un audit; la classificazione delle nonconformità è una responsabilità del/della Lead Auditor, il/la quale prende la decisione finale sulle nonconformità e la loro gravità).

- 6.13 Le nonconformità maggiori spesso richiedono una rivisita. Quando il/la Lead Auditor ritiene che sia stata identificata una nonconformità maggiore, deve contattare immediatamente il/la Program Manager ABMS, o un membro del Comitato Esecutivo ABMS, o una persona di riferimento per le varie Divisioni Internazionali per stabilire se sia necessaria una rivisita on-site. Il/La Lead Auditor contatterà poi la Divisione Scheduling per programmare una data precisa per la rivisita, preferibilmente prima di lasciare la sede del cliente. Se la nonconformità maggiore viene assegnata per il mancato avviamento della Procedura di Risposta alla Corruzione, o per la conferma di atti tesi ad occultare un caso di corruzione, da parte del cliente, potrebbe essere necessario revocare immediatamente la certificazione. Questa decisione spetta al/alla Program Manager ABMS, al/alla Programs and Accreditation Manager, al/alla Presidente e ad altri membri dello staff di PJR, ove opportuno.
- 6.14 Qualora le evidenze disponibili indichino che gli obiettivi dell'audit siano irraggiungibili e divenga chiaro, nel corso dell'audit, che il/la Lead Auditor non possa raccomandare l'organizzazione alla certificazione a causa di gravi mancanze nel sistema di gestione, o a causa della presenza di rischi immediati e significativi (ad es. per la sicurezza), o qualora risulti evidente che sarà necessaria una rivisita al fine di chiudere una o più nonconformità maggiori, è importante che il/la Lead Auditor ne informi l'Organizzazione e il/la Program Manager ABMS presso la casa madre, allo scopo di stabilire le azioni necessarie. Tali azioni potranno comprendere una conferma o una modifica del piano di audit, modifiche agli obiettivi o allo scopo dell'audit, oppure l'interruzione dello stesso. Qualora il/la Program Manager ABMS non sia disponibile, si dovrà contattare un/una suo/a delegato/a seguendo l'Elenco per le Segnalazioni alla Casa Madre. Il/La Program Manager ABMS, o il/la suo delegato, e il/la Lead Auditor esamineranno le seguenti possibilità: a) continuare l'audit con la consapevolezza che verrà richiesta una rivisita o b) interrompere l'audit. Il/La Lead Auditor poi illustrerà le suddette possibilità all'Organizzazione, esprimendo una raccomandazione. È importante che la decisione venga comunicata immediatamente al/alla Program Manager, in quanto spesso è necessario apportare una modifica al contratto.
- 6.15 Il/La Lead Auditor, anche sulla base degli input derivanti dal gruppo di audit, dovrà compilare il Rapporto Finale e, in caso di audit per il settore aerospace, gli eventuali altri documenti specifici per il settore.
- 6.16 Dopo che il gruppo di audit ha concluso il proprio audit, e prima della riunione di chiusura, il/la Lead Auditor riunisce il gruppo e riesamina i rilievi nonché le altre informazioni raccolte durante l'audit in relazione agli obiettivi di quest'ultimo. Il/La Lead Auditor deve riesaminare il Documento di Lavoro per assicurarsi che siano state verificate tutte le clausole della norma, e che siano state verificate in modo appropriato. Il/La Lead Auditor riesamina i Rapporti di Nonconformità (RNC), effettua le modifiche necessarie e numera i RNC (ad ogni RNC emessa viene attribuito un numero progressivo).
- 6.17 A questo punto, il gruppo di audit consegna al/alla Lead Auditor tutti i documenti di lavoro e gli altri moduli richiesti, ivi compresa la Dichiarazione di Disponibilità, Riservatezza e Promessa di Non Divulgazione.
- 6.18 Al termine della riunione degli/delle auditor, viene convocata l'Organizzazione per la presentazione dei risultati dell'audit. Il/La Lead Auditor richiede all'Organizzazione di firmare i RNC. I rilievi dell'audit devono essere riesaminati insieme all'Organizzazione con l'intento di chiarire le ragioni della loro emissione, prima della Riunione di Chiusura.
- 6.19 A questo punto, è necessario fissare il successivo audit di sorveglianza con l'organizzazione esaminata. Se il tempo lo permette, si dovrà contattare lo/la Scheduler in modo da programmare immediatamente le date e compilare il Modulo di Programmazione dell'/della Auditor. Nota: Per alcune divisioni internazionali, questo passaggio potrebbe non essere necessario.
- 6.20 Si deve tenere una riunione di chiusura utilizzando il verbale della riunione di chiusura presente nel workbook supplement. Il/La Lead Auditor deve inoltre far passare il Foglio Presenze contenuto per documentare la partecipazione alla riunione di chiusura. L'organizzazione avrà l'opportunità di porre delle domande. Verranno discusse eventuali opinioni divergenti, tra gruppo di audit e cliente, in merito ai rilievi o alle conclusioni dell'audit e, ove possibile, si troverà una soluzione. Nel caso in cui tali opinioni contrastanti siano inconciliabili, verranno riportate nella sezione dei commenti presente nel modulo Accettazione dei Rilievi da parte del Cliente.
- 6.21 Sul modulo Accettazione dei Rilievi da parte del Cliente, il/la Lead Auditor e l'organizzazione dovranno confermare il verificarsi di eventi critici e tutte le nonconformità documentate.
- 6.22 Il/La Lead Auditor deve caricare in SharePoint l'intero pacchetto di audit entro una settimana dal termine dell'audit. Per l'invio dei pacchetti di audit, gli/le Auditor dovranno seguire le indicazioni della comunicazione PJR n. 6. (Nota: le divisioni internazionali potrebbero avere diversi requisiti per l'invio dei pacchetti di audit).

- 6.23 Salvo diverse disposizioni da regolamenti specifici per il settore di appartenenza, l'organizzazione ha 60 giorni dalla data della riunione di chiusura per presentare un piano per le azioni correttive a fronte delle non conformità **minori** rilevate nel corso dell'audit. Per quanto riguarda gli audit sulla sicurezza alimentare, saranno necessari un piano per le azioni correttive ed evidenze oggettive per entrambi i tipi di non conformità (Si consiglia all'auditor di stabilire con l'Organizzazione una data effettiva per la chiusura delle non conformità e di annotarla sul Rapporto dell'audit). Si noti che un piano per le azioni correttive comprende un piano per il trattamento ed i risultati dell'analisi della causa principale, ed un piano per le correzioni. Per le non conformità **maggiori**, l'organizzazione deve presentare l'evidenza oggettiva dell'implementazione delle azioni correttive. Si faccia attenzione che per le normative aerospaziali e automobilistiche ci sono regole differenti. Si prega di far riferimento alle linee guida contenute nella comunicazione di PJR N. 15.
- 6.24 Qualora il/la Lead Auditor accetti il piano per le azioni correttive (per le non conformità minori) o l'evidenza relativa all'implementazione delle azioni correttive per le non conformità maggiori, dovrà firmare la parte del Rapporto di Nonconformità chiamata "Piano delle AC accettato". In alternativa, il/la Lead Auditor può scrivere in stampatello il proprio nome. Qualora il piano per le azioni correttive del cliente non venga accettato, il/la Lead Auditor dovrà spiegarne le ragioni all'organizzazione, e dovrà riesaminare le parti corrette. Indipendentemente dal fatto di aver ricevuto piani accettabili o non accettabili per le azioni correttive (o evidenza accettabile dell'implementazione delle azioni correttive), il/la Lead Auditor dovrà caricare su Share Point i piani/l'evidenza per le azioni correttive del cliente entro 75 giorni dal termine dell'audit. Se i piani/l'evidenza per le azioni correttive del cliente non sono accettabili, il/la Lead Auditor dovrà informarne l'opportuno/a Assistente di Supporto dell'Audit (ASA).
- 6.24.1 Qualora il/la Lead Auditor non riesca a verificare l'implementazione delle correzioni e delle azioni correttive relative ad eventuali non conformità **maggiori** entro sei mesi dal termine della Fase 2, PJR dovrà condurre un'altra Fase 2 per formulare una raccomandazione per la certificazione. I piani per le Azioni Correttive non sono mai stati accettabili per la chiusura delle non conformità maggiori ma ora, nella Fase 2, esiste un limite temporale per l'implementazione delle correzioni/azioni correttive.
- 6.25 Qualora fosse necessaria una rivisita, sarà necessario compilare il Rapporto sulla Rivisita contenuto nel workbook. Nell'intestazione del workbook, dovranno comparire sia il numero dell'audit originario, che il numero della rivisita. Qualora l'/la auditor si trovi nell'impossibilità di chiudere una non conformità maggiore, durante la rivisita, sarà necessario contattare il/la Responsabile del Programma ABMS, mentre la non conformità maggiore resterà aperta. Il/La Responsabile del Programma ABMS suggerirà all'auditor se documentare ulteriori rilievi in merito al processo di azioni correttive.

## 7 Audit di sistemi di gestione integrati

- 7.1 Un'organizzazione ha la possibilità di tenere un audit ai sensi della ISO 37001:2016 e, allo stesso tempo, di altri sistemi di gestione (ISO 9001, ISO 14001, ISO 27001, ecc.). In fase di richiesta, è preferibile che l'organizzazione fornisca l'evidenza dell'integrazione dei sistemi di gestione oppure, se in fase di implementazione, è preferibile che fornisca una dichiarazione sull'intenzione di integrare i sistemi di gestione. I giorni-uomo calcolati per l'audit di un sistema integrato si basano sulla serie di moduli F-114. Qualsiasi deviazione dalla tabella dei giorni-uomo deve essere giustificata sull'apposito modulo, F-114. (Se è stato concesso uno sconto sui giorni della tabella giorni-uomo per l'audit di un sistema integrato, e al momento della Fase1 si scoprisse che i sistemi dell'organizzazione non siano effettivamente integrati, l'organizzazione non avrà più diritto a tale sconto per l'audit di Fase 2).
- 7.2 Il/La Lead Auditor dovrà essere competente nel verificare tutti gli schemi oggetto del sistema integrato che l'organizzazione desidera certificare. Qualora non tutti i membri del gruppo di audit siano competenti nel verificare le norme applicabili, allora il/la Lead Auditor avrà il compito di pianificare l'audit in modo tale che gli/le auditor in questione non verifichino uno schema nel quale non abbiano competenza. La competenza del team selezionato verrà documentata sul modulo F-114a.
- 7.3 Un membro del Comitato Esecutivo, qualificato/a in ciascuna norma del sistema integrato, verrà incaricato di prendere la decisione sulla certificazione. Qualora non sia disponibile un membro del Comitato Esecutivo che abbia la competenza richiesta per prendere la decisione finale, allora saranno utilizzati più membri del Comitato Esecutivo.
- 7.4 Dopo l'approvazione della certificazione, saranno emessi attestati di certificazione per ogni schema oggetto del sistema di gestione integrato.

- 7.5 Gli audit di sistemi di gestione integrati non devono essere confusi con audit combinati dei sistemi di gestione. In un audit combinato, un cliente non ha aspetti e processi comuni ed integrati, relativi a diversi schemi di certificazione. Un audit combinato di sistemi di gestione non è altro che un audit dove più sistemi di gestione vengono verificati simultaneamente.

## 8 Certificazione

- 8.1 A conclusione dell'audit di Fase 2 e della risoluzione di tutte le Nonconformità, il gruppo di audit di PJR restituisce all'Ufficio PJR di competenza tutta la documentazione relativa all'audit. NOTA: I documenti di lavoro, i rapporti ed i moduli compilati durante l'audit sono di proprietà di PJR. L'/La Audit Logistics Manager (ALM), o un/una suo/a delegato/a, riesamina il pacchetto per verificarne la completezza. L'ALM inoltra la Richiesta di Certificazione ed i documenti correlati al Comitato Esecutivo di PJR, unitamente ad una raccomandazione ad approvare o non avvallare la decisione in merito alla certificazione.
- 8.1.1 I membri del Comitato Esecutivo vengono formati dal/dalla Presidente del Comitato Esecutivo, o da un/una suo/a delegato/a. Il/La Presidente del Comitato Esecutivo riporterà i dati sulla formazione nel modulo F-60, o nel modulo F-21ec, e manterrà i registri sui Membri qualificati del Comitato Esecutivo.
- 8.1.2 I risultati del riesame dei pacchetti di audit saranno documentati sul modulo F-67.
- 8.1.3 I Membri del Comitato Esecutivo ed i/le revisori/e tecnici/che dovranno firmare il modulo F-71ex, Dichiarazione di disponibilità dei Membri del Comitato Esecutivo, prima di completare il riesame del pacchetto di audit, al fine di confermare che non esista alcun conflitto di interesse e che né l'/la auditor, né il/la datore/datrice di lavoro dell'/della auditor abbiano un rapporto con il cliente.
- 8.1.4 Qualora un membro del comitato esecutivo respinga il pacchetto, dovrà contattare l'/la auditor o il cliente per correggere l'errore. Se fosse necessario, un membro del Comitato Esecutivo, o suo delegato competente, dovrà fornire nuovamente formazione all'auditor in merito alla questione.
- 8.1.5 Qualora un pacchetto di audit sia scritto in una qualsiasi lingua diversa dall'inglese, per effettuare il riesame si dovranno tradurre almeno il piano di audit, i Rapporti di Nonconformità e, se richiesto, le evidenze oggettive ed il Rapporto Finale. Qualora il/la revisore/a necessiti della traduzione di ulteriori informazioni, verranno formulate delle richieste.
- 8.1.6 In seguito alla decisione di concedere la certificazione, il pacchetto di audit verrà inoltrato al/alla Coordinatore/Coordinatrice dei Certificati affinché prepari l'attestato di certificazione. Nota: Il campo di applicazione della certificazione non includerà i processi che non siano stati sufficientemente verificati per comprovarne la conformità ai requisiti. Qualora i processi non vengano verificati o siano stati esclusi dal campo di applicazione della certificazione, tale esclusione dovrà limitarsi a quei processi che costituiscano un'esclusione ammissibile, adeguatamente supportata dal cliente. PJR non certificherà un sistema di gestione in cui le esclusioni sui processi non siano esclusioni ammissibili.
- 8.1.7 Talvolta, il riesame del pacchetto di audit da parte del Comitato Esecutivo potrebbe comportare delle modifiche al rapporto di audit o alle relative registrazioni. È importante che sia il cliente sia PJR siano in possesso dell'ultima revisione della documentazione, come parte delle registrazioni dell'audit. Il membro del Comitato Esecutivo incaricato del riesame tecnico del pacchetto di audit avrà il compito di segnalare su SharePoint eventuali rapporti di audit/registrazioni come modificati; in questo modo sarà chiaro al supervisore all'/alla Audit Logistics, che dovrà inviarli al cliente via e-mail, quali rapporti di audit/registrazioni siano stati riesaminati.
- 8.2 I certificati vengono creati conformemente all'Istruzione di Lavoro WI-4. Per i certificati creati in più di una lingua, verrà aggiunto il suffisso "t" al numero del certificato per identificarlo come traduzione.
- 8.3 L'organizzazione può esporre il marchio di certificazione di PJR ("Logo") sul materiale promozionale cartaceo o digitale. PJR fornisce all'organizzazione una riproduzione grafica del logo unitamente alla procedura relativa alla riproduzione e all'uso dell'Attestato di Certificazione e del Logo (PRO-3), ed infine le regole provenienti da ogni ente di accreditamento competente sotto il quale l'organizzazione verrà certificata.

- 8.4 PJR tiene un elenco delle Organizzazioni Certificate e dei relativi scopi di certificazione (Registro PJR). Su richiesta, mette l'elenco gratuitamente a disposizione dei propri enti di accreditamento ed al pubblico in senso lato. PJR segnala inoltre ad un certo numero di pubblicazioni in merito alla certificazione delle organizzazioni, così che vengano incluse anche nei loro elenchi di certificazione disponibili al pubblico.

## 9. Certificazioni di Multi-Sede

- 9.1 Le multi-sede vengono trattate in conformità al Documento Obbligatorio IAF per la Certificazione delle Multi-Sede basata sul Campionamento (MD 1). Non tutte le organizzazioni che soddisfano la definizione di "organizzazione multi-sede" sono adatte al campionamento. L'aggiunta di una nuova sede ad una esistente richiede un audit on-site. La durata dell'audit verrà stabilita ai sensi delle normative specifiche per lo schema ed il settore in questione, se applicabile.
- 9.2 Indipendentemente dal fatto che il metodo di campionamento delle multi-sede soddisfi, o meno, le regole di un settore specifico o di un ente di accreditamento, la giustificazione relativa al metodo di campionamento dovrà essere documentata sul modulo F-114abms.
- 9.3 Le procedure di PJR garantiscono che il riesame del contratto iniziale identifichi, per quanto possibile, la differenza tra le sedi in modo da stabilire un adeguato livello di campionamento in base alle seguenti disposizioni.

Qualora un'organizzazione possieda un numero di siti simili coperti da un unico sistema di gestione, sarà sufficiente emettere un solo certificato per l'organizzazione al fine di coprire dette strutture, a condizione che:

- a) Tutte le sedi operino ai sensi dello stesso sistema di gestione, il quale viene amministrato a livello centrale, verificato e soggetto al riesame della direzione centrale.
- b) Per tutte le sedi sia stato svolto un audit interno.
- c) Un numero rappresentativo di sedi venga selezionato a campione da parte di PJR, prendendo in considerazione i seguenti requisiti:
  - i. I risultati degli audit interni svolti presso l'ufficio principale e le varie sedi
  - ii. I risultati del riesame della direzione
  - iii. Variazioni alle dimensioni dei siti
  - iv. Variazioni in merito alle finalità commerciali dei siti
  - v. Grado di complessità del sistema di gestione
  - vi. Variazioni alle pratiche lavorative
  - vii. Variazioni alle attività intraprese
  - viii. Potenziale interazione tra i siti
  - ix. Differenze relative ai requisiti legali
- d) La campionatura dovrà essere in parte selettiva sulla base del punto c) di cui sopra, ed in parte non selettiva, e dovrà restituire un range di sedi differenti che verranno selezionate, senza escludere l'elemento della casualità della selezione delle sedi.
- e) Tutte le sedi che (durante ricerche indipendenti svolte dal gruppo di audit di PJR) risultino coinvolte (o accusate di coinvolgimento) in incidenti in materia di corruzione, dovranno essere comprese nel campione.
- f) Tutte le sedi del sistema di gestione ritenute ad alto rischio verranno verificate da PJR prima della certificazione.
- g) Il programma di sorveglianza verrà preparato sulla base dei suddetti requisiti e, entro un lasso di tempo ragionevole, coprirà tutte le strutture dell'organizzazione o quelle previste nello scopo della certificazione del sistema di gestione incluso nella Dichiarazione di Applicabilità.
- h) Qualora si riscontri una Nonconformità presso la sede principale, o una singola sede, l'azione correttiva si rivolgerà alla sede principale e a tutte le sedi indicate dal certificato/dalla certificazione.
- i) Poiché le varie sedi vengono spesso valutate a campione, una sede verificata durante un audit in cui venga emessa una nonconformità potrebbe non essere presa in considerazione per il successivo audit di sorveglianza. Perciò, l'/la auditor preposto alla valutazione della casa madre avrà la responsabilità di verificare l'efficacia di tutte le azioni correttive per tutte le nonconformità emesse durante il precedente audit alla casa madre, e di rispondere alle relative domande sul Work Book. L'/La ASA più opportuno/a avrà il compito di caricare, per il/la Lead Auditor, tutti i RNC delle sedi verificate negli anni precedenti.

## 10 Audit di Sorveglianza e di Rinnovo

10.1 Gli audit di sorveglianza e di rinnovo seguono generalmente lo stesso processo precedentemente illustrato per gli audit di Fase 2, ivi compresa il riesame indipendente e obbligatorio della riunione di pre-apertura, allo scopo di stabilire se si siano verificati degli incidenti in materia di corruzione (o se vi siano delle accuse in materia).

10.2 Lo scopo primario di un audit di sorveglianza consiste nel verificare la continua efficacia ed il miglioramento del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione. Per questo motivo, per prima cosa, durante un audit di sorveglianza, verranno riesaminate eventuali modifiche organizzative (fusioni, acquisizioni, ecc.), eventuali modifiche alla struttura manageriale (ivi compresa la nomina (o la rimozione) di un organo direttivo), i risultati della valutazione dei rischi in materia di corruzione, i dati delle performance relativi agli obiettivi per la prevenzione della corruzione, ed eventuali azioni correttive, i reclami dei clienti, incidenti in materia di corruzione (stabiliti da ricerche indipendenti), gli audit interni, il riesame della direzione, il miglioramento e ogni modifica effettuata dall'ultima visita. Il mantenimento del controllo operativo viene campionato nel corso del ciclo delle sorveglianze. Il/La Lead Auditor deve assicurarsi di rispondere alle domande specifiche per gli audit di sorveglianza nel Rapporto Finale.

10.3 Qualora il cliente utilizzi i loghi/marchi di PJR o dei suoi enti di accreditamento, l'utilizzo del logo dovrà essere valutato ai sensi della PRO-3.

10.4 Quando viene incaricato di effettuare un audit di sorveglianza o di rinnovo, il/La Lead Auditor riceve una copia di tutte le non conformità documentate nel precedente audit di sorveglianza ed una copia del Rapporto Finale. Gli/Le Auditor dovranno verificare l'implementazione delle azioni correttive a chiusura di tali non conformità. A loro discrezione, possono anche verificare la continua efficacia delle azioni correttive implementate per chiudere le non conformità documentate durante i precedenti audit all'interno di un determinato ciclo. Qualora, per qualsiasi motivo, il/La Lead Auditor non riceva una copia delle precedenti non conformità ed il Rapporto Finale dell'Audit dalla casa madre, dovrà richiederli al cliente. Qualora il cliente non abbia una copia delle precedenti non conformità, il/La Lead Auditor dovrà contattare la casa madre. Il/La Lead Auditor dovrà indicare di aver verificato l'efficacia delle azioni correttive nella parte del Rapporto di Non Conformità intitolato "Azioni correttive verificate come efficaci durante il successivo audit". Gli audit package degli audit di sorveglianza e di rinnovo senza l'evidenza di aver verificato le non conformità dei precedenti audit sono considerati incompleti.

10.5 È necessario un rinnovo sia per la sorveglianza semestrale che per la sorveglianza annuale. Il rinnovo dovrebbe corrispondere ai 2/3 del tempo dell'audit iniziale (Fase 1 e Fase 2), e dovrà essere condotto per tempo, in modo da assicurare che questo venga concesso prima della data di scadenza del certificato.

10.6 Il Riesame del Precedente Periodo di Certificazione (*Master File Review*) viene effettuato in seguito alla quarta sorveglianza semestrale o in seguito al secondo audit di sorveglianza annuale. Il Riesame del Precedente Periodo di Certificazione prevede il riesame di tutte le non conformità, nonché ogni modifica organizzativa significativa o che riguardi il ciclo di audit.

10.7 Gli/Le auditor incaricati di condurre l'audit di rinnovo riceveranno una copia del Riesame del Precedente Periodo di Certificazione (serie F-118), compilato in base allo storico del cliente in un determinato ciclo di audit. Il Riesame del Triennio di Certificazione Precedente fornisce una sintesi delle nonconformità documentate durante il ciclo di certificazione. Gli/Le Auditor riceveranno, inoltre, una copia di tutti i rapporti di audit ed eventuali nonconformità, e relative azioni correttive, attinenti al ciclo precedente. Il Riesame del Triennio di Certificazione Precedente verrà effettuato prima dell'audit di rinnovo, e servirà da input per la pianificazione degli audit. Questi documenti dovranno essere esaminati prima dell'audit di rinnovo, e serviranno da input per la pianificazione dell'audit. L'insieme di questa documentazione potrà indicare che l'/la auditor avrà bisogno di impiegare più tempo nell'esaminare un processo/un'area, in base alle performance passate del cliente in relazione allo stesso processo/area.

10.8 In alcuni casi, PJR può stabilire la necessità di effettuare un audit di Fase 1 prima dell'audit di rinnovo. Questo avviene solitamente qualora vi siano stati cambiamenti significativi nell'organizzazione o nel sistema di gestione dell'organizzazione, o in caso di scarse performance del sistema di gestione. La decisione circa la necessità di effettuare un audit di Fase 1 verrà presa dal/dalla Program Manager o da un/una suo/a delegato/a, e verrà documentata nel Riesame del Precedente Periodo di Certificazione. In base alla gravità delle motivazioni dietro la richiesta di effettuare un audit di Fase 1, si deciderà se tale audit sarà effettuato on-site o off-site, la sua durata, e se dovrà essere una Fase 1 completa come descritta precedentemente, o se verranno riesaminati solo alcuni aspetti del sistema di gestione dell'organizzazione. Tra la Fase 1 e l'audit di rinnovo dovrà trascorrere un lasso di tempo che consenta all'organizzazione di risolvere tutte le situazioni critiche emerse durante la Fase 1.

10.9 Gli/Le auditor dovranno accettare le azioni correttive entro 75 giorni dalla data dell'audit di sorveglianza o rinnovo, a meno che regole specifiche relative a determinati settori richiedano scadenze differenti. L'implementazione delle azioni correttive in risposta alle nonconformità documentate verranno verificate durante l'audit successivo, ad eccezione delle nonconformità maggiori, che dovranno invece essere implementate entro un determinato periodo di tempo, e dei rilievi relativi a schemi particolari (es: aerospaziale) come indicato nella comunicazione di PJR N. 15.

10.9.1 Per ogni nonconformità maggiore, il/la Lead Auditor di PJR dovrà stabilire un limite temporale relativo alle correzioni/azioni correttive, al fine di garantire che vengano implementate e verificate prima della scadenza della certificazione. Ciò significa che talvolta l'organizzazione esaminata dovrà implementare delle correzioni/azioni correttive in meno di 60 giorni.

10.9.2 Qualora PJR non abbia completato l'audit di rinnovo, o si trovi nell'impossibilità di verificare l'implementazione delle correzioni/azioni correttive per eventuali nonconformità, prima della scadenza della certificazione, non verrà effettuata una raccomandazione al rinnovo. Il certificato in corso di validità non potrà essere esteso.

10.9.3 Qualora il certificato sia scaduto, PJR potrà emettere un nuovo certificato entro sei mesi, a patto che le attività di rinnovo in sospeso vengano completate; in caso contrario, sarà necessario condurre almeno un audit di Fase 2. La data di decorrenza del nuovo certificato coinciderà, o risulterà oltre la data in cui si esprimerà la decisione per il rinnovo. La data di scadenza sarà basata sul ciclo di certificazione precedente.

10.10 PJR si riserva il diritto di effettuare audit speciali o con un breve preavviso nel corso del periodo di certificazione. PJR effettuerà degli audit speciali entro 90 giorni dal verificarsi dell'evento che ha reso necessario l'audit speciale. Qualora non fosse possibile, allora l'eccezione a tale regola dovrà essere approvata dal/dalla Program Manager ABMS o dal/dalla Programs & Accreditations Manager, i/le quali potrebbero anche aver bisogno dell'autorizzazione da parte di un ente esterno. Le circostanze che possono dare avvio a audit speciali o con un breve preavviso comprendono, ma non si limitano a:

- Richieste per l'estensione dello scopo: le richieste per l'estensione dello scopo richiedono che l'Organizzazione compili una nuova richiesta (serie F-1) o, a discrezione del/della Program Manager, che l'Organizzazione fornisca una spiegazione scritta che giustifichi l'estensione. Il/La Program Manager, o un/una suo/a delegato/a, riesaminerà tale richiesta ed i tempi in cui l'Organizzazione ha effettuato la richiesta, per decidere se sia necessario un audit aggiuntivo/con breve preavviso, o se la modifica potrà essere valutata durante il successivo audit di sorveglianza.
- Modifiche significative nell'organizzazione, tra cui cambi di proprietà, indirizzo o al personale in posizioni chiave. In questi casi, è quasi sempre richiesta un audit di rinnovo. (Si noti che ai sensi del contratto con PJR, il cliente dovrà informare PJR, per iscritto, di ogni modifica rilevante).
- Reclami dei clienti o dagli parti stakeholders delle organizzazioni certificate;
- Segnalazioni di incidenti in materia di corruzione da parte degli stakeholders; oppure
- In caso di sospensione.

10.11 Qualora l'organizzazione apporti solo modifiche minori al proprio sistema di gestione, PJR le valuterà nel corso degli audit di sorveglianza esaminando i cambiamenti e la relativa documentazione. Durante il ciclo di certificazione, PJR si riserva il diritto non solo di effettuare audit on-site ma anche di interrogare l'organizzazione certificata su aspetti della certificazione e richiedere al cliente documenti, soprattutto in risposta ad un reclamo sul sistema di gestione dell'organizzazione; di riesaminare periodicamente ogni affermazione del cliente relativa alle proprie attività (es. materiale promozionale cartaceo o elettronico, soprattutto se relativo allo scopo della certificazione) o qualsiasi altro mezzo per monitorare le performance del cliente certificato.

10.12 PJR non partecipa al programma ASRP (Advanced Surveillance/Reassessment Procedures).

10.13 Gli audit speciali necessitano di un piano di audit e della redazione, nel workbook, di un rapporto per l'audit speciale/la rivisita. Come previsto, i rapporti di nonconformità dovranno essere documentati.

## 11 Sospensione, Ritiro o Cancellazione della Certificazione

11.1 PJR si riserva il diritto di sospendere, ritirare o cancellare l'Attestato di Certificazione in qualsiasi momento, durante i tre anni della durata della certificazione, conformemente alla Procedura PRO-11.

11.2 Tali azioni, solitamente, si verificano nelle seguenti circostanze:

- a) L'Organizzazione viene condannata da un tribunale per atti di corruzione che rientrano nell'ambito dello scopo della certificazione;
- b) L'Organizzazione avvia delle azioni atte ad occultare un atto di corruzione, tra cui l'eliminazione degli/delle informatori/informatrici, la distruzione di prove rilevanti, ecc.;
- c) L'Organizzazione non riesce a portare a termine le azioni correttive nel periodo di tempo concordato;
- d) L'Organizzazione continua a non riuscire a conformarsi alla norma di riferimento;
- e) Secondo il giudizio di PJR, l'Organizzazione utilizza in modo scorretto il Marchio di Certificazione di PJR, il Certificato, i Marchi di Accredimento degli enti di Accredimento di PJR, ecc.;
- f) L'Organizzazione è insolvente nei suoi obblighi finanziari nei confronti PJR;
- g) L'Organizzazione è assoggettata alle leggi sulla bancarotta o prende accordi con i suoi creditori; entra in liquidazione sia obbligatoriamente che volontariamente e/o nomina o ha nominato in sua vece un/una liquidatore/liquidatrice;
- h) L'Organizzazione viene condannata per un'imputazione che tende a discreditarla la reputazione e l'impegno della Società;
- i) L'Organizzazione commette degli atti che, secondo il giudizio di PJR, mettono in discussione l'impegno di PJR, il suo buon nome e la sua reputazione;
- j) L'Organizzazione cita impropriamente il sistema di accreditamento e/o certificazione sul materiale stampato, tra cui pubblicità, cataloghi e brochure; oppure
- k) L'Organizzazione viene meno alla programmazione degli audit.

11.3 PJR concederà all'Organizzazione le dovute possibilità di implementare le opportune azioni correttive entro un ragionevole arco di tempo, prima di ritirare, cancellare o sospendere la Certificazione.

11.4 PJR si riserva il diritto di pubblicizzare qualsiasi azione intrapresa in merito al ritiro, alla cancellazione o alla sospensione della certificazione di un'organizzazione.

11.5 PJR, inoltre, cancellerà la certificazione su richiesta formale, scritta, dell'Organizzazione.

11.6 In caso di sospensione o ritiro della certificazione (indipendentemente dal criterio applicato a tal fine), PJR esige che l'organizzazione interrompa l'uso di tutto il materiale pubblicitario che contenga qualsiasi riferimento alla certificazione, e restituisca qualsiasi documento di certificazione alla casa madre di PJR.

11.7 Nei casi in cui PJR sia legalmente o contrattualmente obbligata a segnalare la sospensione, il ritiro o la cancellazione del Certificato di Registrazione, si atterrà a tali disposizioni.

## 12 Dispute

12.1 Le dispute verranno gestite ai sensi della procedura PRO-10.

## 13 Piano di Continuità Operativa e Ripristino in caso di Disastri

Qualora un'Organizzazione venga colpita da disastri naturali quali uragani, tsunami e terremoti o altre circostanze devastanti, ivi comprese ma non limitandosi alle minacce di terrorismo, pirateria informatica, tensioni geopolitiche, disastri pandemici o scioperi, PJR valuterà la situazione di ogni singola organizzazione per determinare le azioni più appropriate. Per facilitare questo processo di valutazione, PJR chiederà alle organizzazioni di fornire le seguenti informazioni:

- 1) In che misura il funzionamento del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione ne è stato colpito?
- 2) Quando sarà in grado di funzionare l'Organizzazione?
- 3) Quando sarà in grado l'Organizzazione di consegnare i prodotti o prestare il servizio definito nell'ambito dell'attuale scopo di certificazione?

- 4) L'Organizzazione avrà bisogno di usare altre sedi alternative per la fabbricazione e/o distribuzione? In questo caso, La sede alternativa viene attualmente coperta dalla certificazione in corso di validità o avrà bisogno di una valutazione?
- 5) Le riserve di magazzino esistenti soddisfano ancora le specifiche dei clienti o i clienti avranno bisogno di essere contattati in merito a possibili concessioni?
- 6) Se applicabile, sono stati attuati piani di ripresa in situazioni di disastro o piani di emergenza? Tali piani si sono rivelati efficaci?
- 7) Alcuni dei processi e/o servizi offerti o prodotti spediti verranno subappaltati ad altre società? Se sì, in che modo le attività delle altre società verranno controllate dall'organizzazione certificata?

Inoltre, al fine di garantire la continua efficacia del sistema e determinare l'idoneità della certificazione nel breve periodo, PJR può richiedere documentazione quale verbali del riesame della direzione, le azioni correttive, i risultati delle valutazioni in merito ai rischi derivanti dalla corruzione, i risultati degli audit interni, e lo stato dei controlli sui processi.

Le Organizzazioni che non possono procedere con il rinnovo della certificazione sono tenute ad effettuare un nuovo audit iniziale di certificazione dopo la scadenza del proprio certificato. Gli audit di sorveglianza possono essere rinviati per un massimo di 3 mesi. Le Organizzazioni che rinviando l'audit di sorveglianza oltre tre mesi dovranno optare per la sospensione volontaria della propria certificazione. Qualora un cliente abbia già ritardato il proprio audit di tre mesi, la sospensione volontaria della certificazione potrà durare altri tre mesi. Al termine del periodo di sospensione volontaria, dovrà essere condotto un audit di rinnovo, altrimenti il certificato dovrà essere ritirato.

## **14 Riservatezza**

- 14.1 Eccetto dove richiesto per legge, statuto, o regolamenti di enti di accreditamento, o nel caso dei sistemi di gestione aerospaziali, PJR tratterà in maniera strettamente riservata qualsiasi informazione giunga in suo possesso nel corso della valutazione o certificazione del Sistema di Gestione di un'organizzazione. Allo stesso tempo, ai sensi della PRO-5, PJR verificherà tutti i documenti precedentemente ottenuti (ad es. manuale, organigramma). PJR, compresi gli/le auditor, il personale amministrativo, il Comitato Esecutivo, il Comitato per l'imparzialità, e qualsiasi altro/a dipendente o appaltatore, promette di non rivelare tali informazioni a terzi previo consenso scritto rilasciato dall'Organizzazione certificata, eccetto quando richiesto per legge o statuto. Nell'eventualità in cui tali informazioni vengano richieste per legge o statuto, PJR rivelerà le informazioni come richiesto, informandone l'Organizzazione certificata per iscritto e a tempo debito.

## **15 Audit in Accompagnamento**

- 15.1 Qualsiasi organizzazione che si sottoponga ad un audit in accompagnamento con il proposito di ricevere o mantenere una certificazione avvalorata da un sigillo di un qualsiasi Ente di Accreditamento, dovrà autorizzare il gruppo di audit di PJR ad essere accompagnato da un/una auditor del suddetto Ente di accreditamento, o da un/una auditor di PJR allo scopo di affiancare il gruppo di audit di PJR.
- 15.2 Il/La Lead Auditor affiancato/a da un ente di accreditamento dovrà contattare il/la Program e Accreditations Manager al termine dell'audit, al fine di comunicare il prima possibile i risultati della Visita in Accompagnamento alla casa madre negli Stati Uniti. Qualora l'/la auditor affiancato indichi la presenza di una nonconformità durante l'audit, ma non l'abbia documentata, il/la Program Manager dovrà a quel punto lavorare con lui/lei affinché lui/lei avvii un Rapporto di Nonconformità, corregga la rimanente documentazione dell'audit e, se è il caso, inoltri queste informazioni al cliente il prima possibile.
- 15.3 Gli audit in accompagnamento forniscono un'ottima opportunità per raccogliere informazioni utili per il miglioramento del programma. Si incoraggiano gli/le auditor che hanno partecipato ad audit in accompagnamento a condividere quanto appreso con il personale di Gestione del Programma, in modo che tali esperienze vengano riesaminate e possibilmente incorporate al programma stesso.

## **16 Firma Elettronica**

Per i documenti da firmare, PJR richiede una firma autografa o una firma elettronica. Le firme elettroniche possono essere digitali o sotto forma di e-mail con data e ora. Nel caso di un'e-mail utilizzata in luogo della firma autografa, il mittente deve chiaramente indicare che tale e-mail deve essere utilizzata in sostituzione della sua firma autografa. Inoltre, sul modulo, nello spazio dedicato alla firma, sarà necessario indicare

"Come da e-mail del ..." e l'e-mail dovrà essere salvata insieme al modulo in SharePoint, come evidenza. (Non è appropriato che un'e-mail rimanga salvata solo nella casella della posta personale in entrata di un individuo). Non verranno accettati nomi battuti al computer sul modulo, senza relativa e-mail con indicazione della data. La dichiarazione "firma in originale sul documento" rappresenta un'alternativa accettabile, ove possibile, in relazione ad un determinato audit.

## Appendix A – Griglia dei Giorni-Uomo/Linee Guida per i Preventivi

La seguente tabella è da utilizzarsi per il calcolo dei giorni di audit relativi agli Audit ABMS.

Organico (N. di addetti/e)	Giorni di Audit per Audit di Fase 1 e 2 (minimo)
1-50	2.5 giorni
51-200	3.0 giorni
201-350	3.5 giorni
351-500	4.0 giorni
501-800	5.0 giorni
801-1100	6.0 giorni
1101-1400	7.0 giorni
1401-1700	8.0 giorni
1701-2000	9.0 giorni
2001-2500	10.0 giorni
2501-3000	11.0 giorni
3001-4000	12.0 giorni
> 4001 – si continui ad aggiungere 1.0 giorno ogni 1000 addetti/e	

Il Tempo di Audit Minimo per la Fase 1 è di 0.5 giorni, il Massimo di 2.0 giorni.

Audit di Sorveglianza Annuale – 1/3 dei giorni di audit per le Fasi 1/2 viene arrotondato alla mezza giornata più vicina.

Audit di Sorveglianza Semestrale – 1/6 dei giorni di audit per le Fasi 1/2 viene arrotondato alla mezza giornata più vicina.

Audit di Rinnovo – 2/3 dei giorni di audit per le Fasi 1/2 viene arrotondato alla mezza giornata più vicina.

Gli Audit Speciali, volti ad aggiungere dei siti alla certificazione esistente, vengono calcolati nelle Fasi 1 e 2 in base all'organico.

**Considerazioni particolari in merito alla riduzione dei giorni di audit:**

- Il cliente conduce affari in uno dei Paesi con un punteggio da 45 in giù della Tabella CPI pubblicata dalla Transparency Intl - Se NO – i giorni di audit possono essere ridotti di 0.5 giorni (partendo da un tempo stimato di 2.0 - 4.0 giorni), di 1.0 giorno (partendo da un tempo stimato di 4.0 - 6.0 giorni) o di 2.0 giorni (partendo da un tempo stimato di 7.0 o più giorni) – Il rapporto TI è disponibile al seguente link: <https://www.transparency.org/en/cpi>
- Il cliente è già in possesso di una certificazione ai sensi di un programma di certificazione riconosciuto in materia di etica (come il Sarbanes-Oxley Certification (CSOE)) - Se SÍ - i giorni di audit possono essere ridotti di 0.5 giorni (partendo da un tempo stimato di 2.0 - 4.0 giorni), di 1.0 giorno (partendo da un tempo stimato di 4.0 - 6.0 days) giorni) o di 2.0 giorni (partendo da un tempo stimato di 7.0 o più giorni).
- Sconto dedicato agli audit integrati (qualora vengano rispettati tutti i requisiti IAF MD 11) - 20% - se la norma ISO 37K viene abbinata alle norme ISO 9001, ISO 14001, ecc.

La riduzione massima applicabile ai giorni di audit (per tutti gli sconti disponibili) è pari al 50% dei giorni necessari.