



# Procedura di certificazione

---

PJR offre servizi di certificazione alle società che sono alla ricerca di una convalida indipendente del loro sistema qualità. 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.

## CONTENUTI

1	RIFERIMENTI .....	3
2	DEFINIZIONI .....	3
3	RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE .....	4
4.	PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT .....	9
5	FASE 1 .....	10
6	FASE 2 .....	12
7	AUDIT DI SISTEMI DI GESTIONE INTEGRATI.....	15
8	CERTIFICAZIONE .....	16
9	AUDIT DI SORVEGLIANZA E DI RINNOVO.....	17
10	SOSPENSIONE DEL CERTIFICATO, REVOCA, RIDUZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE .....	20
11	DISPUTE .....	21
12	BUSINESS CONTINUITY E RIPRESA DA SITUAZIONI DI DISASTRO .....	21
13	RISERVATEZZA .....	22
14	AUDIT IN ACCOMPAGNAMENTO.....	22
15	FIRMA ELETTRONICA.....	23
	<b>APPENDICE A: NOTE INTEGRATIVE.....</b>	<b>24</b>
1.0	CERTIFICAZIONE AI SENSI DEI REGOLAMENTI UE N. 333/2011 E N. 715/2013.....	24
2.0	CERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA NORMA UNI 10854:1999.....	25
3.0	CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALDATURA – SERIE UNI EN ISO 3834.....	26
4.0	CERTIFICAZIONE DEI SERVIZI ALL'INFANZIA IN ACCORDO ALLA NORMA UNI 11034:2003.....	27
5.0	CERTIFICAZIONE DEI SERVIZI FUNERARI IN ACCORDO ALLA NORMA UNI EN 15017:2006.....	28
	<b>APPENDICE B: CERTIFICAZIONI FSSC CON PIU' DI UNA SEDE.....</b>	<b>30</b>
	<b>APPENDICA C: AUDIT VIRTUALI.....</b>	<b>31</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
- 1.2 JAB MS200 Norme per l’accreditamento degli Enti di certificazione dei sistemi di gestione
- 1.3 ISO/TS 22003 Requisiti per gli enti che forniscono audit e certificazioni dei sistemi di gestione nel campo alimentare
- 1.4 Regolamento ACCREDIA, RG-01
- 1.5 Rapporto Tecnico di Accredia RT-05
- 1.6 ISO/IEC 27006 Information technology – tecniche di sicurezza – requisiti per gli enti che offrono audit e certificazioni dei sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni.
- 1.7 Moduli e procedure di PJR
- 1.8 Regole per l’accreditamento ANAB
- 1.9 Documenti Obbligatoriosi dell’IAF
- 1.10 ISO/IEC 20000-6 – ultima revisione

## 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 SGQ. 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 SGQ. La certificazione rende la sede parte del sistema di certificazione SGQ 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 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.
- 2.6 Gli standard di Controllo Qualità e Assicurazione Qualità - sono norme relative a sistemi di gestione qualità emessi dall’ISO e dal Gruppo Aerospaziale SAE, e sono anche pubblicati da varie organizzazioni nazionali in forme equivalenti. Ad esempio, AS9100 - derivato dell’ISO 9001 per il settore aerospaziale, con l’aggiunta di ulteriori elementi sviluppati dagli stakeholder del settore aerospaziale.
- 2.7 Audit preliminare (Pre-audit) – Un audit informale della sede eseguita da PJR per valutare l’intero SGQ 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.

- 2.8 Sistema di Gestione Qualità – La sede organizzativa, le responsabilità, le informazioni documentate, i processi e le risorse per l'implementazione della gestione qualità.
- 2.9 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 gli standard specifici della serie relativa al SGQ e in merito a un ambito di attività specifico.
- 2.10 Registro – Lista di servizi e/o prodotti e/o servizi che sono certificati in accordo alle procedure di PJR (disponibile su richiesta).
- 2.11 Audit di Sorveglianza – Visite post certificazione effettuate dai auditor di PJR per determinare la continua conformità in base agli Standard specifici.

### 3 Richiesta di certificazione

3.1 L'organizzazione inizia il Processo di Certificazione compilando il modulo F-1 della norma applicabile di PJR (o PJR riceve le informazioni per telefono), fornendo quindi a PJR le informazioni iniziali necessarie per preparare un preventivo accurato. Questo documento chiede all'organizzazione delle informazioni, fa le quali:

- a) Nome di riferimento (con indirizzo ecc.)
- b) 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).
- c) Codice EA – Il codice EA è molto importante, ed è utilizzato da chi organizza gli audit per la scelta dell'auditor con la corretta competenza tecnica.
- d) Descrizione dello stabilimento, il numero di addetti, il numero dei turni, le dimensioni e le attività date in outsourcing
- e) Stato del sistema di gestione per la qualità esistente

Se la lingua ufficiale della società da verificare è diversa da quella dell'auditor, PJR si servirà in ogni caso del servizio di un interprete.

3.1.1. Le informazioni prese telefonicamente sono registrate sull'F1 dal personale amministrativo di PJR sotto la diretta responsabilità del venditore.

3.1.2. Nel caso di rinnovo di certificazione, le informazioni vengono confermate nuovamente dall'organizzazione tramite lettera. Circa 2 mesi prima della scadenza del certificato, la segreteria commerciale di PJR invia una lettera per ricordare all'organizzazione che il certificato scadrà a breve e che è necessario organizzare l'audit di rinnovo prima di tale data. Nella lettera sono riportati i dati principali dell'organizzazione (ragione sociale, indirizzo, numero di addetti e scopo di certificazione). Nella lettera si prega l'organizzazione di confermare i dati in nostro possesso o di modificarli nello spazio predisposto. Il silenzio dell'organizzazione per 15 giorni viene interpretato come assenso, e che le informazioni riportate sono quindi ancora valide.

3.2 L'organizzazione compila il modulo F-1 più appropriato (o PJR riceve le informazioni per telefono), fornendo a PJR le informazioni preliminari necessarie ad avviare il preventivo/processo di certificazione. Tra le informazioni che questo documento chiede all'organizzazione troviamo:

- a) Contatto di riferimento (con indirizzo ecc.)
- b) **Scopo di certificazione desiderato e come l'organizzazione vuole che appaia sul certificato (NOTA: sono permesse piccole modifiche allo scopo in seguito alla sottoscrizione del contratto)**
- c) **Codici IAF – I codici IAF sono molto importanti. Vengono utilizzati dalla Divisione Scheduling per garantire che venga assegnato un auditor competente.**
- d) Descrizione dello stabilimento, il numero di addetti, il numero dei turni, gli attuali progetti, i cantieri e

- le loro dimensioni, e le attività date in outsourcing.  
e) Lo stato dell'attuale sistema di qualità.

**Qualora la lingua ufficiale dell'organizzazione da verificare sia diversa da quella dell'auditor, PJR si servirà in ogni caso del servizio di un interprete.**

Nel caso in cui il cliente abbia più di una sede, verranno utilizzate le informazioni contenute nel modulo F-1supp per stabilire di quale tipo di multi-sede si tratti. Di seguito, verranno indicate le differenze che intercorrono tra le diverse strutture della certificazione:

**Sito Unico:**

L'MD 1 dell'IAF definisce un sito come "l'insieme di tutti i luoghi, in una sede specifica sotto il controllo della stessa organizzazione, in cui si svolgono i processi/le attività della stessa..." Un unico edificio è facilmente identificabile come sito unico. Anche un diverso numero di edifici, in una sede specifica, possono essere considerati come "un sito". Nota: PJR non specifica una distanza tra gli edifici entro la quale li si possa identificare come sito unico.

**Multi-Sede per le quali il campionamento è permesso:**

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 MD 1 dell'IAF).

Il campionamento dovrà essere parzialmente selettivo, in modo da garantire che vengano sottoposti ad audit tutti i processi compresi nello scopo di certificazione. Inoltre, almeno il 25% del campione dovrà essere selezionato casualmente.

La selezione del sito dovrà tenere conto dei rischi (performance negli audit precedenti, reclami, ecc.), delle modifiche note al sistema di gestione e differenze di natura geografica (cultura, lingua e requisiti cogenti e di altra natura). Il piano/La strategia di campionamento, così come la durata dell'audit per ogni sito campionato, dovranno essere documentate sul modulo F-114.

La sede centrale sarà verificata durante l'audit iniziale, il rinnovo e almeno una volta durante l'anno di sorveglianza. Il numero di siti da visitare si basa su quanto segue:

-audit iniziali: la dimensione del campione equivale alla radice quadrata del numero dei siti, arrotondata all'intero più vicino.

-audit di sorveglianza: la dimensione del campione equivale al 60% della radice quadrata del numero dei siti, arrotondata all'intero più vicino.

-audit di rinnovo: la dimensione del campione equivale a quella dell'audit iniziale. Qualora il sistema di gestione dimostri una buona performance nel corso del ciclo di certificazione, si potrà sottoporre a campionamento l'80% della radice quadrata del numero dei siti, arrotondato all'intero più vicino.

Per l'aggiunta di ulteriori siti ad un'organizzazione già certificata cui si possa applicare il campionamento, sarà necessario tenere conto dell'estensione dell'audit. La strategia scelta verrà documentata sull'apposito modulo F-114. Non tutti i siti potrebbero dover essere sottoposti ad audit.

**Calcolare la durata dell'audit per i siti in cui il campionamento è permesso:**

Il tempo di audit per un dato sito si basa sul numero di addetti e sul livello di rischio del sito stesso. L' MD 5 dell'IAF consente una riduzione fino al 30%. A meno che non sia vietato da un settore specifico, la riduzione massima applicabile ad un sito è pari al 50%. Ciò significa che la riduzione massima consentita per i processi del sistema di gestione che si svolgono presso la sede centrale è pari al 20%.

**Multi-Sede dove il campionamento NON è permesso:**

In questo caso, l'organizzazione ha identificato una sede centrale, (un ufficio centrale, che non deve necessariamente coincidere con la casa madre), presso il quale determinate attività sono pianificate, controllate, gestite o nel quale certe attività sono pienamente o parzialmente eseguite. Nonostante questo, i processi presso le varie sedi sono sostanzialmente dissimili, tali per cui il campionamento non può essere giustificato.

Durante gli audit iniziali e di rinnovo, vanno verificati tutti i siti. Per gli audit di sorveglianza, devono essere sottoposti ad audit, nell'anno solare, il 30% dei siti, arrotondando all'intero più vicino. La sede centrale dovrà essere compresa nel conteggio. I siti sottoposti ad audit durante il secondo anno di sorveglianza, di norma, saranno diversi rispetto ai primi.

Per aggiungere dei siti ad un'organizzazione già certificata, dove il campionamento non è applicabile, tali siti devono essere verificati, prima che vengano inseriti nell'attestato di certificazione.

### **Calcolare la durata dell'audit per i siti dove il campionamento NON è permesso:**

La durata dell'audit per un dato sito si basa sul numero di addetti e sul livello di rischio del sito stesso. L'MD 5 dell'IAF (e molti altri regolamenti di settore) consentono una riduzione fino al 30%. A meno che non sia vietato da un settore specifico, la riduzione massima applicabile ad un sito è pari al 50%. Ciò significa che la riduzione massima consentita per i processi del sistema di gestione che si svolgono presso la sede centrale è pari al 20%.

È possibile che un'organizzazione multi-sede sia composta da siti in cui sia possibile applicare il campionamento e siti nei quali, invece, questo non sia applicabile.

Per quanto riguarda i programmi di certificazione AQMS, esistono diversi schemi per siti e complessi di siti.

Le informazioni in merito a tali schemi si trovano nella AS9104-1 e nella WI-14. Quando realizza un preventivo per lo schema AQMS, il Sales Coordinator deve dimostrare, compilando il modulo F-125 Classificazione per gli Schemi Aerospace, che sia stata scelta la corretta classificazione.

Per quanto riguarda l'ISO 13485, i siti che si occupano di progettazione e sviluppo non possono essere campionati.

Per quanto riguarda la AS9100 e la AS9110, non è consentito il campionamento negli audit iniziale e di rinnovo. Il 50% dei siti dovrà essere sottoposto ad audit alla prima sorveglianza annuale, e l'altro 50% dovrà essere sottoposto ad audit alla seconda sorveglianza annuale. Per quanto riguarda la AS9120, il campionamento è consentito ai sensi dell'MD 1 dell'IAF. Tuttavia, tutti i siti dovranno essere sottoposti ad audit entro un dato ciclo di certificazione.

- 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:
  - 3.4.1 Il numero di giornate di audit viene stabilito tramite il documento IAF MD5 (Documento Obbligatorio IAF per la Durata degli Audit SGQ e SGA).
  - 3.4.2 Per le norme AS91xx, sarà necessario inserire nel preventivo i giorni di audit indicati nella Tabella 2 della AS9104-1.
  - 3.4.3 Per la norma TL 9000, sarà necessario seguire le linee guida indicate dal documento Giorni

- Auditor TL 9000.
- 3.4.4 Per la norma ISO 13485, sarà necessario seguire le indicazioni dell'Allegato D del documento IAF MD 9.
- 3.4.5 Per la norma BA 9000, sarà necessario aggiungere il 20% ai giorni indicati nel documento IAF MD 5 per la ISO 9001.

Il preventivo può includere il costo di eventuali pre-valutazioni, ma esclude visite di follow-up che potrebbero essere raccomandate o necessarie per il completamento positivo del processo di certificazione (ad es., una ri-visita). Si presuppone, inoltre, che le informazioni fornite a PJR dall'Organizzazione siano accurate e complete; laddove si rilevasse che non lo sono, il preventivo potrebbe essere soggetto a modifiche.

#### Solo per EA 28 Accredia

Fermo restando quanto sopra descritto, in conformità a quanto disposto dal Regolamento Tecnico Accredia RT-05, PJR, nella fase di riesame della domanda, procede alla verifica documentata del numero degli addetti, considerando quanto dichiarato dall'Organizzazione, mediante opportuno calcolo del rapporto tra il fatturato medio dell'impresa dell'ultimo triennio, riferito allo scopo di certificazione, ed il reddito pro-capite di riferimento del settore, determinato convenzionalmente nella misura di € 120.000 per le opere di costruzioni generali e di € 170.000 per le opere impiantistiche. I tempi di audit vanno stabiliti utilizzando il numero di addetti più alto tra quello dichiarato dall'azienda e quello derivante dal calcolo sopra descritto. La determinazione del numero di addetti (ai fini del calcolo dei tempi di audit) ed il confronto con quanto dichiarato dall'organizzazione vengono registrati sul modello F-114, nel campo note.

- 3.5 Le deviazioni (+ o -) rispetto ai giorni di audit richiesti devono avere una giustificazione documentata. In riferimento agli audit ISO 9001, le ragioni per una riduzione possono includere:

- L'organizzazione non è responsabile della progettazione e/o altri elementi della norma non sono inclusi nello scopo.
- Processi/prodotti a basso rischio o privi di rischio
- 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).
- Luogo molto piccolo in considerazione del numero di dipendenti (es: insieme di uffici)
- Grado di preparazione del cliente per la certificazione (per es: già certificato o riconosciuto da un altro programma di terza parte)
- Audit combinati o integrati di due o più sistemi di gestione fra loro compatibili (vedere paragrafo 3.4.3)
- Attività poco complesse. Ad esempio:
  - Un processo coinvolge una singola attività generica (SOLO servizio)
  - In tutti i turni vengono svolte attività identiche con l'evidenza di una performance equivalente in tutti i turni, sulla base degli audit precedenti (interni e di terza parte)
- Maturità del sistema di gestione
- Alta percentuale di addetti che svolgono la stessa semplice mansione
- Dove il personale comprende un certo numero di persone che lavorano "fuori sede" (es: venditori, autisti, personale di servizio, etc.) ed è possibile verificare la conformità delle loro attività tramite il riesame delle registrazioni.

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

- Logistica complicata che include più di una sede o edificio dove viene svolto il lavoro (es: si deve verificare un Centro di Progettazione separato)
- Personale che parla più di una lingua (è richiesto un interprete, e questa situazione impedisce ad un auditor di lavorare indipendentemente)
- Luogo molto grande in considerazione del numero di addetti (es: una foresta o una grande struttura essenzialmente automatizzata)
- Alto grado di regolamentazione cogente (es. settore alimentare, aerospaziale, nucleare, edile)

- 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.
- Solo per EA 28 Accredia: numero di cantieri da verificare (al fine di dare un tempo congruo per rendere efficaci i sopralluoghi).

La giustificazione dei giorni di audit è registrata sul modulo F114, che deve essere altresì approvato dall'Italian Program Manager o dal Manager of Italian Operation o da un suo delegato, supportato dall'Italian Program Manager. Se lo scopo di certificazione non è coperto da accreditamento ACCREDIA, e un altro sigillo è richiesto, è necessario compilare anche la check-list F168 (check-list di approvazione del preventivo).

3.6 I trasferimenti vengono trattati secondo quanto indicato nella PRO-13.

3.7 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 del sistema 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 sono concesse in base ai livelli dichiarati di integrazione del sistema di gestione che successivamente risultano non validi. Il livello di integrazione del sistema di gestione sarà confermato durante la Fase 1. Così, la durata dell'audit può essere aggiustata prima della Fase 2.
- Per le sedi multiple, 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 fisicamente verificate.

3.8 Per i preventivi FSMS: L'utilizzo della campionatura delle sedi multiple è possibile solo per le organizzazioni con più di 20 sedi e solo per le categorie A, B, G, H e J. Questo vale sia per la certificazione iniziale che per gli audit di sorveglianza. Dove PJR offre una certificazione multi sede, PJR deve utilizzare un programma di campionamento per assicurare un audit efficace del FSMS dove

- a) la campionatura per più di 20 sedi deve essere in rapporto di 1 sito per 5 siti con un minimo di 20. Tutte le sedi devono essere scelte a caso e, dopo l'audit, nessun sito campionato può essere non conforme (ad esempio non soddisfacendo le soglie della certificazione ISO 22000),
- b) la valutazione dei rilievi dell'audit delle sedi campionate sarà ritenuta equivalente ai rilievi dell'audit interno delle medesime sedi dell'organizzazione
- c) almeno una volta all'anno deve essere effettuato un audit del FSMS centrale
- d) almeno una volta all'anno devono essere effettuati gli audit di sorveglianza dei siti campionati, e
- e) i rilievi dell'audit dei siti campionati devono essere ritenuti indicativi di tutto il sistema e la correzione deve essere implementata di conseguenza.

3.9 Sulla base del preventivo approvato da PJR, viene generata un'Offerta Economica (Contratto, F3) da inviare all'organizzazione. L'organizzazione pertanto completa, firma e restituisce il Contratto con la firma originale. Firmando il Contratto, l'organizzazione accetta anche il regolamento di certificazione (F81) che può essere visionato sul sito internet di PJR. Una volta firmato il contratto, è possibile apportare modifiche (concordate da entrambe le parti), generando un emendamento al contratto. In seguito, l'organizzazione ha il dovere di fornire a PJR quanto segue:

- a) Conferma scritta delle date per l'audit Iniziale (Fase 1 e Fase 2);
- b) Pagamento della prima rata per l'Accordo di Certificazione;



- 3.10 Per i clienti FSMS: il riesame del contratto deve essere effettuato dopo la ricezione dell’F-3 firmato da parte del personale che ha completato con successo la formazione in
- a) analisi dei pericoli e principio del punto critico di controllo (HACCP), valutazione dei pericoli e analisi dei rischi
  - b) principi della gestione della sicurezza alimentare che comprendono i programmi fondamentali (PRP), e
  - c) norme FSMS pertinenti.

Qualsiasi modifica da apportare al contratto deve essere effettuata tramite un emendamento, dopo aver effettuato il riesame del contratto.

- 3.11 Se i requisiti per la certificazione variano in qualsiasi momento e hanno implementazione retroattiva, PJR dovrà assicurarsi che l’organizzazione venga per tempo adeguatamente informata e che i nuovi requisiti vengano rispettati/implementati in occasione dei prossimi audit di sorveglianza dell’organizzazione.
- 3.12 Qualsiasi differenza di interpretazione tra l’ente di certificazione e il richiedente deve essere risolta.
- 3.13 I clienti che fossero interessati ad una certificazione ISO 27001 dovranno compilare il modulo F-1sec. Il Responsabile del Programma per la Sicurezza delle Informazioni avrà il compito di compilare l’apposito F-114, Giustificazione Giorni di Audit, basandosi sulla tabella della ISO/IEC 27006. Eventuali rischi ed adeguamenti relativi ai tempi dell’audit verranno calcolati tramite il modulo F-114sec, Foglio di Lavoro per la Complessità. Non è permesso indicare tempi di audit inferiori a quelli fissati dalla ISO/IEC 27006. Le aree tecniche dell’organizzazione vengono stabilite in fase di preventivo, e documentate sul profilo del cliente in PJVista. Questo passaggio si può paragonare alle competenze degli auditor ISMS in queste aree tecniche, anch’esse documentate su PJVista, allo scopo di garantire l’assegnazione di un auditor e di un revisore tecnico competenti.
- 3.14 I clienti che fossero interessati ad una certificazione ISO/IEC 20000-1 dovranno compilare il modulo F-1itsms. L’Allegato A del modulo F-1itsms dovrà essere compilato qualora dei processi nell’ambito del SMS, o parti di essi, vengano eseguiti da altre parti. Il Program Manager ITSMS avrà il compito di compilare il modulo F-114itsms, Giustificazione Giorni di Audit, basato sulla tabella della ISO/IEC 20000-6. Eventuali fattori di riduzione del tempo di audit sono descritti nella Tabella 2 della ISO 20000-6, mentre gli eventuali fattori di incremento sono descritti nella Tabella 3 della ISO 20000-6. Qualora un cliente sia già certificato ai sensi di un’altra rilevante norma sui sistemi di gestione come, ad es., la ISO 9001 e/o la ISO 27001, sarà possibile operare una riduzione dei tempi dell’audit iniziale, purché tale certificazione sia in corso di validità e sia stata verificata da un organismo di certificazione accreditato almeno una volta negli ultimi 12 mesi, ed il suo scopo di certificazione sia equivalente o maggiore dello scopo relativo alla 20000-1. La riduzione totale dovrebbe rispecchiare il livello di integrazione.

Per quanto riguarda le organizzazioni multi-sede, il preventivo dovrà tenere in considerazione quanto segue: la differenza tra i servizi erogati, le differenze di dimensione delle sedi, lingue diverse parlate nelle varie sedi, eventuali variazioni locali del SMS, requisiti cogenti e regolamentari ed altre parti coinvolte nell’erogazione dei servizi, ed eventuali siti temporanei compresi nel SMS ma non nello scopo di certificazione.

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

- 4.1 Dopo aver ricevuto il Contratto per la Certificazione firmato, si informa il “responsabile dell’organizzazione degli audit” affinché prenda contatto con l’Organizzazione per programmare l’audit iniziale. Il responsabile dell’organizzazione degli audit, poi, controlla se gli/l’auditor con le competenze necessarie sono/è disponibili/e. La responsabile dell’organizzazione degli audit o il Manager appropriato devono giustificare l’assegnazione dell’auditor compilando il campo appropriato in PJView. Il venditore responsabile del contratto non può assumere la funzione né di auditor né di Comitato Esecutivo per il contratto in questione.

4.2 Il responsabile dell'organizzazione degli audit spedisce il modulo di conferma della programmazione dell'audit (F-163 o un documento simile) al cliente, il quale lo deve restituire firmato, indicando così di accettare le date proposte per l'audit ed il gruppo di audit proposto. Il cliente ha anche il diritto di ricusare un determinato auditor o esperto tecnico purché la ricusazione sia giustificata (ad esempio si tratta di un dipendente di un concorrente, o ci sono questioni personali, etc.).

4.2.1 Per organizzare gli audit in settori in cui l'attività è svolta in cantieri o siti esterni (ad es: settore edile, catering, pulizie, ecc..), è necessario avere una lista dei cantieri attivi. Spetta al Lead auditor contattare l'organizzazione prima dell'audit per farsi dare l'elenco aggiornato dei cantieri visitabili. Fanno eccezione, rispetto a questa regola, gli audit ISO 9001 EA 28 di certificazione iniziale e di rinnovo, in quanto in tali casi l'individuazione dei cantieri da verificare è già effettuata dall'ufficio tecnico PJR in sede di riesame domanda ed emissione offerta, e vengono comunicati all'auditor riportandoli direttamente in una apposita nota dell'F-27.

4.2.2 Per quanto riguarda la ISO 27001, verrà creato il programma di audit del cliente, su PJView, utilizzando il numero ed il titolo delle clausole della norma come dei processi (cioè Contesto dell'organizzazione, Leadership, Pianificazione, ecc.), così come il numero completo dei controlli dell'annex A come fossero un processo (A.5, A.6, A.7....A.18).

4.3 Il responsabile dell'organizzazione degli audit crea il modulo di nomina dell'auditor (F-27) e lo invia agli/all'auditor in questione, previa autorizzazione del modulo stesso dalla casa madre.

## 5 Fase 1

5.1 Generalmente la Fase 1 e la Fase 2 vengono programmate in modo che siano consecutive.

Per confermare tale programmazione è però necessario che:

- 1) il team di audit ritenga che l'organizzazione è pronta per la fase 2
- 2) non siano state identificate aree di potenziale criticità durante la fase 1
- 3) non siano insorte esigenze, per PJR, di rivedere le proprie disposizioni per la fase 2.

Laddove non siano soddisfatte una o più delle condizioni sopra riportate, le due fasi devono essere condotte in due momenti diversi.

5.2 Come indicato nel audit plan, F184, preventivamente preparato dall'auditor e inviato all'organizzazione, all'orario programmato, il Lead Auditor terrà la riunione di apertura con il personale dell'organizzazione, utilizzando il Verbale della Riunione di Apertura contenuto nell'appropriato workbook. Il Lead Auditor deve registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di apertura sul Foglio Presenze.

5.3 Durante la Fase 1 dell'audit di certificazione viene riesaminato quanto segue:

- Le informazioni documentate dell'organizzazione, incluso lo scopo, la non applicabilità delle clausole della norma, l'identificazione delle parti interessate e la sequenza e l'interazione tra i processi del sistema di gestione;
- Gli obiettivi/traguardi misurabili identificati dal cliente (es: indicatori chiave delle performance) per TUTTI i processi identificati;
- L'evidenza che l'organizzazione ha dati adeguati relativi alle performance dei processi per tutti gli obiettivi elencati;
- L'evidenza che i processi dell'organizzazione rispettano tutti i requisiti della normativa applicabile.
- L'evidenza che è stato completato un audit interno per processi coinvolgente l'intero sistema o l'evidenza che un audit interno sarà effettuato prima della fase 2 (ad esempio l'evidenza che l'audit sia già stato programmato). (Nota: l'organizzazione deve fornire l'evidenza oggettiva che sono stati verificati tutti i processi identificati, ad esempio con documenti di lavoro dell'audit basati sul processo o con non conformità interne. 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).
- Le competenze necessarie per gli auditor interni sono state stabilite;
- L'evidenza che un riesame della direzione (che soddisfi tutti gli elementi in entrata ed in uscita richiesti) è stato completato dopo l'audit interno per processi o l'evidenza che l'organizzazione effettuerà un

riesame della direzione prima dell'inizio della fase 2.

- 5.4 Affinché un audit package della Fase 1 sia considerato completo e per giustificare una raccomandazione a procedere alla Fase 2, nell'audit package della Fase 1 deve essere inclusa una copia della sequenza ed interazione dei processi dell'organizzazione.
- 5.5 I risultati della Fase 1 devono essere documentati nel Rapporto della Fase 1 dell'audit di Certificazione, che è incluso nel workbook di Fase 1. A conclusione del Rapporto della Fase 1, il Lead Auditor deve indicare se l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2. Il Lead Auditor deve anche registrare i giorni previsti dal contratto per la Fase 2 (che sono riportati sull'F-27, Modulo di incarico dell'auditor), e deve indicare se essi sono corretti o se raccomanda una durata differente della Fase 2. Sia il Lead Auditor che il cliente devono firmare il Rapporto della Fase 1.
- 5.6 A questo punto, il Lead Auditor deve preparare l'audit plan per la Fase 2 sul modello dell'F-184. I processi elencati nell'audit plan della Fase 2 devono 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 raccomanda che l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2, nell'audit package della Fase 1 si deve includere l'audit plan della Fase 2.
- 5.7 All'orario programmato, il Lead Auditor deve tenere la riunione di chiusura con il cliente, utilizzando il Verbale della Riunione di Chiusura contenuto nell'appropriato workbook dell'audit. Il Lead Auditor deve registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di chiusura sul Foglio Presenze.
- 5.8 Nel caso le due fasi non si svolgano consecutivamente, e se l'auditor raccomanda che l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2, l'auditor deve, entro due settimane dall'audit, caricare in Share Point i seguenti documenti: Il workbook dell'audit compilato, una copia della sequenza ed interazione dei processi dell'organizzazione, l'evidenza che i processi dell'organizzazione rispettano tutti i requisiti della norma applicabile (se il cliente ha scelto di fare ciò), ed una copia dell'audit plan della Fase 2.
- 5.9 A meno che all'auditor sia stata conferita l'autorità per raccomandare il cliente a procedere alla Fase 2, un membro del Comitato Esecutivo riesamina l'audit package della Fase 1 e decide se il cliente è veramente pronto a procedere alla Fase 2. (Si nota che per alcune norme, tipo la ISO 22000, per tale decisione PJR coinvolgerà nel gruppo del riesame del sistema anche un revisore tecnico). La decisione del Comitato Esecutivo viene documentata nel Rapporto della Fase 1, e la registrazione della decisione viene inserita in PJView, così che il Coordinatore degli audit possa programmare/confermare la Fase 2. Se la durata della Fase 2 è stata modificata rispetto a quanto previsto dal contratto, si deve inviare al Responsabile delle Vendite una richiesta di emendamento.
- 5.9.1 La Fase 1 di un audit potrebbe portare ad una decisione di "pronti a procedere", ma a condizione che l'auditor abbia la possibilità di riesaminare le evidenze oggettive che tutte le "aree critiche" evidenziate durante la Fase 1 siano state in effetti contenute prima della Fase 2. Questo può essere fatto attraverso una rivisita presso l'organizzazione (rervisita on site) oppure fuori sede (rervisita off site). Per entrambi gli audit è possibile dedicare del tempo apposito. Il Lead Auditor deve comunicare la necessità di effettuare una rivisita al Program Manager appropriato o all'Organizzatrice degli audit.
- 5.9.2 In alcuni casi, la Fase 2 viene programmata durante la conduzione della Fase 1. I risultati della Fase 1 potrebbero necessitare un posticipo della Fase 2. Il Lead Auditor dovrà comunicarlo chiaramente all'organizzazione esaminata. Nel caso in cui si verificano 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.
- 5.10 Nel caso di audit di Fase 1 e 2 svolti consecutivamente, l'auditor che conduce la fase 1 autonomamente decide se l'azienda è pronta a procedere alla Fase 2. Non è quindi necessaria l'approvazione del Comitato Esecutivo. Nel caso in cui l'auditor dichiara che l'organizzazione è pronta ad effettuare la Fase 2, l'auditor deve concludere la Fase 1 e comunicare i risultati all'Organizzazione durante la Riunione di Chiusura. Immediatamente dopo la Riunione di Chiusura, l'auditor deve iniziare l'audit di Fase 2, tenendo una regolare Riunione di Apertura. Nel caso in cui l'auditor non ritiene che l'organizzazione sia pronta a procedere alla Fase 2, deve comunicare la sua decisione

all'organizzazione durante la Riunione di Chiusura, al termine del quale è pregato di lasciare l'organizzazione.

## 6 Fase 2

- 6.1 L'auditor è confermato per la Fase 2, solo dopo aver ricevuto l'incarico, tramite F-27. (Ci possono essere casi in cui il Lead Auditor raccomanda l'organizzazione a procedere alla Fase 2, ma il Comitato Esecutivo decide che l'azienda non è pronta). Ricevere l'F-27 della Fase 2 è la conferma per il Lead Auditor che il Comitato Esecutivo è d'accordo con la sua raccomandazione della Fase 1. Per gli audit in cui è permesso effettuare la Fase 1 e 2 consecutivamente (fare riferimento al paragrafo 5.1), l'auditor riceve prima dell'audit due F27, uno per la Fase 1 e uno per la Fase 2. NB: si prega di fare riferimento alla comunicazione interna N. 12 per quanto riguarda le informazioni sulla ricezione dell'F27.
- 6.2 Prima dell'audit e subito dopo aver ricevuto l'incarico, il LA contatta l'Organizzazione per discutere della logistica dell'audit (viaggio, orario di inizio, etc.), e per identificare eventuali requisiti particolari (sicurezza, attrezzature particolari ecc.). Se non l'ha già appreso durante la Fase 1, il LA deve anche chiedere al cliente su quale mercato opera e dove vengono venduti i suoi prodotti o servizi. Il LA deve acquisire familiarità con i requisiti legali e normativi relativi ai prodotti o servizi del cliente in tutti i paesi applicabili. Il modo migliore per farlo, è una ricerca in internet. Il Lead Auditor deve poi contattare tutti i membri del gruppo di audit per comunicare loro cosa è stato deciso in merito alla logistica, all'abbigliamento, etc., e deve fornire a ciascun membro una copia dell'audit plan della Fase 2.
- 6.3 Si deve tenere una riunione di apertura utilizzando il Verbale della riunione di apertura contenuto nel workbook. Il LA deve anche far passare il Foglio Presenze per documentare la presenza dei partecipanti alla riunione di apertura.
- 6.4 Il Lead Auditor della Fase 1 (che è quasi sempre il LA della Fase 2) deve verificare i trattamenti intrapresi per correggere le non conformità e le aree critiche della Fase 1. Il LA deve documentare in modo chiaro l'evidenza oggettiva riesaminata per provare che le suddette aree critiche/non conformità sono state chiuse. (Nota: L'organizzazione deve solo presentare il trattamento per le aree critiche/non conformità della Fase 1. Non sono richieste le azioni correttive e l'analisi della causa principale).
- 6.5 La Fase 2 dell'audit di certificazione inizia conformemente all'audit plan. Il LA deve assicurare che il membro del gruppo di audit con la competenza nei processi dell'organizzazione (ad esempio con la competenza nei codici IAF del cliente) venga incaricato di verificare i processi tecnici dell'organizzazione. Ogni auditor deve essere accompagnato da una guida se non diversamente concordato dal responsabile del gruppo di audit e dal cliente. Il team di audit deve garantire che le guide non influenzino o interferiscano nel processo di audit o nei risultati dell'audit. Durante l'audit, il gruppo incaricato dell'audit dovrebbe valutare periodicamente l'avanzamento dell'audit e scambiare informazioni. Il Lead Auditor dovrebbe anche riassegnare il lavoro, se necessario, tra i membri del team di audit e comunicare periodicamente lo stato di avanzamento dell'audit e qualsiasi preoccupazione al cliente. Il LA deve anche garantire che venga riservato un tempo adeguato per le riunioni del gruppo di audit. Si prega di notare che è permesso che il 20% del tempo totale in sede possa essere dedicato alle attività di compilazione dei report. Ogni modifica all'audit plan deve essere indicata sul programma e segnalata alla casa madre di PJR con l'audit package.
- 6.6 Si dovrebbe fare ogni sforzo per verificare i processi dell'organizzazione laddove sono 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 intervistati devono essere registrati nel documento di lavoro all'interno del workbook. Il gruppo di audit deve registrare sul documento di lavoro cospicui appunti relativi alle conformità ed alle non conformità. Nel caso in cui 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 dell'audit insufficienti o basati sulle clausole non sono accettabili e saranno respinti dal Comitato Esecutivo.

Gli auditor devono 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 valutatore comprende elementi importanti

per condurre un audit a valore aggiunto per l'organizzazione. Una campionatura adeguata consente di valutare se il sistema di gestione dell'organizzazione funziona efficacemente e di identificare i suoi punti deboli. È importante ricordare che con il termine "campionatura" si intende una selezione piuttosto casuale dell'evidenza all'interno di uno specifico processo. Per questo motivo, gli auditor devono selezionare "attivamente" quei processi che da un riesame preliminare sono risultati correlati ai reclami dei clienti, ai prodotti restituiti, o alle non conformità interne. La performance storica (o la sua mancanza) dovrebbe aiutare a scegliere dove si dovrebbe effettuare la campionatura. Ad esempio, il valutatore può voler campionare l'efficacia dei processi di ispezione per le linee di prodotto 2 o 5 --- in tale caso, il valutatore dovrebbe stabilire se c'erano non conformità interne del prodotto o del cliente, e scegliere di verificare almeno una di queste linee di prodotto.

6.6.1 Se un'organizzazione non è in grado di rendere disponibile un processo o un'informazione documentata, per questioni di privacy o di sicurezza, allora il Lead Auditor è tenuto a contattare il Program Manager in ufficio. Insieme, prenderanno la decisione se il sistema di gestione può essere adeguatamente verificato, anche in assenza di tali elementi. Ogni attività che non può essere verificata non può essere inclusa nello scopo di certificazione. Se tali attività rappresentano delle esclusioni non permissibili, allora non è possibile concedere la certificazione.

6.7 Qualora ci sia l'evidenza oggettiva per supportare l'emissione di una non conformità, si dovrebbe usare il seguente formato:

- Dichiarazione di non conformità
- Evidenza oggettiva osservata che supporta la dichiarazione di non conformità e
- Citazione dei/l requisiti/o che non sono/è stati/o rispettati/o.

6.8 PJR definisce le seguenti categorie di non conformità:

6.8.1 Non Conformità maggiore - SGQ – Si definisce Non Conformità **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 dell'organizzazione che, sulla base dell'evidenza oggettiva disponibile, farebbe sorgere dubbi significativi in merito alla credibilità del sistema di gestione e della 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, quando combinate, possono rappresentare la rottura del sistema di gestione; oppure una non conformità minore che era stata emessa in precedenza e non risolta in modo efficace.

FSMS – non conformità corrispondente ad un requisito della norma FSMS che non è stato rispettato (totalmente o in parte), con un potenziale impatto sulla sicurezza dei prodotti.

FSSC – Una non conformità maggiore deve essere emessa quando i risultati dell'audit influiscono sulla capacità del Sistema di Gestione di raggiungere i risultati previsti

ISMS - non conformità corrispondente ad un requisito della norma ISMS che non è stato rispettato (totalmente o in parte), con la possibilità che venga meno la sicurezza.

AS9100/9110/9120 – Inoltre, sussiste una nonconformità maggiore nel caso in cui gli effetti vengano ritenuti dannosi per l'integrità del prodotto o del servizio; l'assenza o la completa inefficacia di un sistema nel soddisfare i requisiti della serie 9100, i requisiti dei consumatori o le informazioni documentate definite dall'organizzazione; qualsiasi nonconformità nasca nell'eventualità in cui la distribuzione di un prodotto o servizio nonconforme possa comportare la mancata o ridotta utilizzazione del prodotto o servizio, e dello scopo per il quale è stato concepito.

6.8.2. Non Conformità minore – Il mancato soddisfacimento di un requisito del sistema di gestione o di ogni altro requisito specifico.

FSMS - non conformità corrispondente ad un requisito della norma FSMS che non è stato rispettato (totalmente o in parte), senza impatto sulla sicurezza dei prodotti

FSSC – Una non conformità minore deve essere emessa quando i risultati dell'audit non influiscono sulla capacità del Sistema di Gestione di raggiungere i risultati previsti

ISMS - non conformità corrispondente ad un requisito della norma ISMS che non è stato rispettato (totalmente o in parte), senza rischio per la sicurezza

AS9100/9110/9120 - Un singolo fallimento o mancanza del sistema in relazione alla normativa applicabile.

6.8.3 FSSC – Nonconformità Critica – situazione in cui, durante un audit, si rileva un impatto diretto sulla sicurezza alimentare per il quale l'organizzazione non interviene in maniera adeguata, oppure situazione in

cui siano a rischio la legalità e/o l'integrità della certificazione.

- 6.9 Se il LA rileva una non conformità maggiore nel corso di un audit, deve informare immediatamente l'Organizzazione. Per gli audit che durano più giorni, il LA deve tenere una riunione conclusiva con il gruppo di audit e l'Organizzazione per discutere dei rilievi di quella giornata.
- 6.10 Se un membro del gruppo di audit rileva, nel corso di un audit, una non conformità che sospetta sia maggiore, deve informare immediatamente il LA. (I membri del gruppo di audit non possono classificare le non conformità nel corso di un audit; la classificazione delle non conformità è una responsabilità del LA, il quale prende la decisione finale sulle non conformità e sulla loro gravità).
- 6.11 Le non conformità maggiori spesso richiedono una rivisita. Quando il LA ritiene che sia stata identificata una non conformità maggiore, deve contattare immediatamente il Program Manager o un membro del Comitato Esecutivo o una persona di riferimento per le varie Divisioni Internazionali per stabilire se è necessaria una rivisita in sede. Il LA contatterà poi il responsabile dell'organizzazione degli audit per programmare una data precisa per la rivisita, preferibilmente prima che il LA lasci la sede del cliente.
- 6.12 Se le evidenze oggettive disponibili indicano che gli obiettivi di audit sono irraggiungibili e diventa chiaro nel corso dell'audit che il LA non sarà in grado di raccomandare l'Organizzazione alla certificazione a causa di gravi carenze nel sistema di gestione o a causa della presenza di un rischio immediato e significativo (ad es. sicurezza), o se diventa evidente che sarà necessaria una rivisita per chiudere una o più non conformità maggiori, è importante che il LA lo comunichi all'Organizzazione e contatti il Program Manager presso la Sede Centrale per determinare l'azione appropriata. Tale azione può comprendere la riconferma o la modifica del piano di audit, le modifiche agli obiettivi o allo scopo dell'audit o la conclusione dell'audit. Se il Program Manager non è disponibile, si deve contattare il suo delegato. Il Program Manager o il suo delegato e il LA esaminano le seguenti possibilità: a) continuare l'audit con la consapevolezza che verrà richiesta una rivisita o b) interrompere l'audit. Il LA poi illustra le suddette possibilità all'Organizzazione e fa una raccomandazione. È importante che la decisione venga comunicata immediatamente al Program Manager, in quanto spesso è necessario apportare una modifica al contratto.
- 6.13 Il Lead Auditor, anche sulla base degli input dell'audit team, deve compilare il Rapporto Finale dell'audit e, in caso di audit aerospace, eventuali documenti informativi specifici per il settore. Le linee guida per compilare la tabella, il Sommario dei processi verificati e le Non Conformità emesse durante il ciclo di certificazione all'interno del Rapporto Finale, si trovano nella comunicazione di PJR N. 27.
- 6.14 Dopo che l'audit team ha concluso il proprio audit, ma prima della riunione di chiusura, il LA riunisce il gruppo di audit e riesamina i rilievi nonché le altre informazioni raccolte durante l'audit. Il Lead auditor deve riesaminare il Documento di Lavoro per assicurarsi che siano state verificate tutte le clausole della norma, e che esse siano state verificate in modo appropriato. Il LA riesamina i Rapporti di Non Conformità (RNC), effettua le modifiche necessarie e numera i RNC (ad ogni RNC emesso viene attribuito un numero progressivo).
- 6.15 A questo punto, l'audit team consegna al Lead Auditor tutti i documenti di lavoro dell'audit e gli altri moduli richiesti, compresa la dichiarazione di disponibilità, riservatezza e promessa di non divulgazione.
- 6.16 Al termine della riunione degli auditor, viene convocata l'Organizzazione per la presentazione dei risultati dell'audit. Il LA richiede all'Organizzazione di firmare i RNC. I rilievi dell'audit devono essere riesaminati insieme all'Organizzazione con l'intento di chiarire le ragioni dell'emissione di tali rilievi, prima della Riunione di Chiusura.
- 6.17 Si deve tenere una riunione di chiusura utilizzando il verbale della riunione di chiusura presente nel workbook. Il LA 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.
- 6.18 Sul modulo Accettazione dei Rilievi da parte del Cliente, il Lead Auditor e l'organizzazione dovranno confermare il verificarsi di eventi critici e tutte le non conformità documentate. Il Lead Auditor e l'Organizzazione firmano il modulo di Accettazione dei Rilievi. In caso di audit aerospace, il Lead Auditor dovrà compilare i rapporti di

nonconformità ed i relativi PEAR (Process Effectiveness Assessment Reports).

- 6.19 Il Lead Auditor deve caricare in SharePoint l'intero audit package entro due settimane dall'ultimo giorno di audit.
- 6.20 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. (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 azioni correttive. 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.
- 6.21 Per quanto riguarda gli audit delle multi-sede, l'organizzazione dovrà valutare se le azioni correttive siano specifiche per un sito o se debbano essere applicate a tutti i siti. Qualora l'implementazione delle azioni correttive sia limitata ad un solo sito, l'organizzazione dovrà giustificare tale situazione nella sua risposta.
- 6.22 Se il Lead Auditor accetta il piano per le azioni correttive (per le non conformità minori) o l'evidenza dell'implementazione delle non conformità maggiori, il Lead Auditor deve firmare la parte del RNC "il piano delle AC è stato accettato". In alternativa, il Lead Auditor può scrivere in stampatello il proprio nome. Se il piano per le azioni correttive del cliente non viene accettato, il LA deve spiegare all'organizzazione le ragioni per cui non è stato accettato e deve 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 deve inserire in Share Point i piani/l'evidenza per le azioni correttive del cliente entro 75 giorni dall'ultimo giorno di audit. Se i piani/l'evidenza per le azioni correttive del cliente non sono accettabili, il LA deve informare il personale nell'ufficio PJR responsabile dei pacchetti di audit.
- 6.22.1 Nel caso in cui il Lead Auditor non riesca a verificare l'implementazione delle correzioni e delle azioni correttive relative ad eventuali nonconformità **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 nonconformità maggiori, e ora, nella Fase 2, esiste un limite temporale per l'implementazione delle correzioni/azioni correttive.
- 6.22.2 In caso di audit aerospace, l'accettazione delle azioni correttive, da parte dell'auditor, verrà documentato sul Rapporto di Nonconformità. Sarà necessario seguire le tempistiche indicate nell' AS9101.
- 6.23 Nel caso in cui fosse necessaria una nuova visita ispettiva, sarà necessario compilare il Rapporto sulla Nuova Visita Ispettiva contenuto nel workbook. Nell'intestazione del workbook, dovranno comparire sia il numero dell'audit originario, che il numero del nuovo audit. Nel caso in cui l'auditor si trovi nell'impossibilità di chiudere una nonconformità maggiore, durante il nuovo audit, sarà necessario contattare il Responsabile del Programma, mentre la nonconformità maggiore resterà aperta. Il Responsabile del Programma, relativo al tipo di visita ispettiva in corso, proporrà all'auditor se documentare ulteriori rilievi in merito al processo di azioni correttive.

## 7 Audit di sistemi di gestione integrati

- 7.1 Un'organizzazione può decidere di integrare il proprio sistema di gestione per la qualità ISO 9001 con altri sistemi di gestione, e quindi richiedere di effettuare un audit del sistema integrato. In fase di richiesta del preventivo, è preferibile che l'organizzazione fornisca l'evidenza dell'integrazione dei sistemi di gestione, o se il cliente è in fase di implementazione, è preferibile che fornisca una dichiarazione che l'organizzazione intende integrare i sistemi di gestione. I giorni-uomo calcolati per l'audit di un sistema integrato si basano sul documento IAF MD11. 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 Fase 1 si scopre che i sistemi dell'organizzazione non sono effettivamente integrati, l'organizzazione non ha più diritto a tale sconto per l'audit di Fase 2).
- 7.2 Il Lead Auditor deve essere competente a verificare tutti gli schemi oggetto del sistema integrato che

l'organizzazione desidera certificare. Se non tutti i membri del gruppo di audit sono competenti a verificare le norme applicabili, allora il Lead Auditor sarà responsabile di pianificare l'audit in modo tale che gli auditor in questione non verificano lo schema nel quale non hanno competenza. La competenza del team selezionato deve essere documentata sul modulo F-114a.

- 7.3 Un membro del Comitato Esecutivo qualificato in ciascuna norma del sistema integrato sarà incaricato di prendere la decisione sulla certificazione. Se non è disponibile un membro del Comitato Esecutivo che abbia la richiesta competenza 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 comuni ed integrati aspetti e processi relativi a diversi schemi di certificazione. Un audit combinato di sistemi di gestione non è altro che un audit dove più sistemi di gestione sono verificati simultaneamente.

## 8 Certificazione

- 8.1 A conclusione della Fase 2 dell'audit di Certificazione e della risoluzione di tutte le Non Conformità, il gruppo di audit di PJR restituisce all'Ufficio PJR tutta la documentazione relativa all'audit. NOTA: I documenti di lavoro dell'audit, i rapporti ed i moduli compilati durante l'audit sono di proprietà di PJR. L'Audit Logistics Manager (ALM) o chi designato per tale incarico riesamina il pacchetto per controllarne la completezza. Quando PJR lavora su una nuova norma dove vengono utilizzati esperti tecnici nel riesame del pacchetto di audit e nel processo decisionale, allora il riesame tecnico sarà preceduto da un riesame di sistema. (L'idea dietro questa decisione è che se ci sono dei problemi di tipo sistemistico, il riesaminatore tecnico non sarà in grado di rilevarli. Perciò, per le nuove norme, per il riesame del pacchetto e nella presa di decisione finale verrà usato un approccio di squadra).

Nel caso di ISO 27001, la documentazione e la raccomandazione devono essere presentate a un membro designato del Comitato Esecutivo che ha superato il corso di formazione per Lead Auditor in merito alla ISO 27001; questo membro esercita il potere di veto su qualsiasi decisione relativa alla certificazione. Per gli audit AS91XX, il membro del Comitato Esecutivo designato che riesamina il pacchetto, deve per lo meno avere la qualifica di Auditor Aerospaziale, autenticata dall'associazione AAB. Per gli audit ACCREDIA, la documentazione e la raccomandazione devono essere presentate a un membro del Comitato Esecutivo che ha conoscenza delle regole cogenti applicabili al settore di appartenenza dell'attività; questo membro esercita il potere di veto su qualsiasi decisione relativa alla certificazione. Per quanto riguarda gli audit relativi alla Sicurezza Alimentare FSSC e ISO 22000, la decisione in merito alla certificazione verrà presa a 120 giorni dal termine della Fase II o dell'audit di Rinnovo. Ulteriori competenze del Comitato Esecutivo si trovano nel PRO-17.

- 8.1.1 Gli auditor scelti per l'approvazione dei pacchetti di audit devono partecipare a una seduta formativa tenuta dal Presidente del Comitato Esecutivo o da chi ne fa le veci. Il presidente del Comitato esecutivo registra l'avvenuto training sul modulo F-60, modulo per la formazione del personale, e sull' F-21ec e conserva le registrazioni relative ai membri qualificati del comitato esecutivo. Per ogni revisore, verranno campionati un minimo di due pacchetti di audit all'anno. L'Aerospace Program Manager avrà il compito di completare e/o coordinare il campionamento per i programmi aerospace. L'EHS Program Manager avrà il compito di completare e/o coordinare il campionamento per tutti i programmi relativi alla sostenibilità. Il Programs & Accreditations Department avrà il compito di completare e/o coordinare il campionamento per le norme 9001, BA 9000, 13485, 27001, 20000 e TL 9000. L'esito di questi riesami verrà documentato sul modulo F-224, Campionamento dei Pacchetti di Audit Riesaminati dal CE, e verranno altresì discussi durante il riesame della direzione annuale.

- 8.1.2 I risultati del riesame dell'audit package vengono documentati sul modulo F-67.



- 8.1.3 I Membri del Comitato Esecutivo devono 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 esiste alcun conflitto di interesse e che né l'auditor, né il datore di lavoro dell'auditor hanno un rapporto con il cliente.
- 8.1.4 Nei casi in cui un membro del comitato esecutivo boccia il pacchetto di audit, deve contattare l'auditor o il cliente per correggere l'errore. Se il caso, lui o un suo delegato competente dovrà fare nuovamente formazione all'auditor in merito alla questione.
- 8.1.5 Se un pacchetto di audit è scritto in una qualsiasi lingua diversa dall'inglese, per effettuare il riesame si devono rispettare i seguenti requisiti minimi di traduzione: l'audit plan, il Rapporto di Non Conformità e, se richiesto, l'evidenza oggettiva ed il Rapporto Finale dell'audit. In caso di necessità, chi approva il pacchetto di audit può richiedere ulteriori traduzioni.
- 8.1.6 Dopo che è stato deciso di concedere la certificazione, l'audit package viene inviato al Coordinatore dei Certificati affinché prepari l'attestato di certificazione. Nota: Il campo di applicazione della certificazione non deve comprendere i processi che non sono stati sufficientemente verificati per comprovarne la loro conformità ai requisiti. Dove i processi non sono verificati o sono stati esclusi dal campo di applicazione della certificazione, tale esclusione deve essere limitata a quei processi che costituiscono un'esclusione ammissibile e che è adeguatamente supportata dal cliente. PJR non certifica un sistema di gestione in cui le esclusioni sui processi non sono esclusioni ammissibili.
- Nel caso delle organizzazioni multi-sede, qualora in un sito si rilevi una non conformità maggiore, la certificazione verrà negata all'intera organizzazione, in attesa di azioni correttive soddisfacenti. Alle organizzazioni non è consentito escludere il sito problematico per eludere questa condizione.
- 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 riesaminatore del Comitato Esecutivo avrà il compito di inviare all'Organizzazione il rapporto di audit o le relative registrazioni modificate.
- 8.2 I certificati vengono creati conformemente alle Istruzioni di Lavoro WI-4. Per i certificati creati in più di una lingua, viene aggiunto il suffisso "t" al numero del certificato per sottolineare il fatto che si tratta di una traduzione. I certificati emessi avranno durata triennale (subordinata al superamento dei previsti audit di sorveglianza).
- 8.3 L'organizzazione può esporre il marchio di certificazione di PJR ("Logo") sui mezzi di comunicazione promozionali cartacei o elettronici. 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 viene registrato.
- 8.4 PJR tiene una lista delle Organizzazioni Certificate e dei loro scopi di certificazione (Registro PJR). PJR, su richiesta, mette gratuitamente questa lista a disposizione degli enti di accreditamento di PJR e al pubblico in senso lato. PJR segnala inoltre un numero di pubblicazioni concernenti la certificazione delle organizzazioni così da includerle nelle loro liste di certificazione disponibili al pubblico. PJR notifica ACCREDIA di tutti i certificati emessi sotto suo accreditamento, affinché questi possano essere pubblicati sul registro presente nel sito web di ACCREDIA.

## **9 Audit di Sorveglianza e di Rinnovo**

9.1 Gli audit di sorveglianza e di rinnovo generalmente seguono lo stesso processo precedentemente illustrato

per la Fase 2.

9.1.1 Gli audit di sorveglianza devono essere condotti almeno una volta all'anno (anno solare) fatta eccezione negli anni di rinnovo della certificazione. La data del primo audit di sorveglianza, successivo alla certificazione iniziale, non deve superare i 12 mesi dalla data di decisione della certificazione.

Solo per EA 28 Accredia:

Oltre a quanto sopra riportato, ai fini della programmazione degli audit di sorveglianza, vale quanto disposto dal Regolamento Tecnico Accredia RT-05:

- Per audit di prima sorveglianza dopo certificazione iniziale: è ammesso il posticipo di + 3 mesi , limitatamente alle attività di cantiere, rispetto ai 12 mesi previsti dalla 17021-1; la visita in sede deve essere eseguita nei tempi previsti.

- Per tutte le altre sorveglianze: è ammesso il posticipo di + 3 mesi, limitatamente alle attività di cantiere, rispetto all'anno solare, purché non si superino i 23 mesi previsti dalla ISO/IEC 17021-1; la visita in sede deve essere eseguita nei tempi previsti.

9.1.2 Gli audit di rinnovo devono essere condotti prima della scadenza del certificato. È opportuno prevedere un congruo anticipo, al fine di disporre del tempo necessario per la chiusura di eventuali rilievi, oltre che consentire la programmazione delle attività di delibera da parte del Comitato Esecutivo. Laddove le attività di delibera del rinnovo (anche, ma non solo, a causa dei tempi di chiusura delle eventuali NC minori e/o maggiori) dovessero concludersi successivamente alla data di scadenza del certificato, il nuovo certificato potrà riportare la data di prima emissione già presente sul certificato precedente, ma dovrà riportare come data di emissione corrente quella della delibera di rinnovo, e dovrà riportare informazioni sul lasso di tempo in cui il certificato non è stato valido (cioè dalla data di scadenza precedente a quella di delibera del rinnovo).

9.1.3 Il riesame dei pacchetti di audit è documentato sull'F-67. I pacchetti di audit di rinnovo o di sorveglianza a cui segue l'emissione o la revisione di un certificato sono approvati dal Comitato Esecutivo, mentre i pacchetti di audit di sorveglianza che non portano alla revisione del certificato non sono generalmente approvati dal Comitato Esecutivo.

9.2 Lo scopo primario di un audit di sorveglianza consiste nel verificare la continua efficacia ed il miglioramento del sistema di gestione del cliente. Per questo motivo, per prima cosa durante un audit di sorveglianza, si riesaminano le performance dei processi (i dati dell'indicatore chiave delle performance e il raggiungimento degli obiettivi di qualità del cliente) e le relative azioni correttive, i reclami dei clienti, gli audit interni, il riesame della direzione, il miglioramento e ogni modifica presso l'Organizzazione. Il mantenimento del controllo operativo viene campionato nel corso del ciclo delle sorveglianze. Il LA deve assicurarsi di rispondere alle domande specifiche per gli audit di sorveglianza nel Rapporto Finale.

9.3 Se il cliente utilizza i loghi/marchi di PJR o dei suoi enti di accreditamento, l'utilizzo del logo deve essere valutato in conformità con la PRO-3.

9.4 Quando viene incaricato di effettuare un audit di sorveglianza o di rinnovo, il Lead Auditor riceve una copia di tutte le non conformità documentate nel precedente audit di sorveglianza ed una copia del Rapporto Finale. Gli Auditor devono 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. Se per qualche motivo il LA non riceve una copia delle precedenti non conformità ed il Rapporto Finale dell'Audit dalla casa madre, deve richiedere tali documenti al cliente. Se il cliente non ha una copia delle precedenti non conformità, il LA deve contattare la casa madre. Il Lead Auditor deve indicare che ha 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 delle precedenti audit sono considerati incompleti.

9.5 Al termine del periodo di certificazione, si rende necessaria una rivalutazione del sistema. Il tempo dell'audit di rinnovo dovrebbe corrispondere tipicamente ai 2/3 del tempo speso per l'audit iniziale (Fase 1 e Fase 2). L'audit in questione deve essere effettuato per tempo, in modo da assicurare che il rinnovo venga concesso prima della data di

scadenza del certificato.

- 9.6 Il Riesame del Precedente Periodo di Certificazione (*Master File Review*) viene effettuato sul modulo della serie F-118 prima della preparazione del contratto per il rinnovo e costituisce un input per la pianificazione dell'audit. Vengono riesaminate tutte le non conformità, nonché ogni modifica organizzativa significativa o che riguardi il ciclo di audit.
- 9.7 Il Responsabile della Programmazione degli audit invia le raccomandazioni del LA (copia dell'F118) all'auditor incaricato di condurre l'audit di rinnovo. Il riesame del Triennio Precedente fornisce un breve sommario delle nonconformità documentate durante il precedente periodo di certificazione. Gli Auditor, inoltre, riceveranno una copia di tutti i rapporti di audit ed eventuali non conformità e relative azioni correttive attinenti il ciclo precedente. Il Riesame del Triennio di Certificazione Precedente potrà indicare che l'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/alla stessa area.
- 10.7.1 Se tutti gli audit del periodo di certificazione precedente sono stati condotti da uno stesso auditor, PJR cercherà, se possibile, di dare l'incarico dell'audit di rinnovo a un auditor diverso.
- 9.8 In alcuni casi, PJR può stabilire che si deve effettuare un audit di Fase 1 prima dell'audit di rinnovo. Questo avviene solitamente quando ci sono stati cambiamenti significativi nell'organizzazione o nel sistema di gestione dell'organizzazione o in caso di scarsa performance del sistema di gestione. La decisione circa la necessità di effettuare un audit di Fase 1 viene presa dal Program Manager o dal suo delegato. Tale decisione viene documentata nel Riesame del Precedente Periodo di Certificazione. A seconda della gravità delle motivazioni dietro la richiesta di effettuare un audit di Fase 1, si decide se tale audit sarà effettuato in sede o non in sede, la sua durata, e se deve essere una Fase 1 completa come sopra descritto o se devono essere riesaminati solo alcuni aspetti del sistema di gestione dell'organizzazione. Tra la Fase 1 e l'audit di rinnovo deve trascorrere un lasso di tempo che consenta all'organizzazione di risolvere tutte le situazioni critiche emerse durante la Fase 1.
- 9.9 Gli auditor devono accettare le azioni correttive entro 75 giorni dalla data dell'audit di sorveglianza o rinnovo, a meno che regole specifiche a determinati schemi richiedano un periodo differente. Si verifica l'implementazione dell'azione correttiva in risposta alle documentate non-conformità durante l'audit immediatamente successivo, ad eccezione delle non conformità maggiori, che devono invece essere implementate entro un determinato periodo di tempo, e dei rilievi relativi a schemi particolari (es: aerospaziale) come specificato nella comunicazione di PJR N. 15.
- 9.9.1 Per ogni nonconformità maggiore, il 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.
- 9.9.2 Nel caso in cui 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.
- 9.9.3 Nel caso in cui 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 effettiva della scadenza 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.
- 9.10 Non tutti gli audit package degli audit di sorveglianza vengono riesaminati dal Comitato Esecutivo. Per alcuni schemi, fra cui anche ISO 9001 e ISO 14001, i LA che hanno dimostrato un alto livello di competenza nelle proprie tecniche di audit e negli audit package (alta percentuale di approvazione), la raccomandazione del LA di continuare la certificazione è sufficiente. La decisione verrà presa a discrezione del Responsabile per i Programmi e gli Accreditamenti, o dal Responsabile per i Programmi più appropriato.
- 9.11 Tuttavia, al verificarsi anche di una sola delle seguenti condizioni, è richiesto che l'audit package di tali auditor sia approvato dal Comitato Esecutivo:

- 10.11.1 sono state identificate delle non conformità maggiori;
  - 10.11.2 Estensione dello scopo di certificazione, o
  - 10.11.3 il Lead Auditor decide che è necessaria l'approvazione da parte del Comitato Esecutivo.
- 9.12 PJR si riserva il diritto di effettuare audit speciali o con un breve preavviso nel corso del periodo di certificazione. PJR effettua audit speciali entro 90 giorni dal verificarsi dell'evento che ha creato il bisogno dell'audit speciale. Se ciò non fosse possibile, allora l'eccezione a tale regola deve essere approvata dal Programs & Accreditations Manager, il quale, potrebbe 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:
- 10.12.1 Richieste per l'estensione dello scopo: le richieste per l'estensione dello scopo devono pervenire a PJR per iscritto. Il Program Manager o il suo delegato riesamina tale richiesta per decidere se è necessario un audit extra o se la modifica può essere valutata durante il successivo audit di sorveglianza.
  - 10.12.2 Modifiche significative nell'organizzazione. In questi casi, è quasi sempre richiesta un audit di rinnovo. (Si noti che secondo il contratto con PJR, il cliente deve informare PJR, per iscritto, di ogni significativo cambiamento).
  - 10.12.3 Reclami dei clienti o delle parti interessate delle organizzazioni certificate o se PJR sospetta che il cliente non stia continuando a rispettare i criteri applicabili.
  - 10.12.4 Sospensione della certificazione.
  - 10.12.5 Informazioni importanti relative alla sicurezza e che diventano note a PJR.
  - 10.12.6 Quando si verificano cambiamenti significativi che sono introdotti dalla normativa vigente o sono stati resi noti a PJR e che potrebbero influenzare la decisione sullo stato di conformità del cliente ai requisiti normativi.
  - 10.12.7 Rivisita per una non conformità maggiore rilevata durante un audit. Non tutte le non conformità maggiori necessitano di una rivisita. La necessità di una rivisita è una decisione comune del Lead Auditor e del Program Manager (o del Manager della Divisione Internazionale di competenza).
- 9.13 Se l'organizzazione apporta solo modifiche minori al proprio sistema di gestione, PJR le valuta 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 in sede ma anche di fare domande all'organizzazione certificata su aspetti della certificazione e di 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 è relativo allo scopo della certificazione) o ogni altro mezzo per monitorare le performance del cliente certificato.
- 10.13.1 Le estensioni allo scopo vengono trattate nella sezione 10.12.1. Le riduzioni allo scopo verranno trattate durante il successivo audit prestabilito. Il cliente verrà informato dallo Scheduler in merito ad eventuali modifiche inerenti lo scopo della certificazione, nel momento in cui viene programmato l'audit. Potrebbe essere necessaria anche una modifica ai tempi dell'audit. Se necessario, lo scheduler consulterà il Program Management nel caso in cui si presentino delle circostanze che lascino pensare che la riduzione dello scopo possa essere inappropriata, come ad es. l'attuale scopo del cliente coinvolga la progettazione e la realizzazione di alcuni dispositivi e la riduzione riguardi la rimozione della progettazione. La riduzione dello scopo verrà comunicata all'auditor attraverso la Scheda dell'Incarico all'Auditor, F-27. L'Auditor eseguirà l'audit ed una Richiesta di Certificazione completa in modo che rappresenti il nuovo scopo.
- 9.14 PJR non partecipa al programma ASRP (Advanced Surveillance/Reassessment Procedures).
- 9.15 Per tutti gli schemi, ad eccezione dello schema aerospaziale, per gli audit speciali è richiesta la compilazione di un audit plan e del completamento del rapporto di rivisita nel relativo Workbook. I Rapporti di Non Conformità devono essere compilati, se necessario. Per gli audit aerospace, è richiesta la compilazione di un audit plan.

## **10 Sospensione del certificato, Revoca, Riduzione del Campo di Applicazione della Certificazione**

- 10.1 PJR si riserva il diritto di sospendere e/o revocare l'Attestato di Certificazione, o di ridurre il campo di applicazione della certificazione, in qualsiasi momento durante i tre anni della durata della certificazione, conformemente alla Procedura PRO-11 di PJR.

- 10.2 PJR provvede alla **sospensione** dell'Attestato di Certificazione qualora si verifichi almeno una delle condizioni di seguito descritte:
- a) L'organizzazione non riesce a portare a termine le azioni correttive nel periodo di tempo concordato;
  - b) L'organizzazione non consente lo svolgimento degli audit di sorveglianza della certificazione con la periodicità richiesta.
  - c) L'organizzazione richiede volontariamente la sospensione.
  - d) L'organizzazione costantemente non riesce a conformarsi alla norma di riferimento: il sistema di gestione certificato ha mancato, in modo persistente e grave, di rispettare i requisiti di certificazione, compresi i requisiti relativi all'efficacia del sistema di gestione;
  - e) L'organizzazione, a giudizio di PJR, mal utilizza il Sigillo di Certificazione di PJR, il Certificato, i Sigilli di Accredimento degli enti di Accredimento di PJR, etc.
  - 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 liquidatore;
  - h) L'organizzazione è condannata per un'imputazione che tende a discreditarla la reputazione e l'impegno della Società;
  - i) L'organizzazione commette degli atti, che secondo il solo giudizio di PJR, mettono in discussione l'impegno di PJR, il buon nome e reputazione;
  - j) L'organizzazione cita impropriamente il sistema di accreditamento e/o registrazione nelle sue pubblicazioni incluse le pubblicità, cataloghi e brochure.
- 10.3 PJR fornirà all'organizzazione adeguate opportunità per attuare le opportune azioni correttive entro un termine ragionevole prima di ritirare, cancellare o sospendere la certificazione
- 10.4 PJR si riserva il diritto di pubblicizzare qualsiasi azione che possa intraprendere in merito alla sospensione, revoca, o riduzione del campo di applicazione della certificazione di un'organizzazione.
- 10.5 PJR procederà anche alla revoca della certificazione nel caso in cui un'organizzazione invii a PJR un'apposita richiesta scritta (rinuncia volontaria alla certificazione).
- 10.6 Nei casi di sospensione o revoca della sua certificazione (indipendentemente dal criterio applicato a tal fine) PJR ordina che l'organizzazione interrompa l'uso di tutto il materiale pubblicitario che contenga qualsiasi riferimento alla sua certificazione e restituisca qualsiasi documento di certificazione alla sede centrale di PJR.

## 11 Dispute

- 11.1 Le dispute e gli appelli vengono trattati secondo la procedura PRO-10.

## 12 Business Continuity e Ripresa da Situazioni di Disastro

Quando le organizzazioni sono colpite da disastri naturali quali uragani, tsunami e terremoti o altre circostanze devastanti incluso ma non limitato 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 è stato affetto?
- 2) Quando l'organizzazione sarà in grado di funzionare?
- 3) Quando l'organizzazione sarà in grado di consegnare i prodotti o prestare il servizio definito nell'ambito corrente della certificazione?

- 4) L'organizzazione avrà bisogno di usare altre sedi alternative per la fabbricazione e/o distribuzione? Se è così, sono questi attualmente coperti dalla certificazione corrente o avranno bisogno di essere valutati?
- 5) Le riserve di magazzino esistenti soddisfano ancora le specifiche del cliente o i clienti avranno bisogno di essere contattati in merito a possibili concessioni?
- 6) Se del caso, sono stati attuati piani di ripresa in situazioni di disastro o piani di emergenza? Tali piani sono stati efficaci?
- 7) Alcuni dei processi e/o servizi offerti o prodotti spediti saranno subappaltati ad altre società? Se sì, in che modo le attività delle altre società sono 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 degli audit interni, e lo stato dei controlli di processo.

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 devono optare per la sospensione volontaria della propria certificazione. Se un cliente ha già ritardato il proprio audit di tre mesi, la sospensione volontaria della certificazione può durare altri tre mesi. Al termine del periodo di sospensione volontaria, deve essere condotto un audit di rinnovo, altrimenti il certificato dovrà essere ritirato.

## 13 Riservatezza

- 13.1 Eccetto dove richiesto per legge, statuto, o regolamenti di enti di accreditamento, o nel caso dei sistemi di gestione aerospaziali, PJR tratta in maniera strettamente riservata qualsiasi informazione che giunge in suo possesso nel corso della valutazione o certificazione del Sistema di Gestione di un'organizzazione. PJR, compresi tutti gli auditor, personale amministrativo, Comitato Esecutivo, Comitato per l'imparzialità, e qualsiasi altro dipendente o appaltatore, promette di non rivelare tali informazioni a terzi previo consenso scritto rilasciato da una società certificata, eccetto quando richiesto per legge o statuto. Nell'eventualità in cui tali informazioni siano richieste per legge o statuto, PJR rivelerà le informazioni come richiesto e informa la società certificata di tale divulgazione per iscritto a tempo debito. Nel caso di sistemi di gestione aerospaziali, la diffusione di informazioni ad enti regolatori quali FAA, JAA, o OEM può essere richiesta ai membri AAQG.

## 14 Audit in Accompagnamento

- 14.1 Qualsiasi organizzazione che subisca un audit con il proposito di ricevere o mantenere una certificazione avvalorata da un sigillo di un qualsiasi Ente di Accredimento, deve autorizzare il team di audit di PJR ad essere accompagnato da un auditor del suddetto Ente di accreditamento o da un'auditor di PJR allo scopo di affiancare il team di audit di PJR.
- 14.2 Il Lead Auditor che viene affiancato da un ente di accreditamento deve contattare il Program e Accreditations Manager al termine dell'audit, al fine di comunicare velocemente i risultati della Visita in Accompagnamento alla casa madre. Qualora l'auditor che viene affiancato indicasse la presenza di una non-conformità durante l'audit, ma non l'avesse documentata, il Program Manager dovrà a quel punto lavorare con lui/lei cosicché lui/lei avvii un Rapporto di Non-Conformità, corregge la rimanente documentazione dell'audit, se è il caso, e inoltra queste informazioni al cliente il prima possibile.
- 14.3 Gli audit in accompagnamento forniscono un'ottima opportunità per raccogliere informazioni utili per il miglioramento del programma. Si incoraggiano gli auditor che hanno partecipato ad audit in accompagnamento a condividere le lezioni imparate con il personale di Gestione del Programma, in modo che tali lezioni vengano riesaminate e possibilmente incorporate nel programma stesso.

## 15 Firma elettronica

Per i documenti da firmare, PJR richiede che ci sia 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, è necessario scrivere "Come da e-mail del ..." e l'e-mail deve essere salvata insieme al modulo in SharePoint, come evidenza. (Non è appropriato che un'email rimanga salvata nell'inbox personale di una persona). Un nome scritto al computer sul modulo, ma senza la relativa email con indicazione della data non è accettabile. La dichiarazione "firma in originale sul documento" rappresenta un'alternativa accettabile, ove possibile, in relazione ad un determinato audit.

## APPENDICE A: Note integrative

### 1.0 Certificazione ai sensi dei Regolamenti UE n. 333/2011 e n. 715/2013

- 1.1 Il Regolamento (UE) del Consiglio 31 marzo 2011, n. 333 disciplina i criteri per stabilire quando i rottami di ferro, acciaio e alluminio, cessano di essere un rifiuto e diventano nuovamente un prodotto. Il Regolamento (UE) della commissione del 25 luglio 2013, n. 715 stabilisce criteri atti a determinare in quali casi i rottami di rame cessano di essere rifiuti. Circa la valutazione dell'applicabilità dei precedenti regolamenti, è necessario tenere in considerazione quanto definito dal comunicato della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 12/43/CR07a/C5 del 15 marzo 2012 intitolato "*Criticità in materia di gestione dei rifiuti*", emesso con riferimento al Regolamento n. 333/2011 e che si può considerare esteso al Regolamento n. 715/2013. Il comunicato afferma che il Regolamento n. 333/2011 si applica ai soli impianti che effettuano operazioni di recupero di rifiuti costituiti da rottami metallici in acciaio, ferro, alluminio e leghe di alluminio e non ai produttori primari di tali rifiuti. Inoltre, la Circolare ("*Rottami metallici: applicazione Regolamento UE 333/2011 "End of Waste"*" emessa dall'Assessorato al Territorio e Urbanistica della Regione Lombardia del 7 ottobre 2011) chiarisce che:
- gli impianti che operano esclusivamente in procedura semplificata e che non si adeguano al Regolamento, possono continuare a svolgere il complesso delle operazioni che per il D.M. 5 febbraio 1998 sono riconducibili all'operazione R4, ma da tali operazioni decadono solo rifiuti e non prodotti (ex MPS). Analogamente, i medesimi impianti possono continuare a svolgere l'operazione di messa in riserva R13 che, di per sé, non può dare origine a prodotti (ex MPS) ma solo a rifiuti;
  - se vengono rispettate tutte le prescrizioni del Regolamento, i prodotti generati possono essere conferiti nelle aree che sono attualmente individuate come "deposito MPS", a condizione che per tali partite di materiale sia già stata predisposta la dichiarazione di cui all'allegato 3 del Regolamento e che pertanto siano escluse dalla qualifica di rifiuto;).
- 1.2 Durante la fase di preparazione dell'offerta economica, oltre al modulo "questionario del cliente" compilato (F1.it), all'organizzazione sarà chiesto di rispondere a domande aggiuntive specificate nel modulo F1supp.it.
- 1.3 L'attestazione della conformità ai Reg. n. 333/2011 o Reg. n. 715/2013 ha una durata triennale e l'attestato di conformità verrà rilasciato a seguito di un audit iniziale. Al termine di questo periodo triennale, l'attestazione alla conformità ai requisiti dei Reg. n. 333/2011 o Reg. n. 715/2013 deve essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.
- 1.4 I tempi di audit iniziale e di rinnovo sono:
- di almeno 1 giorno-uomo on site se l'azienda non è già certificata ISO 9001 o ISO 14001 per processi pertinenti ai Reg. n. 333/2011 o Reg. n. 715/2013;
  - Se l'organizzazione è già certificata ISO 9001 o ISO 14001, l'audit on site deve durare almeno 0,5 giorni-uomo, a condizione che l'audit venga condotto consecutivamente all'audit per la ISO 9001/ISO 14001, o comunque entro 3 mesi dalla data di tale audit ma in quest'ultimo caso l'audit per i Reg. n. 333/2011 o Reg. n. 715/2013 deve essere condotto dallo stesso auditor.
- 1.4.1 Per le organizzazioni multi sede, è richiesto di verificare tutti i siti. L'audit on site deve durare almeno 0,5 giorni per ogni sito successivo al primo, anche se condotto negli stessi giorni di un audit ISO 9001 o ISO 14001.
- 1.5 Requisiti dell'audit team e del Comitato Esecutivo:
- Auditor SGQ o SGA. Almeno un auditor del team deve avere la qualifica di Lead Auditor
  - Superamento del Training Module relativo per il Reg 333/2011 o Reg.715/2013
  - Superamento del Training Module per il settore EA 24 o 39 o 17.
- 1.6 L'audit team deve utilizzare il Workbook per la ISO 9001 o ISO 14001, a seconda dei casi, integrato da una checklist aggiuntiva F-12.reg333.it o F-12.reg715.it.



- 1.7 L'attestazione di conformità ai requisiti del Reg. 333/2011 o Reg. 715/2013 deve fare riferimento specifico al regolamento e al relativo prodotto.

## 2.0 Certificazione ai sensi della norma UNI 10854:1999

- 2.1 La norma UNI 10854:1999 definisce i criteri per identificare i pericoli e stabilire le misure da attuare per prevenirli, ridurli o eliminarli al fine di garantire la sicurezza igienica dei prodotti alimentari.
- 2.2 La certificazione UNI 10854:1999 ha durata triennale. Il certificato viene emesso a seguito di un audit iniziale ad una fase e al superamento di due audit annuali di sorveglianza;
- 2.3 I tempi di audit sono:  
Audit 10854:1999 effettuato contestualmente a audit ISO 9001
- 0,5 g.u. per l'audit iniziale
  - 0.25 g.u. per ogni seguente audit di sorveglianza.
- Audit 10854:1999 non effettuato contestualmente a audit ISO 9001
- 1 g.u. per l'audit iniziale,
  - 0,5 g.u. per gli audit di sorveglianza;
- 2.4 Requisiti dell'audit team:
- qualifica di Lead Audit SGQ
  - Superamento Training Module IAF 03 o IAF 30
- 2.5 Documentazione dell'audit: l'audit team deve utilizzare il WorkBook per la ISO 9001 da utilizzare per le parti pertinenti, integrato dalla checklist speciale F12ias(i).
- 2.6 La certificazione alla UNI 10854:1999 non è accreditata

## 3.0 Certificazione dei Sistemi di Gestione per la Saldatura in accordo alle norme della serie UNI EN ISO 3834 (parti 2 - 3 - 4)

- 3.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che fabbricano prodotti in metallo facendo ricorso a giunzioni permanenti (saldatura di materiali metallici), e si riferisce sia alla produzione in officina che alla messa in opera in cantiere (se presente), o a entrambe.  
La certificazione è inoltre applicabile sia in ambito volontario, che quando richiesto per ottemperare a requisiti cogenti, ad esempio "Norme Tecniche per le Costruzioni" – D.M. 14.01.2008 (la parte cogente relazionata alla certificazione 3834, è rappresentata, all'interno del capitolo 11.3 dedicato agli acciai, dal paragrafo 11.3.4.5 "Processo di saldatura", in particolare quando recita: "In relazione alla tipologia dei manufatti realizzati mediante giunzioni saldate, il costruttore deve essere certificato secondo la norma UNI EN ISO 3834:2006 parti 2 e 4; il livello di conoscenza tecnica del personale di coordinamento delle operazioni di saldatura deve corrispondere ai requisiti della normativa di comprovata validità. I requisiti sono riassunti nel Tab. 11.3.XI di seguito riportata. La certificazione dell'azienda e del personale dovrà essere operata da un Ente terzo, scelto, in assenza di prescrizioni, dal costruttore secondo criteri di indipendenza e di competenza". Anche se nel suddetto articolo sembra non sia coinvolta anche la parte 3 della Norma, la stessa è poi citata nella successiva tabella 11.3.XI).
- 3.2 La serie di norme UNI EN ISO 3834:2006 si compone delle seguenti parti:
- UNI EN ISO 3834-1:2006 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 1: Criteri per la scelta del livello appropriato dei requisiti di qualità*";
  - UNI EN ISO 3834-2:2006 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità estesi*";
  - UNI EN ISO 3834-3:2006 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità normali*";

- UNI EN ISO 3834-4:2006 → “*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità elementari*”;
- UNI EN ISO 3834-5:2006 → “*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 5: Documenti ai quali è necessario conformarsi per poter dichiarare la conformità ai requisiti di qualità di cui alle parti 2, 3 o 4 della ISO 3834*”.
- UNI EN ISO 3834-6:2006 → “*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 6: Guida per l'applicazione della ISO 3834*”.

Delle sei norme (o parti) citate, sono certificabili solo le parti 2, 3 e 4. Le parti 1, 5 e 6, pur importanti e comunque da tenere in considerazione, riguardano però solo: 1) i criteri con cui l'azienda che richiede la certificazione seleziona il livello dei requisiti di qualità applicabile ai propri processi produttivi; 2) i documenti ai quali conformarsi per poter dichiarare la conformità a ciascuna delle possibili parti 2, 3 e 4; 3) la guida per l'applicazione della norma.

3.3 Durante la fase di preparazione dell'offerta economica, nel compilare il modulo “questionario del cliente” compilato (F1.it), l'organizzazione dovrà dichiarare secondo quale parte della Norma (2, 3 o 4) richiede la certificazione.

3.4 La certificazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale. Per il mantenimento della certificazione, sarà necessario condurre audit annuali di sorveglianza. Al termine di questo periodo triennale, la certificazione dovrà essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.

3.5 Tempi minimi di audit:

- I tempi di audit iniziale e di rinnovo sono:
  - Per audit relativi solo alla 3834:
    - di almeno 1 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 2;
    - di almeno 1 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 3;
    - di almeno 1 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 4.
  - Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:
    - di almeno 0,75 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 2;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 3;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 4.
- I tempi di audit di sorveglianza sono:
  - Per audit relativi solo alla 3834:
    - di almeno 1 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 2;
    - di almeno 0,75 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 3;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 4.
  - Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 2;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 3;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2006 Parte 4.

3.6 Requisiti del team di audit:

2.6.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per gli Auditor:

- Qualificato come Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 17);
- Minimo tre anni di esperienza nel campo della saldatura, negli ultimi cinque anni;
- Conoscenza degli specifici processi/prodotti oggetto di audit.

2.6.2 Requisiti di qualifica ed esperienza per i Lead Auditor:

- Qualificato come Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 17);
- Minimo tre anni di esperienza nel campo della saldatura, negli ultimi cinque anni;
- Conoscenza degli specifici processi/prodotti oggetto di audit;

- Diploma (o titoli equivalenti) come “International/European Welding Engineer (I/EWE)” o “International/European Welding Technologist (I/EWT). Tale requisito non è obbligatorio, purché sostituito da evidenze/considerazioni che possono dimostrare di soddisfare i requisiti delle linee guida EA-6/02 M: 2013.
- 3.7 L’audit team deve utilizzare il Workbook per la ISO 9001, integrato da una checklist aggiuntiva (F-012.3834-2.it, F-012.3834-3.it o F-012.3834-4.it a seconda della parte di Norma oggetto di certificazione).
- 3.8 La certificazione ISO 3834 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato.

#### 4.0 Certificazione dei Servizi all’Infanzia in accordo alla norma UNI 11034:2003

- 4.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che erogano servizi all’infanzia con bimbi compresi in fasce di età comprese tra 0 e 36 mesi e tra i 3 e i 6 anni, In particolare:
- servizi alla Prima infanzia (fino a tre anni);
  - Servizi alla prima infanzia integrati strutturalmente con servizi educativi rivolti anche alla fascia di età 3-6 anni
  - Servizi educativi progettati per la fascia di età 0-6 anni quali i centri l’infanzia, pubblici e privati.

La classificazione tipologica è la seguente:

- Nidi d’infanzia;
- Servizi integrativi ai nidi d’infanzia, comunque denominati, quali ad esempio: Centri per bambini e genitori, Centri/spazi gioco, Centri infanzia, altri servizi;
- Servizi educativi territoriali.

I requisiti da verificare sono contenuti in particolare nel capitolo 4 della norma, e sono così suddivisi:

- 4.1 – Requisiti generali
- 4.2 – Definizione degli indirizzi generali (missione)
- 4.3 – Informazione
- 4.4 – Organizzazione
- 4.5 – Gestione degli spazi e degli arredi
- 4.6 – Progettazione educativa
- 4.7 – Attuazione del progetto educativo
- 4.8 – Partecipazione della famiglia
- 4.9 – Requisiti per il personale

Nel caso di organizzazioni che erogano servizi “innovativi/sperimentali” (per esempio i servizi domiciliari) viene invece applicato esclusivamente l’ulteriore capitolo della Norma (il numero 5), che disciplina i seguenti requisiti:

- 5.1 – Requisiti generali
- 5.2 – Raccolta dati di base
- 5.3 – Definizione delle specifiche del processo e delle modalità di realizzazione
- 5.4 – Riesame, verifica e validazione della progettazione
- 5.5 –Controllo

- 4.2 La certificazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale. Per il mantenimento della certificazione, sarà necessario condurre audit annuali di sorveglianza (a 12 ed a 24 mesi, con tolleranze possibili analoghe a quelle consentite per la norma ISO 9001:2015). Al termine di questo periodo triennale, la certificazione dovrà essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.

- 4.3 Tempi di audit:

4.3.1 I tempi di audit **iniziale** e di **rinnovo** sono:

- Per audit relativi solo alla UNI 11034:2003:
  - di almeno 0,75 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi vengono valutati volta per volta in sede di offerta, in particolare nel caso di organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano più tipologie di servizi).

- Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:2015:
  - di almeno 0,5 giorni-uomo on site (anche in questo caso ulteriori incrementi vengono valutati volta per volta in sede di offerta).

#### 4.3.2 I tempi di audit di **sorveglianza** sono:

- Per audit relativi solo alla UNI 11034:2003:
  - di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano più tipologie di servizi).
- Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:2015:
  - di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano più tipologie di servizi).
 Per gli audit di sorveglianza, solo nei casi di organizzazioni e servizi estremamente semplici, è possibile in via eccezionale, e se necessario, arrivare anche a 0,25 giorni-uomo.

#### 4.4 Requisiti del team di audit:

##### 4.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per gli Auditor / Lead Auditor:

- Qualificato come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 37);
- Conoscenza degli specifici processi/prodotti oggetto di audit (requisito preferenziale ma non vincolante è quello di aver già condotto audit in altri schemi su organizzazioni che erogano servizi all'infanzia, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI 11034:2003, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

#### 4.4 I documenti che l'audit

##### 4.5 team deve utilizzare, sono i seguenti:

- - il "WorkBook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- - la check list specifica per la Norma UNI 11034:2003 (file "F-12-11034.it");
- - il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

#### 4.6 La certificazione UNI 11034:2003 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato.

## 5.0 **Certificazione dei Servizi Funerari in accordo alla norma UNI EN 15017:2006**

#### 5.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni (imprese e/o case funerarie) che erogano servizi funerari e che intendono conseguire la certificazione dei propri servizi rilasciata da un organismo terzo ed indipendente.

I requisiti da verificare sono tutti contenuti nel capitolo 3 della norma, e sono così suddivisi:

- 3.1 – Personale addetto ai servizi funerari
- 3.2 – Gestione dei reclami
- 3.3 – Sistema di monitoraggio
- 3.4 – Cura del defunto e misure igieniche
- 3.5 – Rimozione / trasferimento e trasporto i
- 3.6 – Strutture delle imprese di onoranze funebri
- 3.7 – Funerale
- 3.8 – Servizio di consulenza
- 3.9 – Previdenza funeraria

#### 5.2 La certificazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale. Per il mantenimento della certificazione, sarà necessario condurre audit annuali di sorveglianza (a 12 ed a 24 mesi, con tolleranze possibili analoghe a quelle consentite per la norma ISO 9001:2015). Al termine di questo periodo triennale, la certificazione dovrà essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.

#### 5.3 Tempi di audit:

5.3.1 I tempi di audit **iniziale** e di **rinnovo** sono:

- Per audit relativi solo alla UNI EN 15017:2006:
  - di almeno 1,00 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi vengono valutati volta per volta in sede di offerta, in particolare nel caso di organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano numerose tipologie di servizi).
- Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:2015:
  - di almeno 0,75 giorni-uomo on site (anche in questo caso ulteriori incrementi vengono valutati volta per volta in sede di offerta, mentre per organizzazioni molto semplici e che erogano solo una parte dei servizi coperti dalla Norma, è possibile in via eccezionale arrivare a 0,5 giorni-uomo).

5.3.2 I tempi di audit di **sorveglianza** sono:

- Per audit relativi solo alla UNI EN 15017:2006:
  - di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano numerose tipologie di servizi).
- Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:2015:
  - di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano numerose tipologie di servizi).

5.4 Requisiti del team di audit:

5.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per gli Auditor / Lead Auditor:

- Qualificato come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 39);
- Conoscenza degli specifici processi/prodotti oggetto di audit (requisito preferenziale ma non vincolante è quello di aver già condotto audit in altri schemi su organizzazioni che erogano servizi funerari, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI EN 15017:2006, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

5.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare, sono i seguenti:

- - il "WorkBook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- - la check list specifica per la Norma UNI EN 15017:2006 (file "F-12-15017.it");
- - il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

5.6 La certificazione UNI EN 15017:2006 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato.

## Appendice B: Certificazioni FSSC con più di una sede

- 1) La certificazione ed il campionamento delle organizzazioni multi-sede (come indicato nella ISO/TS 22003:2013 e nella ISO/IEC 17021-1:2015) non è applicabile alle seguenti categorie della filiera alimentare, elencate nella ISO/TS 22003:2013: CI, CII, CIII e CIV, DI e DII, I e K.
- 2) In riferimento alle categorie della filiera alimentare di cui al punto 1) lo Schema richiede che ogni sede abbia:
  - a) un audit distinto,
  - b) un rapporto distinto,
  - c) un certificato distinto, e
  - d) ogni sede dovrà essere inserita nel database separatamente.
- 3) La certificazione delle organizzazioni multi-sede, come indicato dalla ISO/TS 22003:2013, clausola 9.1.5, è applicabile alle seguenti categorie della filiera alimentare, elencate nella ISO/TS 22003:2013: A, E, FI, G.

Eccezioni - applicabili alle categorie C, D, I e K

Lo Schema offre delle eccezioni relativamente alle tre principali categorie di organizzazioni di cui alla sezione 1), che abbiano più sedi, come le organizzazioni:

- a) in cui alcune funzioni pertinenti la certificazione siano controllate da un ufficio centrale separato dalle sedi,
- b) con diverse attività svolte presso una sede,
- c) con attività off-site.

### Funzioni ufficio centrale

Tra le funzioni pertinenti la certificazione, ma controllate da un ufficio centrale separato dalle sedi si trovano, ad esempio:

- a) Approvvigionamento,
- b) Approvazione dei fornitori o
- c) Garanzia di qualità.

### Audit delle funzioni dell'ufficio centrale

- 1) Nel caso in cui le funzioni pertinenti la certificazione vengano controllate da un ufficio centrale, lo Schema richiede che tali funzioni vengano esaminate tramite il colloquio con il personale indicato nel sistema di gestione per la sicurezza alimentare come in possesso di autorità e responsabilità per tali funzioni.
- 2) Le funzioni presso l'ufficio centrale verranno esaminate separatamente, ed ogni sede appartenente al gruppo avrà:
  - a) un audit distinto,
  - b) un rapporto distinto e
  - c) un certificato distinto.

### Audit delle sedi di un'organizzazione multi-sede

- 1) Un audit all'ufficio centrale non è in grado di valutare il livello di implementazione realizzato nelle sedi.
  - a) L'auditor dovrà visitare le sedi per svolgere parte dell'audit.
  - b) L'audit dell'ufficio centrale verrà svolto prima dell'audit presso le sedi.
- 2) Il successivo audit presso le sedi dovrà confermare che i requisiti previsti dall'ufficio centrale siano stati adeguatamente introdotti nei documenti opportuni presso la sede, ed effettivamente implementati.
- 3) Il rapporto di audit relativo alla sede ed il certificato dovranno riportare quali funzioni sono state esaminate presso l'ufficio centrale.
- 4) Il rapporto relativo all'audit dell'ufficio centrale ha una validità di 12 mesi.
- 5) L'ufficio centrale non può assumersi la responsabilità di tutte le funzioni comprese nello scopo della certificazione, e pertanto non riceverà un certificato a sé.
- 6) L'ufficio centrale viene menzionato nel certificato delle sedi attraverso frasi come "Si è svolto un audit presso (nome e ubicazione ufficio centrale) in data DDMMYY allo scopo di valutare le seguenti funzioni (descrizione funzioni esaminate presso l'ufficio centrale)".

### Gestione nonconformità

- 1) In caso di nonconformità rilevate presso l'ufficio centrale o presso le sedi, si riterrà che possano avere un impatto sulle procedure equivalenti svolte presso le sedi.

- 2) Pertanto, sarà necessario affrontare i problemi di comunicazione tra le sedi certificate attraverso delle azioni correttive, ed intraprendere le opportune azioni per le sedi coinvolte.
- 3) Tali nonconformità ed azioni correttive dovranno essere chiaramente indicate nell'opportuna sezione del rapporto di audit.
- 4) Le nonconformità dovranno essere eliminate, secondo le procedure dell'Organismo di Certificazione, prima dell'emissione del certificato.

#### **Organizzazioni con diverse attività in un'unica sede**

1) Nel caso in cui diverse attività vengano svolte presso un'unica sede, come ad esempio una sede di produzione legata alle attività di confezionamento, le attività verranno considerate, ai fini della certificazione, come appartenenti ad un unico scopo, basato su un singolo audit, un singolo rapporto ed un unico certificato a patto che siano:

- a) soggette ad un unico audit, adeguato allo scopo combinato;
- b) parte della stessa entità legale.

2) La descrizione che appare sul certificato, in questi casi, prevede l'utilizzo del nome dell'entità legale quale nome primario. Ad esempio: "Organizzazione XYZ, che svolge attività di trasformazione presso ABC e confezionamento presso 123, (inserire indirizzo)".

#### **Attività off-site**

##### **Processi ripartiti**

1) Un'organizzazione certificata in possesso di un (singolo) processo ripartito fra sedi diverse, che facciano parte della stessa entità legale. La sede primaria è l'unico destinatario/cliente delle sedi secondarie.

- a) Ad esempio, un prodotto semilavorato viene spostato presso una sede separata per lo svolgimento di una data fase, o fasi, del processo, e viene restituito alla sede primaria per il completamento.
- b) Per eccezione, tali processi verranno considerati, ai fini della certificazione, come appartenenti ad unico scopo e ad unico certificato.

#### **Gestione delle attività off-site**

Le attività off-site dovranno soddisfare i seguenti requisiti:

- 1) Le attività off-site sono comprese nel sistema di gestione per la sicurezza alimentare della sede primaria.
- 2) La dichiarazione relativa allo scopo della sede primaria certificata dovrà riportare le attività on-site e off-site.
- 3) Il rapporto di audit comprenderà tutti i requisiti pertinenti la sede primaria e le secondarie, e consentirà l'identificazione dei rilievi come specifici per la sede.
- 4) Il numero di sedi secondarie dovrà essere limitato ad un massimo di cinque.

### **Appendice C: Audit Virtuali**

- Gli audit virtuali possono essere condotti nelle seguenti circostanze: audit di Fase 1 (con giustificazione); Fase 2, sorveglianza e audit di rinnovo per le organizzazioni le cui attività siano interamente virtuali; audit speciali/rivisite per verificare l'implementazione di azioni correttive o cambiamenti a livello di proprietà; audit di sedi remote che forniscono supporto amministrativo, in cui tutte le registrazioni relative al sistema di gestione siano virtuali e non vi sia alcun beneficio aggiuntivo nel condurre un audit fisico. Le tecniche di audit virtuale sono generalmente non accettabili nell'ambito della produzione.
- Il Contratto di Certificazione e/o le eventuali modifiche al contratto dovranno indicare l'uso di tecniche di audit virtuale, e che il cliente disponga delle infrastrutture e delle competenze necessarie per l'utilizzo di tali tecniche. Qualora le tecniche di audit virtuale vadano oltre la condivisione dello schermo, ad esempio comportino il coinvolgimento di un operatore di telecamera, potrà essere necessario un incremento dei tempi di audit. Tale condizione dovrà essere descritta nel modulo F-114.
- Il piano di audit dovrà indicare come e quando verranno utilizzate le tecniche di audit virtuale. Il Lead Auditor e/o il personale dell'ufficio eseguiranno una prova pratica per confermare la funzionalità della tecnologia (GoToMeeting, Skype for Business, telecamere e tecnologie simili, ecc.).
- Qualora l'uso di tecniche di audit virtuale impedisca il regolare svolgimento dell'audit, il Lead Auditor dovrà comunicarlo alla Casa Madre.
- Nell'apposita sezione del WB-Supplement verrà inserita una descrizione delle tecniche di audit virtuale. Gli auditor dovranno prestare attenzione alla registrazione di specifiche evidenze oggettive, in modo che, se necessario, le tracce di audit possano essere validate.