Perry Johnson Registrars, Inc.

Ambiente/Salute/Sicurezza

Procedura di Certificazione

PJR offre servizi di certificazione a tutte le società che desiderano una valutazione indipendente rispetto al proprio Sistema di Gestione Ambiente, Salute e Sicurezza (EHS). Questa procedura descrive il processo di certificazione nella sua interezza, spiegando nel dettaglio ogni passo, dalla richiesta iniziale di certificazione al monitoraggio continuo in seguito all'ottenuta certificazione. Inoltre, questa procedura descrive anche delle politiche PJR applicabili in diverse situazioni.

SOMMARIO

1 INTRODUZIONE E SCOPO 3

2 RIFERIMENTI 3

3 DEFINIZIONI 5

4 RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE 5

5 PROGRAMMARE GLI AUDIT 9

6 METODOLOGIA DEGLI AUDIT EHSMS 9

7 AUDIT DI FASE 1 10

8 AUDIT DI FASE 2 12

9 CLASSIFICAZIONE DEI RILIEVI 15

10 DECISIONE SULLA CERTIFICAZIONE 16

11 AUDIT DI SORVEGLIANZA E RINNOVO EHSMS 17

12 USO DEL LOGO 19

13 SOSPENSIONE, RITIRO O CANCELLAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE 19

14 RICORSI 19

15 CONTINUITÀ LAVORATIVA E DISASTER RECOVERY 19

16 RISERVATEZZA 20

CONTENUTI

1 Introduzione e Scopo

1.1 Lo scopo di questa procedura è riconducibile ai servizi di valutazione e certificazione, da parte di PJR, in base alle norme: ISO 14001, ISO 45001, norme operative del settore del Riciclo, Responsible Recycling (R2) ed e-Steward.

1.2 PJR dovrà limitare i propri requisiti richiesti, valutazioni e decisioni esclusivamente allo scopo della certificazione in esame.

1.5 Nel testo della presente procedura, il cliente di PJR è denominato "Organizzazione", il Sistema di Gestione "Ambiente, Salute e Sicurezza" è denominato "EHS", il Riciclo Sostenibile è denominato "R2", le Norme per le Aziende Operanti nel Settore del Riciclo sono denominate "RIOS", e-Steward sarà denominato "e-Steward".

.

2 Riferimenti

2.1 Sistema di Gestione Ambientale ISO 14001 – Specifiche e manuale d'uso (ultima revisione)

2.2 Norma sul Riciclo Responsabile destinate al Riciclo di Dispositivi Elettronici

2.3 Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori ISO 45001 – Requisiti e guida per l'uso (ultima revisione).

2.4 Valutazione di Conformità ISO/IEC 17021-1 – Requisiti per gli organismi che offrono audit e certificazioni dei sistemi di gestione (ultima revisione)

2.5 ISO/IEC 17021-2 Requisiti sulle competenze per gli audit e la certificazione dei sistemi di gestione (ultima revisione)

2.6 ISO/IEC TS 17021-10 Requisiti sulle competenze per gli audit e la certificazione dei sistemi di gestione per la salute e sicurezza dei lavoratori (ultima revisione)

2.7 Normative Operative RIOS (ultima revisione)

2.8 Programma di Certificazione GRSO per RIOS (ultima revisione)

2.9 Codice delle Pratiche R2 (ultima revisione)

2.10 La norma e-Steward per il Riciclo Responsabile ed il Riutilizzo delle apparecchiature elettroniche (ultima revisione)

2.11 IAF MD 5 Definizione del Tempo di Audit per i Sistemi di Gestione Qualità ed Ambientale (ultima revisione)

2.12 Documento Obbligatorio IAF MD 1 IAF per gli Audit e la Certificazione dei Sistemi di Gestione delle Organizzazioni Multi-sede (ultima revisione)

2.13 IAF MD 22 Applicazione della ISO/IEC 17021-1 alla Certificazione di Sistemi di Gestione per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori (ultima revisione)

2.14 Documento Obbligatorio IAF MD 11 per l'Applicazione della ISO/IEC 17021-1 agli Audit dei Sistemi di Gestione Integrati

2.15 Regole per l'Accreditamento ANAB Pertinenti

2.16 Avvisi ANAB Pertinenti

2.17 Avvisi SERI

2.18 PRO-3 Procedura per la Promozione della Certificazione e l'Uso dei Marchi/Loghi di Certificazione

2.19 PRO-10 Procedura per le Dispute

2.20 PRO-11 Sospensione o Ritiro dei Certificati

2.21 PRO-13 Trasferimento della Certificazione

3 Definizioni

3.1 Richiedente – L'Azienda responsabile del saldo delle fatture PJR relative alla certificazione accreditata EHS

3.2 Attestato di Certificazione – Un attestato e la relativa documentazione che attesti che la certificazione EHS richiesta dal candidato, secondo la documentazione della valutazione eseguita da PJR, ha avuto esito positivo perché conforme alle relative norme EHS.

3.3 Fase 1 – Valutazione in sede, condotta da PJR, per esaminare la conformità del sistema di gestione EHS (EHSMS) di un'Organizzazione. L'obiettivo della Fase 1 è identificare aspetti ed impatti, pericoli e rischi, focalizzare materiali e protezioni dei lavoratori (EHSMS), politiche, obiettivi e preparazione necessari alla Fase 2.

3.4 Fase 2 - Valutazione on-site, condotta da PJR, per esaminare l'idoneità, l'efficacia e la conformità del sistema EHSMS implementato.

3.5 Pre-valutazione – Controllo informale dell'Organizzazione, condotto da PJR, per la valutazione del sistema EHSMS prima dell'Audit di Fase 1. L'obiettivo della prevalutazione è stabilire l'idoneità alla certificazione.

3.6 Marchio di Certificazione- Logo, approvato da PJR, utilizzato dall'azienda certificata, che promuove l'organizzazione come conforme ad un dato standard.

3.7 Registro – Elenco delle strutture certificate ISO 14001, ISO 45001, RIOS, R2 o e-Stewards.

3.8 Audit di Sorveglianza/di Rivalutazione – controlli post certificazione condotti dagli auditor PJR per verificare la costante conformità alle norme EHSMS.

4 Richiesta di Certificazione

4.1 Il Processo di Certificazione di un'Organizzazione inizia con una richiesta di informazioni, scritta o verbale. In risposta, PJR fornirà all'azienda il modulo F-1ehsms. PJR fornirà, inoltre, se necessario e su richiesta del cliente, ulteriori informazioni/documenti inerenti il proprio sistema di certificazione.

4.2 Il Cliente completa il modulo F-1ehsms (oppure, PJR richiederà le informazioni necessarie via telefono) per fornire a PJR le informazioni preliminari richieste per l'invio di un preventivo.
Qualora il cliente abbia più di una sede, le informazioni fornite attraverso il modulo F-1MSCSupp verranno utilizzate per determinare il tipo di multi-sede.

Sito Unico:
La 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 dove il campionamento è applicabile:
È detta multi-sede un'Organizzazione che abbia una funzione centrale ben definita (ufficio centrale, ma non necessariamente la casa madre dell'Organizzazione) nel quale vengono pianificate, controllate o gestite determinate attività, o dove dette attività vengano interamente

o parzialmente eseguite. Fatta eccezione per l'ufficio centrale, i processi svolti in tutte le altre sedi devono essere dello stesso tipo, e condotti con gli stessi metodi e procedure. (Cfr. la definizione e l'idoneità delle "Aziende Multi-sede" nel testo IAF MD 1.)

Il controllo a campione 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). La strategia del 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 l'anno durante gli audit 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 ad un controllo a campione 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 possano applicare i controlli a campione, sarà necessario tenere conto dell'estensione dell'audit. La strategia scelta dovrà essere 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, tale 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, questi non siano applicabili.

4.3 Se lo scopo dell'attività di un richiedente è simile alla descrizione dell'attività stessa di PJR, PJR respingerà la richiesta. È richiesto che PJR verifichi le proprie risorse e le competenze necessarie alla certificazione di un richiedente, e se PJR non potrà confermare le proprie competenze/risorse per la certificazione di un richiedente, respingerà la richiesta.

4.4 Sulla base delle informazioni fornite dall'Organizzazione, PJR potrà accettare o meno la richiesta. Quando PJR rifiuta una richiesta, le motivazioni vengono documentate sulla "Checklist di approvazione del preventivo" (F-168) e le motivazioni saranno chiarite al cliente. Qualora PJR accetti, stabilirà gli obiettivi, lo scopo ed i criteri degli audit, fornendo un preventivo a copertura delle spese di certificazione e delle successive verifiche di sorveglianza. Il numero richiesto di giorni-uomo per gli audit viene stabilito utilizzando l'apposito foglio di calcolo per i giorni di audit (serie F-114). I fogli di calcolo per i giorni degli audit si basano sui requisiti indicati dall'IAF MD5 (Documento Obbligatorio IAF per la Durata degli Audit SGQ e SGA), dall'IAF MD22 (Applicazione della ISO/IEC 17021-1 alla Certificazione di Sistemi di Gestione per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori), dal Codice delle Pratiche R2, dal Programma di Certificazione RIOS e dalla Norma E-Stewards per il Riciclo Responsabile ed il Riutilizzo delle Apparecchiature Elettroniche.

4.4.1 Sul modulo F-114 dovranno essere indicati il numero degli addetti ed il livello di rischio/complessità. Per EHSMS, il conteggio degli addetti includerà quasi sempre ogni persona nell'edificio. Quando un'alta percentuale di addetti svolge compiti identici o simili, cioè è esposto a rischi simili in materia di OH&S, può essere applicata una riduzione del numero di addetti. Nota: Tale riduzione dovrà essere applicata in modo coerente in tutte le situazioni. La giustificazione alla definizione del conteggio effettivo degli addetti verrà documentata nel modulo F-114.

Per le società che impiegano personale non specializzato temporaneo, tipico dei Paesi in via di sviluppo con un basso livello di tecnologia, la riduzione del numero effettivo di addetti non è adatta all'OH&S poiché l'uso di questo tipo di forza lavoro può aumentare il rischio.

Per OH&S, è possibile aggiungere del tempo agli audit in presenza di un alto tasso di incidenti o infortuni. Al contrario, è possibile ridurre il tempo dell'audit quando il cliente non ha registrato incidenti o infortuni per un periodo di tre anni. La congruità di questa riduzione viene costantemente riesaminata.

Per R2 e RIOS non è consentito l'uso del numero effettivo di addetti. Dovranno essere inclusi nel conteggio tutti i dipendenti coinvolti nelle attività di cui allo scopo della certificazione.

Per i sistemi di gestione per la salute e la sicurezza, qualora il cliente fornisca servizi presso le sedi di un'altra organizzazione, lo scopo del sistema di gestione dovrà includere tali attività. In base ai rischi, PJR dovrà stabilire se i locali delle altre organizzazioni debbano essere visitati fisicamente, e registrare tale decisione. I siti da visitare dovranno essere chiaramente indicati nel piano di audit.

Nel preventivo possono essere compresi i costi delle prevalutazioni, ma vengono esclusi quelli dei controlli successivi extra, consigliati o richiesti per l'esito positivo del processo di certificazione (come, ad es., una ri-visita). Si presume, inoltre, la correttezza delle informazioni fornite dall'Organizzazione, ed il preventivo è soggetto a modifiche che coprano i costi di un eventuale lavoro extra di PJR, causato da informazioni approssimative o incomplete.

4.5 Tutti i preventivi dovranno essere approvati da personale qualificato nelle sedi PJR, o dal Program Manager EHS o, ancora, dal Program Manager-responsabile per il Giappone. Si noti che dopo la Fase 1 (F1) della valutazione, il numero dei giorni-uomo richiesti per la Fase 2 (F2) possono aumentare/diminuire in base ai rilievi indicati dal gruppo di audit.

4.6 Qualora il preventivo sia rivolto ad un'organizzazione che intenda trasferire il proprio Sistema EHSMS accreditato da un altro organismo di certificazione, verrà seguita la Procedura PRO-13, Trasferimento della Certificazione.

4.7 In alcune circostanze, è possibile deviare dai giorni-uomo richiesti per lo svolgimento dell' audit. I documenti IAF MD 5 e IAF MD 22 descrivono in dettaglio le motivazioni alla base dell'incremento o decremento dei giorni-uomo. Lo sconto massimo equivale al 30%. Per i sistemi di gestione integrati, il documento IAF MD 11 consente un'ulteriore riduzione quando permesso da regolamenti specifici di settore.
Nel caso di un'Organizzazione Multi-Sede, i giorni di audit vengono determinati in base alla tabella standard dei giorni di audit, secondo l'effettivo numero di addetti per ogni sede. Nel caso in cui più sedi offrano prodotti, servizi, processi o attività simili (si prega di leggere il testo dell'IAF MD1), potranno effettuarsi controlli a campione. Per i sistemi di gestione per la salute e la sicurezza, quando dovrà decidere in merito ai controlli a campione, PJR terrà in considerazione anche le diverse tecnologie, i macchinari, le quantità di materiali pericolosi impiegate/conservate e i locali/l'ambiente di lavoro. Qualora vengano riscontrate delle nonconformità durante i controlli a campione nelle diverse sedi, le azioni correttive dovranno essere applicate a tutte le sedi, incluse quelle non fisicamente interessate dall'audit.

NOTA: Le norme R2 e e-Steward non ammettono la verifica a campione durante la certificazione iniziale del sito, ma si potrà applicare il documento IAF MD1 in seguito alla verifica ed alla certificazione preliminare di tutte le sedi. Per la norma R2, nell'arco di un ciclo triennale, tutti i siti dovranno essere sottoposti a controlli a campione. Per la norma e-Stewards per poter essere considerate parte della certificazione multi-sede, tutte le sedi dovranno ottenere la certificazione entro 18 mesi dalla certificazione preliminare dell'Organizzazione.

4.8 Qualora l'Organizzazione desideri procedere con la certificazione, PJR le fornirà una copia del contratto insieme al modulo F-3tc, Termini e Condizioni per l'Organizzazione. L'Organizzazione, quindi, dovrà compilare, firmare e restituire una copia del contratto con firma in originale. La ricezione di questo documento da parte di PJR verrà inteso come autorizzazione a procedere.

4.9 Qualora i requisiti per la certificazione subissero continui cambiamenti, tali da rendere necessaria un'implementazione retroattiva, PJR garantisce la comunicazione dei nuovi requisiti al cliente, che dovranno essere soddisfatti/implementati in occasione del successivo audit dell'Organizzazione.

4.10 Prima di procedere alla valutazione, verrà risolta qualsiasi incomprensione tra PJR ed il richiedente.

4.11 Il posticipo o la cancellazione degli audit di Pre-valutazione, Fase 1 e/o Fase 2 da parte dell'Organizzazione, potrebbero comportare il pagamento di una penale di cancellazione, come stabilito dal contratto.

5 Programmare gli Audit

5.1 Dal momento in cui si riceve la copia firmata dell'Accordo di Certificazione, l'Organizzazione viene assegnata ad un Coordinatore del Programma di Audit (Scheduler) per la pianificazione, che avverrà in base alle date indicate dall'Organizzazione. Lo Scheduler contatterà il Responsabile della Gestione per stabilire le attività di audit. In seguito, lo Scheduler verificherà la disponibilità degli auditor più adeguati nelle date indicate. Spesso, questo processo richiede diversi contatti tra il cliente e l'auditor, finché si riesca a stabilire, di comune accordo, una data per le attività di audit.

5.2 In seguito, lo Scheduler invierà al cliente un modulo di Accettazione dell'Audit (serie F-163) o un documento equivalente, che il cliente dovrà firmare e restituire, indicando il proprio consenso per le date di audit proposte, che per l'audit team proposto, in relazione al quale potrà richiedere maggiori informazioni. Il cliente ha anche la facoltà di opporsi all'assegnazione di un determinato auditor o esperto tecnico, fornendo valide motivazioni (ad es.: l'auditor lavora per un'Organizzazione concorrente, ci sono divergenze di tipo personale, ecc.). La presenza e l'autorizzazione di osservatori esterni (ad es., consulenti del cliente, ispettori in accompagnamento dell'ente di accreditamento, o altre persone legittimate) verranno concordate tra PJR ed il cliente prima dell'audit. Lo Scheduler, inoltre, invierà al cliente il modulo F-108, che dovrà essere utilizzato per un'autovalutazione della propria idoneità all'audit di Fase 1.

5.2.1 Qualora sia necessario un interprete, sarà possibile avvalersi della collaborazione di un dipendente bilingue dell'organizzazione esaminata. L'interprete non dovrà essere legato all'area da esaminare, ad es. un membro del reparto contabilità o acquisti potrà fare da interprete per il reparto produzione. L'auditor dovrà contattare la casa madre qualora l'indipendenza/integrità vengano messe in discussione.

5.2.2 Qualora sia necessario un esperto tecnico, il responsabile commerciale avrà il compito di lavorare insieme al cliente per assicurarsi che si tratti di una risorsa locale e competente, indipendente dall'organizzazione. Un ottimo punto di partenza può essere l'Università locale.

5.3 Lo Scheduler creerà una Scheda Audit (F-27*) e la inoltrerà all'/agli auditor, in seguito all'approvazione del Customer Service o di un adeguato delegato internazionale. (*Divisione Giapponese: Lo Scheduler creerà una Scheda Audit (F-54J) e la inoltrerà all'/agli auditor. L'F-54J dovrà essere approvato da un'entità diversa dall'autore.

6 Metodologia degli Audit EHSMS

6.1 Gli audit EHSMS verranno condotti ai sensi della PJR-4 e del Manuale dell'Auditor, e risulteranno composti dai seguenti elementi:

a) Riunione di Apertura con la Direzione Generale dell'Organizzazione, per confermare lo scopo della certificazione, riesaminare il piano di audit e verbalizzare le procedure, presentare l'Audit Team EHSMS e confermare i dettagli rilevanti per gli audit EHSMS.

b) Verifica Dettagliata del sistema EHSMS, tramite ispezione personale, riesame dei documenti, interviste ai dipendenti. Durante la verifica, tutte le nonconformità rilevate verranno discusse, e verbalizzate utilizzando l'apposito modulo Rapporto di Nonconformità o, nel caso della Fase 1, riportandole nel rapporto finale dell'audit EHSMS.

c) Riunione di Chiusura, durante il quale i rilievi dell'audit team vengono presentati all'Alta Direzione dell'Organizzazione. Per gli audit in materia di salute e sicurezza, le eventuali motivazioni per cui il personale responsabile per la salute e la sicurezza non

sia presente alla riunione di chiusura verranno indicate sul Foglio delle Presenze. In particolare, il gruppo di audit:

- Mostra all'Organizzazione le nonconformità rilevate, ed almeno una bozza del rapporto EHSMS.
- Riferisce sull'efficacia del sistema EHSMS e sulle opportunità di miglioramento, senza suggerire nessuna soluzione specifica.

Questa metodologia verrà descritta in maniera più approfondita nei paragrafi 7 ed 8.

6.2 L'Organizzazione ha l'obbligo di assistere l'Audit Team EHSMS nei modi che seguono:

a) Fornire al gruppo di audit EHSMS l'opportuna documentazione, affinché possa stabilire se il sistema EHSMS sia implementato correttamente e perfettamente a norma;

b) Consentire all'audit team EHSMS accesso totale alle strutture, agli addetti, ai documenti, così che possa verificare se il sistema EHSMS dell'Organizzazione sia stato realizzato, effettivamente messo in atto e seguito, e se sia in conformità con la documentazione aziendale e le relative norme di riferimento;
   - Si noti che, secondo il Documento Obbligatorio IAF MD 22: 2019 G 3.3, i servizi aggiuntivi forniti nel campo della Salute e Sicurezza sul Lavoro sono considerati come consulenza sui sistemi di gestione. Ciò comprende il ruolo di coordinatore OHS, la redazione di report in materia di sicurezza, l'esecuzione della valutazione dei rischi, le comunicazioni con le autorità di regolamentazione per conto del cliente e le indagini sugli incidenti.

c) Cooperare in qualsiasi modo richiesto dall'audit team EHSMS, ivi compreso l'accesso ad ogni area dell'Organizzazione, a meno che non esistano precedenti accordi con PJR;

d) Rimuovere completamente le nonconformità.

7 Audit di Fase 1

7.1 PJR effettua gli Audit di Certificazione EHSMS in due fasi, entrambe presso l'Organizzazione, salvo diversi accordi col Program Management EHS. Ai fini di questa procedura, di seguito verranno denominate Audit F1 ed Audit F2. Il LA prepara uno specifico Piano di Audit per la F1, basato sul modulo F-184, Template per il Piano di Audit. Il LA ne fornirà una copia all'Organizzazione, non oltre le 2 settimane precedenti l'audit.

7.2 Solo dopo che il Lead Auditor avrà ricevuto l'F-27 (per la Divisione Giapponese: F-54J) per l'audit di fase 1, questo verrà confermato. Prima dell'audit, il LA contatterà il Rappresentante di Gestione dell'Organizzazione (RG) e discuterà con lui gli aspetti logistici (viaggio, preferenze sull'orario di inizio, ecc.), il tipo di abbigliamento solitamente indossato dai manager dell'Organizzazione (formale, informale, ecc.), ed appena sarà designato l'auditor, verranno stabiliti requisiti specifici per l'audit (come ad esempio informazioni sulla sicurezza e/o sui dispositivi di protezione necessari). Il LA dovrà, inoltre, chiedere al cliente dove opera e dove vende i propri prodotti/offre i propri servizi. Il LA dovrà approfondire i requisiti legali e statutari relativi ai prodotti/servizi del cliente, applicabili nei diversi stati. Una ricerca sul web è il modo migliore per assolvere a questo compito. Il Lead Auditor dovrà contattare tutti i membri dell'audit team per riferire gli accordi sulla logistica, le informazioni sull'abbigliamento tenuto sul luogo di lavoro, ecc. e fornire sia al cliente, che all'audit team, una copia del Piano di Audit.

7.3 Nel giorno ed all'ora stabiliti per l'audit, il Lead Auditor dovrà aprire i lavori con la riunione di apertura. La riunione dovrà essere condotta seguendo l'agenda della riunione di apertura, riportata sull'apposito workbook. Il Lead Auditor dovrà verbalizzare la partecipazione alla riunione di apertura, da parte dell'Organizzazione esaminata, sul Foglio Presenze.

7.4 Ogni auditor dovrà essere accompagnato da una guida, salvo diversi accordi tra il leader del gruppo di audit ed il cliente. Il gruppo di audit dovrà accertarsi che le guide non influenzino o interferiscano sul processo o sull'esito dell'audit.

7.5 L'obiettivo dell'Audit F1 è di accertare l'idoneità del cliente all'audit F2 e fornire un focus per la programmazione dello stesso, attraverso l'acquisizione di una conoscenza più approfondita degli aspetti legati al sistema EHSMS nel contesto aziendale, unitamente agli aspetti/pericoli, impatti/rischi connessi, utilizzo dell'energia, alla politica ed agli obiettivi aziendali.

7.6 Il Lead Auditor dovrà compilare il workbook WB-QESH-ST1. Questo workbook, specifico per la Fase 1, comprende i requisiti della ISO/IEC 17021-1 per la Fase 1, unitamente alle specifiche R2, RIOS ed e-Stewards.

7.7 Gli Auditor non riporteranno le non conformità (sui rapporti di nonconformità), commenti o opportunità di miglioramento durante l'audit di Fase 1. L'obiettivo dell'audit sarà, invece, documentare evidenze oggettive di conformità e nonconformità sul workbook WB-QESH-ST1, in modo da sostenere o meno una raccomandazione a procedere alla Fase 2.

7.8 Alla fine del Rapporto di Fase1, il Lead Auditor dovrà indicare se l'Organizzazione esaminata risulti, o meno, pronta per la Fase 2. Qualora non si ritenga il cliente pronto per la Fase 2, si verificherà una delle seguenti condizioni:

a) *Ripetizione dell'audit di Fase 1*: Nel caso in cui si riscontrassero problemi di rilevante importanza
b) *Rivisita On-site*: Consigliata nel caso in cui l'auditor debba riesaminare on-site le evidenze oggettive del trattamento delle nonconformità e dei problemi riscontrati durante la F1.
c) *Rivisita Off-site*: Consigliata nel caso in cui siano necessarie modifiche alla sola documentazione

Il Lead Auditor dovrà, inoltre, registrare i giorni concordati per la Fase 2 (che verranno elencati sulla Scheda Audit F-27*) e se i giorni concordati per la Fase 2 siano o meno adeguati, oppure se consiglia una durata differente per la Fase 2. Il Rapporto di Audit di Fase 1 dovrà riportare la firma del Lead Auditor e dell'Organizzazione esaminata. (* Divisione Giapponese: verrà utilizzato il modulo F-54J al posto dell'F-27)

7.9 All'ora stabilita, il Lead Auditor terrà la riunione di chiusura con l'Organizzazione esaminata. La riunione di chiusura sarà condotta utilizzando l'agenda per la riunione di chiusura contenuta nell'apposito workbook. Il Lead Auditor dovrà riportare la partecipazione alla riunione, da parte dell'Organizzazione esaminata, sul Foglio delle Presenze. Per gli audit in materia di salute e sicurezza, sarà necessario indicare le eventuali motivazioni per cui il personale responsabile per la salute e la sicurezza non sia presente alla riunione di chiusura.

7.10 Il workbook WB-QESH-ST1, debitamente compilato, unitamente all'eventuale documentazione di supporto, dovrà essere caricato in Share Point entro una settimana dalla data dell'audit. (Nota: Le divisioni internazionali potrebbero avere tempistiche diverse per l'invio della documentazione).

7.11 Una volta ricevuto il pacchetto di audit F1, un membro competente del Comitato Esecutivo di PJR lo esaminerà e deciderà se approvare o meno la proposta del Lead Auditor di passare alla F2. La decisione del membro del Comitato Esecutivo verrà riportata in calce al rapporto dell'audit di Fase 1, e registrata su PJView. Inoltre, qualora il Lead Auditor suggerisca che i tempi concordati per la F2 non siano adeguati, l'ufficio PJR farà in modo di modificarli. Qualora cambiassero i tempi concordati per la Fase 2, il Responsabile commerciale riceverà una richiesta di rettifica.

7.12 I problemi relativi all'audit di F1 sono potenziali nonconformità per l'audit di F2. L'Organizzazione esaminata dovrà, quindi, elaborare delle azioni correttive per risolvere questi problemi, che verranno riesaminati dall'auditor durante la F2. Il Lead Auditor può richiedere che le evidenze di correzione siano inviate in anticipo, affinché possa riesaminarle.

7.13 In alcuni casi, la Fase 2 viene già programmato durante la Fase 1. I risultati della Fase 1 potrebbero rendere necessario un rinvio della Fase 2. Il Lead Auditor dovrà comunicarlo chiaramente all'organizzazione esaminata. Nel caso in cui si verifichino importanti modifiche al sistema di gestione, a causa dei risultati della Fase 1 o della durata dell'intervallo tra Fase 1 e Fase 2, potrebbe rendersi necessario ripetere la Fase 1.

8 Audit di Fase 2

8.1 Sulla base dell'esito dell'Audit di Fase 1, il Lead Auditor preparerà la bozza del piano di audit (F-184) per l'Audit di Fase 2. Solitamente, l'intervallo tra gli audit F1 e F2 corrisponde ad un minimo di 6 settimane, e non più di 90 giorni. Saranno ammesse delle eccezioni, che dovranno essere approvate dal Program Management EHS. Le relative giustificazioni dovranno essere registrate.

8.1.1 Per quanto riguarda le aziende italiane, l'intervallo standard tra F1 e F2 ha una durata di circa 15 giorni solari. In particolari circostanze, i tempi possono ridursi, ma è necessario fornire una valida motivazione. PJR richiede all'Organizzazione di fornire una liberatoria con la quale ci si assume la responsabilità dei rischi relativi ad intervalli di tempo inferiori ai 15 giorni. La liberatoria si ottiene compilando il modulo F-163.it.

8.2 Gli obiettivi dell'Audit di F2 sono:

a) confermare che l'Organizzazione rispetti la propria politica, i propri obiettivi e le proprie procedure;
b) confermare che l'EHSMS rispetta tutti i requisiti delle norme comprese nello scopo della certificazione;

8.3 La riunione di apertura deve essere condotta seguendo l'agenda della riunione di apertura indicata nel workbook WB-QEHS-ST2. Il Lead Auditor dovrà, inoltre, consegnare ai partecipanti il Foglio Presenze~~,~~ per registrare la partecipazione alla riunione di apertura.

8.4 La prima parte dell'audit on-site è l'effettiva conclusione dell'audit di Fase 1. Il Lead Auditor della Fase 1 (che di solito è anche il Lead Auditor durante la Fase 2) dovrà verificare le correzioni apportate nei confronti delle nonconformità e/o dei problemi nelle relative aree di interesse riscontrati durante la Fase 1. Il Lead Auditor dovrà documentare, in maniera chiara, le evidenze oggettive riscontrate, così da confermare che i problemi/le nonconformità siano stati affrontati. (Nota: L'Organizzazione esaminata dovrà solo inviare le correzioni effettuate in merito ai problemi/le nonconformità riscontrati in Fase 1. Non sono necessarie le analisi delle cause primarie, né le azioni correttive).

8.5 A questo punto, iniziano le operazioni di Fase 2, seguendo le indicazioni del piano di audit. Il Lead Auditor avrà il compito di assicurare che i membri del gruppo di audit con competenze nei processi dell'organizzazione esaminata (ad esempio un membro del gruppo di audit competente nel codice IAF dell'Organizzazione verificata), e sui requisiti legali e/o di altra natura, siano incaricati di valutare le rispettive aree. Ogni auditor dovrà essere accompagnato da una guida, salvo diversi accordi tra il gruppo di audit ed il cliente. Il gruppo di audit dovrà assicurarsi che la guida non influenzi e/o interferisca con il processo o l'esito dell'audit. Durante l'audit, il gruppo dovrà valutare, ad intervalli regolari, i progressi dell'audit stesso, e favorire lo scambio di informazioni.

Il Lead Auditor, se necessario, dovrà, inoltre, riassegnare il lavoro all'interno del gruppo di audit ed informare il cliente sui progressi dell'audit e/o eventuali problemi riscontrati. Il Lead Auditor avrà anche il compito di verificare l'adeguata programmazione delle riunioni per il gruppo di audit, ecc. Si noti che solo il 10% del tempo totale on-site degli audit EHS sarà dedicato alle attività di verbalizzazione. Eventuali modifiche al piano di audit dovranno essere annotate e sottoposte al parere dell'ufficio PJR, unitamente al pacchetto di audit.

8.6 Sarà impiegato il massimo impegno nell'esaminare i processi aziendali proprio nel luogo in cui vengono eseguiti. Le evidenze degli audit, raccolte attraverso le interviste, dovranno essere verificate con l'acquisizione di informazioni di supporto da fonti indipendenti, come osservazioni, verbali e risultati di misurazioni correnti. Nomi, incarichi e turni di lavoro degli intervistati dovranno essere riportati sul documento di lavoro, che si trova all'interno del workbook. Il gruppo di audit dovrà riportare, sul documento di lavoro, numerose note sulle conformità e nonconformità. Queste, dovranno essere organizzate secondo i processi dell'Organizzazione, e non secondo il riferimento alle norme per cui vengono esaminati. Non verranno accettati documenti di lavoro compilati in maniera insufficiente o in base al riferimento normativo, che saranno respinti dal Comitato Esecutivo.

8.6.1 Per quanto concerne gli audit in materia di salute e sicurezza, il Gruppo di audit dovrà intervistare dirigenti con responsabilità legale in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, rappresentanti dei lavoratori con responsabilità in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, personale addetto al monitoraggio della salute dei lavoratori, manager e dipendenti a tempo indeterminato e determinato. Si dovranno, inoltre, registrare le motivazioni per eventuali interviste da remoto.

8.7 Saranno gli Auditor a scegliere l'oggetto del campionamento. Il Cliente non ha l'autorizzazione per farlo. (Si prega di far riferimento alla comunicazione interna PJR #21 "Note dei valutatori sulla documentazione del cliente e sul campionamento della documentazione". Il campionamento da parte dell'auditor comprende elementi importanti per dare all'audit di un'Organizzazione il giusto valore aggiunto. Un adeguato campionamento rende possibile valutare con efficacia le operazioni dell'Organizzazione in merito ai sistemi SGA/EHSMS/QEH&S/e-Steward/SGEn della stessa, ed individuarne i punti di debolezza. È importante ricordare che il termine "campionamento" suggerisce una selezione casuale delle evidenze all'interno di un processo ben definito. Per questo motivo, gli auditor non devono dimenticare di selezionare "in maniera attiva" quei processi, che un esame preliminare ha rilevato come associati a reclami da parte dei clienti, a resi del prodotto, aspetti significativi, programmi ambientali o nonconformità interne. Uno storico delle prestazioni (o carenza di prestazioni) potrebbe essere utile a fornire un "focus" di base al campionamento.

8.8 Nel caso in cui sussistano delle evidenze oggettive a supporto di una nonconformità, si dovrà verbalizzare riportando:

8.8.1 Dichiarazione di nonconformità,

8.8.2 Riscontro di Evidenza Oggettiva, che supporta la dichiarazione di nonconformità e

8.8.3 Citazione dei requisiti che vengono disattesi.

8.9 Qualora il Lead Auditor individui una nonconformità maggiore, nel corso dell'audit, dovrà riferirne immediatamente al Rappresentante della Direzione, o ad una figura equivalente. Allo stesso modo, vanno comunicate immediatamente anche eventuali inadempienze relative a requisiti cogenti. In quest'ultimo caso, verrà documentata una nonconformità ai sensi dei relativi requisiti del sistema di gestione. In entrambi i casi, sarà necessario contattare il Program Management di PJR. In caso di audit che si protraggano per più giorni, il Lead Auditor dovrà tenere, insieme al gruppo di audit ed al Rappresentante di Direzione, un meeting

riepilogativo dei rilievi e delle osservazioni della giornata.

8.10 Qualora, nel corso dell'audit, uno dei membri del gruppo di audit individui una sospetta nonconformità maggiore, dovrà informarne immediatamente il Lead Auditor. (Ci si aspetta che i membri del gruppo di audit evitino di classificare le nonconformità nel corso dell'audit; la classificazione delle nonconformità è compito del Lead Auditor, che stila una definizione delle nonconformità e della loro entità).

8.11 Le nonconformità maggiori, spesso, richiedono una rivisita. Qualora il Lead Auditor sia consapevole del rilevamento di una nonconformità maggiore, dovrà contattare immediatamente il Program Manager EHS, oppure il Program Manager per il Giappone, un membro del Comitato Esecutivo o un altro contatto internazionale competente in materia, per stabilire la necessità di una successiva rivisita on-site. In seguito, il Lead Auditor verrà messo in contatto con la Divisione di Scheduling per programmare una data specifica per la rivisita, preferibilmente prima che il Lead Auditor lasci la sede dell'Organizzazione in questione.

8.12 Se le evidenze di audit a disposizione indicano che gli obiettivi dell'audit sono irrealizzabili, e lungo il corso dell'audit appare evidente che il LA non sarà nelle condizioni di poter raccomandare l'Organizzazione alla certificazione a causa di gravi carenze nel sistema EHSMS, a causa della presenza di un rischio immediato e significativo (ad es. nell'ambito della sicurezza), o appare evidente la necessità di una rivisita per la chiusura di una o più nonconformità maggiori, dovrà informarne il Rappresentante di Direzione e contattare, in Sede Centrale, il Program Manager EHS o il Program Manager per il Giappone, per stabilire le misure più adatte. Tali misure possono comprendere la chiusura dell'audit. Il Program Manager EHS, o suo delegato, ed il LA valuteranno le seguenti opzioni: a) completare l'audit con la consapevolezza che sarà necessaria una rivisita dell'Organizzazione o b) terminare l'audit. Il Lead Auditor informerà delle opzioni il Rappresentante della Direzione, e darà un suo parere in merito. È importante che la decisione presa venga immediatamente comunicata al Program Manager EHS o al Program Manager per il Giappone, in quanto spesso situazioni di questo tipo implicano modifiche alle condizioni contrattuali.

8.13 Il Lead Auditor, con le indicazioni del gruppo di audit, dovrà completare il Rapporto Finale contenuto nel workbook WB-QEHS-ST2. Il rapporto si basa sui requisiti della ISO/IEC 17021-1, e sui requisiti R2, RIOS ed e-Stewards.

8.14 Dopo che il gruppo di audit avrà concluso l'audit stesso, e prima della riunione di chiusura, il Lead Auditor riunirà il gruppo di audit e prenderà visione dei suoi rilievi, e di tutte le informazioni, relative agli obiettivi dell'audit, che avrà raccolto durante l'audit stesso. Il Lead Auditor dovrà esaminare il Documento di Lavoro dell'Audit, per accertarsi che tutti i riferimenti normativi siano stati esaminati, in modo appropriato.

8.15 A questo punto, il gruppo di audit consegna al Lead Auditor tutti i documenti di lavoro ed i moduli richiesti, ivi compresi la Dichiarazione di Collaborazione, di Riservatezza e l'Accordo di Non-Divulgazione.

8.16 Una volta terminata la riunione dell'auditor, viene chiamato il Rappresentante di Direzione, al/alla quale viene comunicato l'esito del processo di audit. I rilievi dell'audit saranno esaminati insieme al Rappresentante della Direzione con l'obiettivo di individuare le cause principali delle nonconformità prima della Riunione Finale.

8.17 La riunione di chiusura sarà condotta utilizzando l'Agenda della Riunione di Chiusura contenuta nel Workbook WB Supplement. Il Lead Auditor dovrà, inoltre, consegnare il Foglio Presenze per registrare la partecipazione alla riunione di chiusura. Qualsiasi opinione divergente in merito ai rilievi dell'audit, o alle questioni sorte tra il gruppo di audit ed il cliente, verranno discusse e risolte, ove possibile. Qualsiasi opinione divergente che non trovi soluzione dovrà essere messa a verbale nella sezione "Riserve dell'Organizzazione" del Modulo Accettazione dei rilievi.

8.17.1 Per gli audit in materia di salute e sicurezza, si dovranno registrare le eventuali motivazioni per cui il personale responsabile per la salute e la sicurezza non sia presente alla riunione di chiusura.

8.18 Il Lead Auditor e l'Organizzazione esaminata dovranno confermare l'effettiva presenza di criticità durante l'audit, e tutte le nonconformità riportate sul Modulo Accettazione dei Rilievi da parte dell'Organizzazione Esaminata. Al termine dell'audit on-site, il Lead Auditor consegnerà all'Organizzazione un Rapporto di Audit cartaceo.

8.19 Il Lead Auditor dovrà caricare in Share Point l'intero pacchetto di audit, entro una settimana dal termine dell'audit. Altri eventuali documenti cartacei, dovranno essere trasmessi via fax. Per un corretto invio del pacchetto di audit, gli auditor dovranno attenersi alle direttive della comunicazione interna PJR #6. (Nota: Le divisioni internazionali potrebbero avere direttive diverse per l'invio del pacchetto di audit).

8.20 L'Organizzazione esaminata avrà a disposizione 60 giorni di tempo dalla riunione di chiusura per inviare un piano delle azioni correttive relativo alle nonconformità **minori** riscontrate durante il corso dell'audit. (L'auditor è invitato a stabilire, insieme al cliente, una data di chiusura per i RNC, che andrà riportata sul Rapporto di Audit). Si noti che un piano delle azioni correttive comprende un piano d'azione per la correzione, che sia il risultato di un'analisi delle cause primarie e di un piano per le azioni correttive. Per quanto riguarda le nonconformità **maggiori**, l'Organizzazione esaminata dovrà inviare le evidenze oggettive relative all'implementazione delle azioni correttive. Per quanto riguarda la Fase 2 RIOS e gli audit di rinnovo, affinché si possa ottenere un esito positivo, le azioni correttive per le nonconformità maggiori e minori dovranno essere totalmente implementate.

8.21 Qualora il Lead Auditor accetti il piano delle azioni correttive (per le nonconformità minori), o le evidenze dell'implementazione delle azioni correttive (per le nonconformità maggiori), ad eccezione di RIOS, dovrà caricare su PJView i piani/le evidenze delle azioni correttive dell'Organizzazione esaminata entro 75 giorni dal termine dell'audit. Qualora i piani/le evidenze delle azioni correttive dell'Organizzazione esaminata non vengano approvate, il Lead Auditor dovrà informarne il proprio ASA.

8.21.1 Qualora 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 prima di esprimere una raccomandazione per la certificazione. I piani per le Azioni Correttive non sono mai stati accettati in relazione alle nonconformità maggiori, ma ora, nella Fase 2, esiste anche un limite temporale per l'implementazione delle correzioni/azioni correttive.

8.22 Qualora fosse necessaria una rivisita, si dovrà compilare la sezione Rapporto di Rivisita all'interno del workbook. La testata del workbook dovrà includere sia il numero dell'audit originario, sia quello della rivisita. Qualora l'auditor non possa chiudere una nonconformità maggiore durante la rivisita, sarà necessario contattare il Program Manager EHS. La nonconformità maggiore resterà aperta. Il Program Manager indicherà all'auditor se sia necessario documentare ulteriori rilievi.

9 Classificazione dei Rilievi

10.1 Le nonconformità vengono definite come segue:

a) *Maggiori:* Assenza totale di un elemento tra i requisiti del sistema; una serie di nonconformità minori che, prese nel loro insieme, indicano il malfunzionamento totale di un elemento tra i requisiti del sistema; una situazione che, in base ad evidenze oggettive, sollevi seri dubbi sulla capacità del sistema EHSMS di realizzare la politica e gli obiettivi dell'Organizzazione. L'assenza di un "dovere", oppure un processo che potrebbe lasciare senza controllo i pericoli/gli aspetti ambientali di una struttura causando, di conseguenza, un danno ambientale, e rischi in materia di salute e sicurezza.

b) *Minore:* Il mancato adempimento di un requisito del sistema di gestione.

10 Decisione sulla Certificazione

10.1 In seguito alla risoluzione delle nonconformità dell'audit, l'Assistente di Supporto all'Audit (ASA) riesamina il pacchetto per verificarne la completezza, utilizzando la checklist F-67ehs. In seguito a questa riesamina, il pacchetto viene inoltrato al Comitato Esecutivo per l'approvazione finale.

10.2 Un membro competente del Comitato Esecutivo riesamina il pacchetto secondo i criteri del modulo F-67ehs e decide in merito alla certificazione. I Membri del Comitato Esecutivo dovranno firmare il modulo F-71ex, "Dichiarazione di disponibilità del Comitato Esecutivo/Rappresentante della certificazione", prima di completare il riesame di un pacchetto di audit, allo scopo di confermare l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse, e garantire che né l'auditor né il suo datore di lavoro abbiano un rapporto, di qualsiasi genere, con il cliente.

10.2.1 Per le norme in materia di salute e sicurezza, la certificazione prevede la piena conformità legale. Qualora un'organizzazione non sia conforme ai requisiti cogenti, dovrà dimostrare un piano di rientrodip per raggiungere la piena conformità entro una data specifica. Tale piano dovrà comprendere della documentazione di supporto da parte dell'autorità di regolamentazione competente.

10.2.2 PJR potrà comunque concedere la certificazione qualora vi siano evidenze oggettive che il sistema di gestione dell'organizzazione per la salute e la sicurezza sia in grado di raggiungere la piena conformità verso i requisiti cogenti entro i termini stabiliti; siano stati affrontati tutti i pericoli/rischi per i lavoratori/il personale esposto; non ci siano attività, processi o situazioni che potrebbero causare gravi lesioni o malattie e durante il periodo di transizione, siano stati predisposti controlli per la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza.

10.2.3 Il rapporto di audit di PJR dovrà descrivere, in modo chiaro, le evidenze circa la capacità del sistema di gestione dell'organizzazione per la salute e la sicurezza di soddisfare i propri obblighi di conformità.

10.3 Qualora il pacchetto di audit da riesaminare fosse redatto in una lingua diversa dall'inglese, sarà necessario tradurre almeno il piano di audit, le nonconformità e le relative azioni correttive e, ove richiesto, le evidenze oggettive ed il Rapporto Finale. Qualora il membro del comitato esecutivo dovesse avere ulteriori richieste, queste saranno opportunamente inoltrate.

10.4 PJR emette un Attestato di Certificazione per i pacchetti di audit che ottengono l'approvazione alla certificazione da parte del Comitato Esecutivo, specificando le Norme pertinenti. L'Attestato di Certificazione ha validità triennale dalla data di emissione. In seguito alla consegna dell'Attestato di Certificazione, l'Organizzazione riceverà un Questionario sulla Soddisfazione del Cliente (F-18).

10.5 PJR è la sola autorità garante degli Attestati di Certificazione PJR. Gli Attestati ed i Rapporti di Audit sono di proprietà di PJR. Gli Attestati sono realizzati sulla base delle linee guida indicate nell'Istruzione di Lavoro WI-4.

10.6 In caso di eventuali modifiche allo scopo, l'Organizzazione dovrà informarne PJR tramite una comunicazione scritta sulla natura della modifica proposta. Verrà in seguito richiesto un Audit per l'Estensione dello Scopo, allo scopo di valutare tale modifica. La durata di tale Audit dipenderà dal tipo di modifica richiesta.

11 Audit di Sorveglianza e Rinnovo EHSMS

11.1 Gli audit di sorveglianza e rinnovo seguono sostanzialmente gli stessi processi già indicati per gli audit di Fase 2. Prima dell'audit, i clienti il cui scopo comprende le norme R2, RIOS o ISO 45001 dovranno compilare il modulo F-108r2supp, che permetterà di verificare che il tempo degli audit di sorveglianza o rinnovo sia stato adeguatamente stabilito, in base ai rivenditori ed alle attività di lavorazione, oltre che alle precedenti nonconformità. Per i clienti ISO 45001, o i clienti che effettuano la migrazione dalla OHSAS 18001 alla ISO 45001, il completamento di questo modulo garantisce la raccolta di opportune informazioni sul personale che lavora lontano dalla sede dell'organizzazione, i lavoratori a contratto/subappaltatori che lavorano sotto il controllo dell'organizzazione, ecc., che possano influire sui tempi di audit.

11.2 L' Attestato di Certificazione ha una validità di tre anni, ed è soggetto alla continua conformità alle norme. PJR monitora la conformità attraverso continui Audit di Sorveglianza, condotti almeno una volta l'anno. La data dell'audit di Sorveglianza viene determinata in base al giorno iniziale dell'audit di Certificazione o di Rinnovo. Il primo audit di Sorveglianza, successivo all'audit di F2, dovrà tenersi entro 12 mesi dall'emissione del certificato. A determinare la frequenza degli audit di Sorveglianza saranno le dimensioni e la complessità della struttura dell'Organizzazione certificata, insieme al numero ed all'entità delle nonconformità rilevate. Nella maggior parte dei casi, i pacchetti degli audit di Sorveglianza vengono riseminati con le stesse modalità dei pacchetti degli audit di F1 e F2. In altri casi, ove permesso dai regolamenti di una data norma, i pacchetti degli audit di sorveglianza degli auditor particolarmente competenti non sono soggetti a riesame indipendente, a meno che non vengano documentate nonconformità maggiori o venga modificato lo scopo della certificazione.

11.3 Scopo principale degli audit di sorveglianza è verificare la continua efficacia, ed il continuo miglioramento, del sistema EHSMS del cliente. Il Lead Auditor dovrà accertarsi di rispondere correttamente alle domande dedicate agli audit di sorveglianza o rinnovo, riportate nel Rapporto Finale.

11.4 Quando riceve l'incarico per un audit di sorveglianza o rinnovo, il Lead Auditor riceverà anche una copia degli eventuali documenti di nonconformità riscontrate nel corso del precedente audit, unitamente ad una copia del Rapporto Finale. Gli Auditor hanno il compito di verificare l'implementazione delle azioni correttive attivate nei confronti delle nonconformità. Per la norma RIOS, gli auditor dovranno verificare l'implementazione delle azioni correttive a partire dal biennio precedente. Nel caso in cui, per qualsivoglia motivo, il Lead Auditor non riceva dalla Casa Madre una copia dei rapporti di nonconformità e del Rapporto Finale, dovrà richiederne copia al cliente. Nel caso in cui il cliente non ne sia in possesso, il Lead Auditor dovrà contattare la Casa Madre. Il Lead Auditor dovrà indicare la verifica sull'efficacia delle azioni correttive sul rapporto di audit. Verranno considerati incompleti tutti i pacchetti relativi agli audit di Sorveglianza e Rinnovo in cui sarà assente l'evidenza della verifica sulle nonconformità degli audit precedenti.

11.5 Gli Audit di Sorveglianza sono regolati da un Piano per gli Audit di Sorveglianza (F-184), elaborato dal Lead Auditor. Il workbook WB-QEHS-ST2 descriverà nel dettaglio i parametri da seguire durante la sorveglianza. Per la norma RIOS, si dovranno verificare le aree operative ed i requisiti RIOS per cui siano state rilevate delle nonconformità negli ultimi 2 anni.

11.6 PJR si riserva il diritto di condurre degli Audit di Sorveglianza Speciali durante il Periodo di Certificazione. Gli Audit di Sorveglianza Speciali seguono lo stesso formato degli Audit di F2. Le circostanze che possono provocare gli Audit di Sorveglianza Speciali comprendono, ma non si limitano alle seguenti:

a) L'Organizzazione desidera estendere o ridurre lo Scopo della propria Certificazione; Le richieste di estensione dello scopo spesso richiedono che l'Organizzazione compili un nuovo modulo di richiesta (serie F-1), oppure, a discrezione del Program Manager EHS, l'Organizzazione dovrà fornire una spiegazione scritta relativa all'estensione dello scopo. Il Program Manager EHS, o suo delegato, verificherà la richiesta di estensione dello scopo e la tempistica relativa alla richiesta del cliente, stabilendo se sia necessario un audit speciale/dietro breve preavviso, oppure se la modifica richiesta si possa valutare durante l'audit di sorveglianza successivo.
b) Reclami dai clienti, o di altro genere (ad es. Enti Regolatori), suggeriscono a PJR che le nonconformità possano essersi sviluppate all'interno di elementi o processi esecutivi del sistema EHSMS;
c) L'Organizzazione implementa, o desidera implementare, un cambiamento significativo al sistema EHSMS. Questo comprende modifiche nella proprietà, all'indirizzo o nei reparti strategici. Secondo il contratto PJR, l'Organizzazione dovrà informare PJR, attraverso una comunicazione scritta, circa ogni modifica di rilievo. (Nota per la norma R2: In caso di trasferimento di un sito presso dei nuovi locali/un nuovo indirizzo, gli audit verranno condotti entro 30 giorni dal completamento del trasferimento).
d) Situazioni di sospensione;
e) Un altro genere di audit straordinario è la rivisita che si rende necessaria in seguito al rilevamento di nonconformità maggiori durante un audit. Non tutte le nonconformità maggiori richiedono una rivisita. La necessità o meno, viene stabilita di comune accordo tra il Lead Auditor ed il Program Manager EHS (oppure, un partner internazionale di pari grado).
f) Per quanto riguarda salute e sicurezza, un incidente grave o una grave violazione della regolamentazione possono richiedere un audit speciale per confermare se il sistema di gestione abbia funzionato in modo efficace e non sia stato compromesso.

11.7 Nel terzo anno del periodo di certificazione, PJR conduce una rivalutazione totale del sistema EHSMS. Prima dell'audit, i clienti con R2 o RIOS nel proprio scopo sono tenuti a compilare il modulo F-108r2supp. Questo garantirà la corretta assegnazione del tempo di audit in base ai rivenditori ed alle attività di lavorazione, oltre che alle precedenti nonconformità. Gli Auditor incaricati di completare un audit di rinnovo, riceveranno una copia del Riesame del Triennio Precedente (serie F-118), completato sullo storico degli audit del cliente relativi ad un determinato ciclo. Il Riesame del Triennio Precedente contiene una sintesi delle nonconformità documentate durante il ciclo di certificazione. Inoltre, gli Auditor riceveranno una copia di tutti i rapporti di audit ed ogni nonconformità/relativa azione correttiva pertinente il ciclo precedente. Il Riesame del Triennio Precedente, i rapporti di audit relativi agli audit precedenti nell'ambito di un dato ciclo ed ogni nonconformità/relativa azione correttiva dovranno essere riesaminati prima dell'audit di rinnovo, e servire da input per la pianificazione degli audit. La documentazione fornita potrebbe indicare che l'auditor necessiterà di un tempo aggiuntivo per l'esame di un determinato processo/area in base alle prestazioni passate del cliente nell'audit di quel determinato processo/area.

11.7.1 In particolari circostanze, PJR potrà disporre che venga condotto un audit di Fase 1 prima di un audit di rinnovo. Ciò potrebbe succedere nel caso in cui si verifichino modifiche rilevanti nell'organizzazione esaminata, nel suo sistema di gestione o in caso di scarse prestazioni del sistema di gestione. La decisione in merito alla necessità o meno dell'audit di Fase 1 è compito del Program Manager EHS o di un suo delegato. Tale decisione verrà documentata nel Riesame del Triennio Precedente. La gravità delle circostanze che portano all'audit di Fase 1 prima del rinnovo, determineranno se l'audit di Fase 1 sarà on-site oppure off-site, la sua durata, e se l'audit di Fase 1 sarà

completo, come precedentemente descritto, oppure se solo alcuni aspetti del sistema di gestione del cliente richiedano un riesame. Dovrà esserci un arco di tempo sufficiente tra l'audit di Fase 1 e l'audit di rinnovo, affinché l'organizzazione possa affrontare tutti i problemi che potrebbero scaturire dalla Fase 1.

11.8 Gli Auditor dovranno accettare le azioni correttive entro 75 giorni dall'audit di sorveglianza o di rinnovo. L'implementazione delle azioni correttive, in risposta alle nonconformità individuate durante l'audit di sorveglianza o di rinnovo, sarà verificata durante l'audit immediatamente successivo, fatta eccezione per le nonconformità maggiori e per RIOS.

11.8.1 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 dovrà implementare delle correzioni/azioni correttive in meno di 60 giorni.

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

11.8.3 Qualora il certificato sia scaduto, PJR potrà emettere un nuovo certificato entro sei mesi, a patto che le attività di rinnovo in sospeso vengano completate; in caso contrario, sarà necessario condurre almeno un audit di Fase 2. La data effettiva della scadenza del nuovo certificato sarà coincidente o successiva alla data di decisione per il rinnovo. La data di scadenza sarà basata sul ciclo di certificazione precedente.

12 Uso del Logo

12.1 L'uso del logo PJR e dei loghi dei nostri enti di accreditamento viene descritto dalla procedura PRO-3.

13 Sospensione, Ritiro o Cancellazione della Certificazione

13.1 PJR si riserva il diritto di sospendere, ritirare o revocare l'Attestato di Certificazione in qualsiasi momento, durante i tre anni del periodo di certificazione, nel rispetto della procedura PRO-11 di PJR.

13.2 Le informazioni su incidenti come un incidente grave o una grave violazione della normativa che coinvolge l'autorità di regolamentazione competente, che può essere fornita dal cliente o appresa tramite un audit speciale, qualora si riesca a dimostrare che il sistema di gestione non è riuscito a soddisfare i requisiti di certificazione di salute e sicurezza, possono rappresentare un motivo per cui PJR decida di sospendere o revocare il certificato.

14 Ricorsi

14.1 Il Cliente, o qualsiasi parte interessata, può inoltrare un ricorso contro le decisioni di PJR. L'appellante dovrà implementare il ricorso seguendo le indicazioni della Procedura PJR PRO-10.

15 Continuità Lavorativa e Disaster Recovery

15.1 Ove i clienti siano soggetti a calamità naturali quali uragani, tsunami e terremoti, o altre circostanze devastanti, come ad esempio minacce terroristiche, hackeraggio informatico, tensioni geopolitiche, pericoli di pandemie o scioperi lavorativi, PJR valuterà singolarmente la situazione di ogni cliente, per determinare quali siano le azioni più adeguate da intraprendere. Per facilitare questo processo di valutazione, PJR chiederà alle aziende di fornire le seguenti informazioni:

1) In quale misura la situazione influenza il sistema di gestione?
2) Quando, l'Organizzazione, sarà in grado di operare?
3) Quando, l'Organizzazione, sarà in grado di esportare i propri prodotti o fornire i propri servizi, stabiliti dallo scopo della certificazione in corso?
4) L'Organizzazione avrà necessità di utilizzare sedi di produzione e/o distribuzione alternative? Se sì, sono già coperte dall'attuale certificazione, oppure sarà necessario sottoporle a valutazione?
5) Le giacenze di magazzino attualmente a disposizione sono sufficienti a soddisfare le richieste dei clienti, oppure sarà necessario contattarli per chiedere eventuali proroghe?
6) Ove possibile, è stato implementato un piano di disaster recovery o un piano di risposta alle emergenze? È stato efficace?
7) Qualcuno dei processi e/o servizi offerti o esportati è stato appaltato ad altre aziende? Se sì, in quale modo il cliente certificato controlla le attività dell'Organizzazione in questione?

Inoltre, per garantire la continua efficacia del sistema, e stabilire l'idoneità alla certificazione in tempi brevi, PJR potrebbe richiedere documenti fondamentali come i verbali di riesame della direzione, le registrazioni delle azioni correttive, gli esiti degli audit interni, e lo stato dei controlli di processo.

Le aziende che in seguito all'audit di rinnovo non sono più idonee alla certificazione, dopo la scadenza del proprio attestato dovranno procedere ad una nuova certificazione. Gli audit di sorveglianza potranno essere posticipati per un periodo massimo di 3 mesi dalla data dell'audit. Le aziende che posticiperanno gli audit di sorveglianza oltre i 3 mesi, dovranno optare per una sospensione volontaria della propria certificazione. Nel caso in cui un cliente abbia già rimandato di tre mesi il proprio audit, la sospensione volontaria della certificazione potrà durare altri tre mesi. Alla fine del periodo di sospensione volontaria, sarà necessario condurre un altro audit di rinnovo, pena il ritiro della certificazione.

16 Riservatezza

Fatta eccezione per eventuali disposizioni di legge, statutarie, diverse disposizioni da parte delle giurisdizioni governative, o degli enti di accreditamento, PJR tratta con la massima riservatezza qualsiasi informazione entri in suo possesso nel corso della valutazione o certificazione dei sistemi EHSMS di un'Organizzazione. PJR, ivi compresi gli auditor, lo staff amministrativo, i Responsabili del Comitato Esecutivo per la Certificazione, il Comitato Consultivo, ed ogni impiegato o consulente esterno, si impegna a non diffondere, senza consenso scritto da parte del Cliente, tali informazioni ad alcuna eventuale terza parte, nel rispetto delle normative e/o disposizioni vigenti. Nel caso in cui la diffusione di tali informazioni si renda necessaria per motivi legali, PJR rilascerà le informazioni richieste e ne informerà tempestivamente il cliente certificato, tramite una comunicazione scritta. Si prega di conservare copia firmata del Codice di Condotta ed Etico degli Auditor (F-176) come prova dell'accordo di riservatezza in merito alle informazioni confidenziali.