Perry Johnson Registrars, Inc.

Procedura di certificazione

PJR offre servizi di certificazione alle società che sono alla ricerca di una valutazione indipendente della conformità del loro sistema di gestione (Qualità, Ambiente, Salute e Sicurezza, Energia, Sicurezza Informatica, etc.). La certificazione in base a norme internazionali sui sistemi di gestione è un processo rigoroso e dettagliato. La presente procedura evidenzia l'intero processo di certificazione, mediante un approccio step by step dalla domanda di certificazione 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 5

3 RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE 6

4. PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT 12

5 FASE 1 13

6 FASE 2 15

7 AUDIT DI SISTEMI DI GESTIONE INTEGRATI 21

8 CERTIFICAZIONE 22

9 AUDIT DI SORVEGLIANZA E DI RINNOVO 24

10 SOSPENSIONE DEL CERTIFICATO, REVOCA, RIDUZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE 29

11 DISPUTE 30

12 BUSINESS CONTINUITY E RIPRESA DA SITUAZIONI DI DISASTRO 30

13 RISERVATEZZA 30

14 AUDIT IN ACCOMPAGNAMENTO 31

15 FIRMA ELETTRONICA 31

APPENDICE A: NOTE INTEGRATIVE 33

APPENDICE B: CERTIFICAZIONI FSSC CON PIÙ DI UNA SEDE 53

APPENDICE C: AUDIT DA REMOTO 55

APPENDICE D: AUDIT VIRTUALI FSSC 56

1 Riferimenti

1.1 ISO/IEC 17021-1 Valutazione della conformità – Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione

1.2 ISO/TS 22003 Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare

1.3 ISO/IEC 20000-6 Information Technology – gestione del servizio – requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione dei sistemi di gestione del servizio.

1.4 ISO/IEC 27006 Information Technology – tecniche di sicurezza – requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazioni dei sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni.

1.5 UNI EN ISO 19011 Linee guida per audit di sistemi di gestione

1.6 Regolamento ACCREDIA RG-01 Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione, Ispezione, Validazione e Verifica – Parte Generale.

1.7 Regolamento ACCREDIA RG-01-01 Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione dei Sistemi di Gestione.

1.8 Regolamento ACCREDIA RG-09 Regolamento per l'utilizzo del marchio Accredia.

1.9 Regolamento Tecnico ACCREDIA RT-21 Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la Certificazione del Sistema di gestione per la Qualità (SGQ – IAF 34) delle organizzazioni che effettuano attività di verifica della progettazione delle opere pubbliche, ai fini della validazione/approvazione.

1.10 Regolamento Tecnico ACCREDIA RT-09 Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la Certificazione dei Sistemi di Gestione Ambientale

1.11 Rapporto Tecnico UNI/TR 11331 Sistemi di gestione ambientale – Indicazioni relative all'applicazione della UNI EN ISO 14001 in Italia, formulate a partire dalle criticità emerse e dalle esperienze pratiche.

1.12 Procedure PJR

- 1.12.1 PRO-3(i) Procedura per pubblicizzare la certificazione e per l'uso del Marchio PJR, dei Marchi degli Organismi Licenziatari per la Standardizzazione e dei Marchi degli Enti di Accreditamento.
- 1.12.2 PRO-9(i) Procedura per i reclami.
- 1.12.3 PRO-10(i) Procedura per la disputa ed il ricorso.
- 1.12.4 PRO-11(i) Sospensione o revoca degli attestati di certificazione.
- 1.12.5 PRO-13(i) Trasferimento della certificazione.

1.13 Regole per l'accreditamento ANAB; pertinenti avvisi ANAB.

1.14 Documenti Obbligatori dell'IAF

- 1.14.1 IAF MD 1 IAF Mandatory Document for the Audit and Certification of a Management System Operated by a Multi-Site Organization.
- 1.14.2 IAF MD 2 IAF Mandatory Document for the Transfer of Accredited Certification of

Management Systems.

1.14.3	IAF MD 4	IAF Mandatory Document for the Use of Information and Communication Technology (ICT) for Auditing/Assessment Purposes.
1.14.4	IAF MD 5	Determination of Audit Time of Quality, Environmental, and Occupational Health & Safety Management Systems.
1.14.5	IAF MD 11	IAF Mandatory Document for the Application of ISO/IEC 17021-1 for Audits of Integrated Management Systems.
1.14.6	IAF MD 22	IAF Mandatory Document for the Application of ISO/IEC 17021-1 for the Certification of Occupational Health and Safety Management Systems.

1.15 Norme della serie ISO 17021 relative ai requisiti di competenza per le attività di audit e di certificazione

1.15.1	ISO/IEC 17021-2	Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione - Parte 2: Requisiti di competenza per le attività di audit e la certificazione di sistemi di gestione ambientale.
1.15.2	ISO/IEC 17021-3	Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione - Parte 3: Requisiti di competenza per le attività di audit e la certificazione di sistemi di gestione per la qualità.
1.15.3	ISO/IEC TS 17021-7	Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione - Parte 7: Requisiti di competenza per le attività di audit e la certificazione di sistemi di gestione della sicurezza del traffico stradale.
1.15.4	ISO/IEC 17021-9	Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione - Parte 9: Requisiti di competenza per le attività di audit e la certificazione di sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione.
1.15.5	ISO/IEC 17021-10	Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione - Parte 10: Requisiti di competenza per le attività di audit e la certificazione di sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro.

1.16 Norme sui sistemi di gestione

1.16.1	UNI EN ISO 9001	Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti.
1.16.2	UNI EN ISO 14001	Sistemi di gestione ambientale – Requisiti e guida per l'uso.
1.16.3	UNI ISO 45001	Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro – Requisiti e guida per l'uso.
1.16.4	UNI ISO 39001	Sistemi di gestione della sicurezza del traffico stradale (RTS) – Requisiti e guida all'utilizzo.
1.16.5	UNI/PdR 125	Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performances Indicator – Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle politiche di parità di genere nelle organizzazioni.
1.16.6	ISO/IEC 27001	Information security management systems – Requirements.
1.16.7	ISO/IEC 20000-1	Information technology — Service management — Part 1: Service management system requirements

1.16.8	ISO 22000	Food Safety Management
1.16.9	ISO 50001	Energy Management Systems – Requirements with Guidance for Use.

2 Definizioni

2.1 Richiedente – L'organizzazione che richiede a PJR i servizi di certificazione.

2.2 Attestato di Certificazione – Un certificato e relativi documenti nei quali si afferma che, a seguito dell'audit documentato condotto da PJR, il sistema di gestione adottato dal richiedente è stato trovato conforme alla norma di riferimento per lo specifico sistema di gestione.

2.3 Certificazione della sede – I risultati dell'audit condotto da PJR, sulla cui base viene emesso un Attestato di Certificazione, indicano che la sede del richiedente dispone di un sistema di gestione che soddisfa i requisiti della specifica norma di riferimento. Inoltre la sede del richiedente utilizza tale sistema con continuità, dando così prova a PJR delle sue capacità di adempiere costantemente ai requisiti, nonché agli obiettivi della norma applicabile. La certificazione rende la sede parte del sistema di certificazione 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 dell'Organizzazione – Componente del personale dell'organizzazione indicato come contatto primario per il processo di certificazione.

2.6 Norme sui Sistemi di Gestione – sono norme relative a sistemi di gestione qualità emessi dall'ISO, e sono anche pubblicate da varie organizzazioni nazionali in forme equivalenti.

2.7 Audit preliminare (Pre-audit) – Un audit informale della sede eseguito da PJR per valutare l'intero sistema di gestione 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 Fase 1 – Valutazione in sede, condotta da PJR, per raggiungere gli obiettivi della fase 1, che sono: riesaminare le informazioni documentate, valutare il le condizioni del sito, riesaminare il grado di comprensione dei requisiti, raccogliere le informazioni relative al campo di applicazione, riesaminare l'assegnazione delle risorse per la fase 2, pianificare la fase 2, valutare se audit interni e riesami di direzione siano in corso di pianificazione ed esecuzione, verificare che il cliente sia pronto per la fase 2.

2.9 Fase 2 – Valutazione in sede, condotta da PJR, per valutare l'attuazione, compresa l'efficacia, del sistema di gestione del cliente.

2.10 Sistema di Gestione – *Insieme di elementi correlati o interagenti di un'organizzazione finalizzato a stabilire politiche, obiettivi, e processi per conseguire tali obiettivi.*

2.11 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 alle specifiche Norme di riferimento, in merito ad un campo di applicazione specifico.

2.12 Registro – Lista dei clienti/sedi di PJR e degli associati campi di applicazione, che sono certificati in accordo alle procedure di PJR (disponibile su richiesta).

2.13 Audit di Sorveglianza – Audit successivi alla certificazione iniziale o al rinnovo della certificazione, effettuati dagli/dalle auditor di PJR per determinare la continua conformità alle specifiche Norme di riferimento.

3 Richiesta di certificazione

3.1 L'organizzazione inizia il processo di certificazione con una richiesta di informazioni scritta o verbale. PJR, in risposta, fornisce il modulo F-1 corrispondente alla Norma per la quale viene richiesta la certificazione (F-1 "Profilo del cliente / Questionario"). Per alcuni settori e/o norme specifiche esistono appositi moduli F-1.

3.2 L'organizzazione compila il modulo F-1 appropriato (o, in alternativa, PJR riceve le informazioni telefonicamente). In tal modo PJR acquisisce le informazioni iniziali necessarie per preparare un preventivo accurato. Nel modulo F-1 (o telefonicamente) vengono richieste all'organizzazione diverse informazioni, fra le quali:

a) Contatto dell'organizzazione (con indirizzo, recapiti telefonici, etc.)
b) Scopo di certificazione richiesto 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 IAF – Il codice IAF è molto importante, ed è utilizzato da chi organizza gli audit per la scelta dello/della auditor competente nella specifica area tecnica. Per alcuni schemi specifici possono essere richieste ulteriori informazioni al fine di meglio individuare i requisiti di competenza.
   Per ISO 39001: all'interno dell'F-1 è riportata una sezione dedicata a tale Norma. Ai fini dell'individuazione delle competenze degli/delle auditor, oltre al codice IAF di riferimento, viene richiesto al cliente di specificare l'ambito nel quale l'organizzazione svolge le proprie attività, scegliendo tra le seguenti alternative:
   - trasporto merci,
   - trasporto merci pericolose,
   - trasporto persone,
   - lavori stradali,
   - generatori di traffico (supermercati, ospedali, etc.).

   Per UNI PdR 125: all'interno dell'F-1 è riportata una sezione dedicata a tale Norma. Ai soli fini del calcolo degli/delle addetti/e equivalenti viene richiesto di indicare separatamente, per i processi direttamente coinvolti nel Sistema di Gestione per la parità di genere, il numero degli/delle addetti/e per ciascuna delle due seguenti tipologie:
   - gli/le addetti/e afferenti ai seguenti uffici: Direzione, Amministrazione Personale / HR, Formazione, sistema di gestione parità di genere, legale, comunicazione;
   - gli/ le addetti/e afferenti ad altri uffici e alla produzione.
d) Descrizione del sito, numero degli/delle addetti/e, numero dei turni, progetti in corso, cantieri, dimensioni, attività date in outsourcing.
e) Stato del sistema di gestione esistente.

Se la lingua ufficiale della società da verificare è diversa da quella dello/della auditor, PJR si servirà del servizio di un/una interprete.

3.2.1. Se le informazioni sono acquisite telefonicamente, le stesse vengono registrate sull'F1 dal personale amministrativo di PJR sotto la diretta responsabilità del/della responsabile commerciale.

3.2.2. Nel caso di rinnovo della certificazione, le informazioni vengono confermate nuovamente (o modificate) 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 degli/delle addetti/e e scopo di certificazione). Nella lettera si prega l'organizzazione di confermare i dati in possesso di PJR o di modificarli compilando gli appositi spazi. Il silenzio dell'organizzazione per 15 giorni viene interpretato come assenso, e le informazioni riportate sono quindi ritenute ancora valide.

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 (multi-sede con processi similari, multi-sede con

processi diversi, multi-sede con sistema misto). Di seguito, verranno indicate le differenze che intercorrono tra le diverse strutture della certificazione:

Sito unico:
Il Documento Obbligatorio IAF MD 1 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 diversi 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 (definizione e criteri di ammissibilità per le "Organizzazioni Multi-sede" sono riportati nel documento IAF MD 1).

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 documentati sul modulo F-114.

La sede centrale sarà verificata durante l'audit iniziale, il rinnovo, e almeno una volta all'anno negli 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 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.it. 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 degli/delle addetti/e e sul livello di rischio del sito stesso. Il Documento Obbligatorio IAF MD 5 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 degli/delle addetti/e e sul livello di rischio del sito stesso. Lo IAF MD 5 (e ulteriori 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 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 non conformità 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.

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

Per quanto riguarda la norma ISO/IEC 27001, il numero totale di giorni di audit on-site - calcolato per lo scopo secondo la procedura indicata nella clausola B.3.3 della norma ISO/IEC 27006:2015 - verrà distribuito tra i diversi siti in base alla rilevanza degli stessi per il sistema di gestione ed ai rischi individuati. PJR registrerà la giustificazione di tale distribuzione sul modulo F-114sec. Il tempo totale impiegato per l'audit iniziale e la sorveglianza è la somma del tempo trascorso in ogni sito più la sede centrale, e non sarà mai inferiore a quello che sarebbe stato calcolato per dimensione e complessità delle operazioni, se tutti i lavori fossero stati svolti in un unico sito (cioè con tutti i dipendenti dell'azienda nello stesso sito).

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, SGA e OHS).
- 3.4.2 Per la norma TL 9000, sarà necessario seguire le linee guida indicate dal documento Giorni Auditor TL 9000.
- 3.4.3 Per la norma ISO 13485, sarà necessario seguire le indicazioni dell'Allegato D del documento IAF MD 9.
- 3.4.4 Per la norma BA 9000, sarà necessario aggiungere il 20% ai giorni indicati nel documento IAF MD 5per la ISO 9001.

Il preventivo può includere il costo di eventuali pre-audit, 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 RT-21 Accredia

Per le offerte di certificazione (sotto accreditamento Accredia) dei "Sistemi di Gestione per la Qualità (SGQ – IAF34) delle organizzazioni che effettuano attività di verifica della progettazione delle opere pubbliche, ai fini della validazione/approvazione", PJR identifica, fin dalla fase di riesame della domanda di certificazione, che lo scopo di certificazione richiesto dall'Organizzazione corrisponda a quanto previsto al punto 7 del Regolamento Accredia RT-21 Accredia. Lo scopo deve, cioè, comprendere i processi come di seguito indicati: "Verifiche sulla progettazione delle opere ai fini della validazione/approvazione, ai sensi della normativa vigente". PJR deve inoltre verificare che l'Organizzazione richiedente emetta/simuli, prima dell'audit di certificazione iniziale, almeno un processo di verifica con redazione e/o emissione di un rapporto di verifica finale, relativamente all'attività di verifica della progettazione di un'opera.

3.5 Le deviazioni (+ o -) rispetto ai giorni di audit richiesti devono avere una giustificazione documentata. 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 (solo per QMS).
- Processi/prodotti a basso rischio o privi di rischio (non applicabile per OHSMS):
- Conoscenza precedente del sistema di gestione (es: già certificato da PJR secondo un'altra norma). Per OHSMS si intende che il cliente sia già certificato in un altro schema volontario OHSMS.
- Sito 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). Per OHSMS si intende che il cliente sia già soggetto ad audit periodici da un'Autorità nazionale per uno schema cogente in ambito OHSMS. Nota: se l'audit è condotto in accordo allo IAF MD 11 (sistemi di gestione integrati) questa giustificazione non è valida in quanto la riduzione sarà calcolata sulla base del livello di integrazione.
- Audit combinati o integrati di due o più sistemi di gestione fra loro compatibili (vedere paragrafo 3.7)
- 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/e che svolgono mansioni considerate ripetitive (utilizzabile, solo per QMS e EMS, ai soli fini della riduzione del numero di addetti/e equivalenti. Per OHSMS vanno fatte considerazioni aggiuntive per utilizzare tale giustificazione).
- 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 (non applicabile per OHSMS).
- Totale assenza di infortuni nell'ultimo triennio, per organizzazioni con numero non esiguo di addetti (solo per OHSMS).

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

- Logistica complicata che include più di una sede o edificio dove viene svolta l'attività (es: 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/e (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.
- Attività considerate ad alto rischio (solo per QMS).
- Presenza di processi o funzioni in outsourcing (solo per QMS e EMS).
- Maggiore sensibilità dell'ambiente ricevente rispetto alla posizione tipica per il settore industria (solo per EMS).
- Opinioni delle parti interessate (solo per EMS e OHSMS).
- Aspetti indiretti che richiedono un aumento dei tempi di audit (solo per EMS).
- Aspetti ambientali aggiuntivi o insoliti o condizioni regolamentate per il settore (solo per EMS).
- Rischi di incidenti e impatti ambientali derivanti, o a rischio di verificarsi, come conseguenze di incidenti e potenziali situazioni di emergenza, precedenti problemi ambientali causati dall'organizzazione (solo per EMS).
- Tasso di infortuni e malattie professionali superiori alla media di settore (solo per OHSMS).
- Presenza di pubblico nel sito dell'organizzazione (ad esempio ospedali, scuole, aeroporti, porti, stazioni ferroviarie, trasporti pubblici) (solo per OHSMS).
- L'organizzazione sta affrontando procedimenti legali relativi alla salute e sicurezza sul lavoro (solo per OHSMS).
- L'ampia presenza temporanea di molte aziende (sub)appaltatrici e dei loro dipendenti che causano un aumento della complessità o dei rischi (solo per OHSMS).
- Dove sono presenti sostanze pericolose in quantità che espongono l'impianto al rischio di incidenti industriali rilevanti, in conformità con le normative nazionali applicabili e/o con la documentazione di valutazione del rischio (solo per OHSMS).
- Organizzazione con siti inclusi cel campo di applicazione paesi diversi dal paese del sito principale (se la legislazione e la lingua non sono ben note) (solo per OHSMS).

La giustificazione dei giorni di audit è registrata sul modulo F-114.it, che viene approvato dalla/dal responsabile del processo di riesame della domanda. 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 procedura di PJR, 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 sui sistemi di gestione. Per stabilire la durata di un audit integrato è necessario seguire le prescrizioni indicate nel documento IAF MD 11.

- PJR si riserva il diritto di aumentare il tempo necessario per l'audit laddove le riduzioni siano concesse in base ai livelli dichiarati di integrazione del sistema di gestione che successivamente risultano non validi. Il livello di integrazione del sistema di gestione sarà confermato durante la Fase 1. Così, la durata dell'audit può essere rimodulata prima della Fase 2. Allo stesso modo PJR si riserva il diritto di aumentare il tempo di audit nel caso si renda necessario assegnare l'audit ad un team nel quale non tutti gli/le auditor sono qualificati per tutte le norme oggetto dell'audit stesso.

- Per le organizzazioni multi-sede, i giorni di audit vengono stabiliti utilizzando la tabella di cui allo IAF MD 5, in base al numero effettivo di addetti/e in ciascuna sede. Il campionamento può essere applicato alle sedi multiple che offrono prodotti, servizi, processi o attività simili in ciascuna sede (si veda IAF MD 1).

3.8 Per i preventivi FSMS: L'utilizzo del campionamento 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) il campionamento 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 da inviare all'organizzazione. L'organizzazione pertanto completa, firma e restituisce l'Offerta Economica. Firmandola, l'organizzazione accetta anche le condizioni generali per la fornitura di servizi di certificazione (F-003.condizioni generali.it). Questo documento può essere visionato sul sito internet di PJR Italy S.r.l. (https://www.pjritaly.com/documenti-di-certificazione). Per semplicità, chiameremo contratto l'Offerta Economica firmata insieme alle Condizioni Generali. Una volta firmata l'Offerta Economica, 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 di un acconto come previsto dal contratto;

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 rischi e controllo dei punti critici (HACCP), valutazione dei pericoli e analisi dei rischi
b) principi della gestione per la 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 successivi audit di sorveglianza.

3.12 Qualsiasi differenza di interpretazione tra l'ente di certificazione e il richiedente deve essere risolta.

3.13 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.

3.14 I clienti che fossero interessati ad una certificazione ISO 27001 dovranno compilare il modulo F-1sec. Il/La 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. 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 PJView. In quest'occasione, si controllano anche le competenze degli/delle auditor ISMS, anch'esse documentate su PJView, per assicurarsi di avere a disposizione il team di audit e per il riesame tecnico competente nell'area tecnica assegnata all'organizzazione.

3.13.1 Il numero totale di lavoratori sotto il controllo dell'organizzazione, per tutti i turni, nell'ambito della certificazione, è il punto di partenza per definire il tempo di audit.

3.13.2 Si prevede che il tempo calcolato per la pianificazione e la stesura del rapporto non dovrebbe ridurre il "tempo di audit" totale on-site a meno del 70% del tempo, calcolato in conformità ai punti B.3.3 e B.3.4 della norma ISO/IEC 27006:2015. In caso fosse necessario più tempo per la pianificazione e la stesura del rapporto di audit, questo non può essere considerato come una

giustificazione per ridurre il tempo di audit in sede. Il tempo di viaggio degli/delle auditor non è incluso in questo calcolo.

3.15 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/La 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 dovrà 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, la differenza 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 firmato, si informa il/la "responsabile dell'organizzazione degli audit" (Scheduler) affinché prenda contatto con l'Organizzazione per programmare l'audit iniziale. Lo/La scheduler, poi, controlla se gli/le auditor con le competenze necessarie sono/è disponibili/e. Lo/La scheduler o il/la Manager appropriato/a devono giustificare l'assegnazione dello/della auditor compilando l'apposito campo in PJView. Il/La responsabile commerciale, o un/una suo/sua assistente, ed il/la venditore/venditrice del contratto non possono assumere la funzione né di auditor né di Comitato Esecutivo per il contratto in questione.

4.2 Lo/La scheduler spedisce il modulo di conferma della programmazione dell'audit (F-163) al cliente, il quale lo deve restituire firmato, indicando così di accettare le date ed il gruppo di audit proposti. Il cliente ha anche il diritto di ricusare un/una determinato/a auditor o esperto/a tecnico/a purché la ricusazione sia giustificata (ad esempio si tratta di un/una dipendente di un concorrente, o ci sono questioni personali, etc.). Le date dell'audit e la composizione del gruppo di audit si ritengono accettate, se PJR non riceve entro 3 giorni lavorativi dall'invio del modulo F-163 una comunicazione scritta che spieghi le motivazioni per un'eventuale obiezione.

4.2.1 La presenza e l'autorizzazione di osservatori esterni (es.: consulenti del cliente, auditor dell'ente di accreditamento in accompagnamento, o altre persone legittimate) verranno concordate tra PJR ed il cliente prima dell'audit.

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

4.2.3 Qualora sia necessario un/una esperto tecnico, il/la 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.

4.2.4 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/siti attivi. Spetta al/alla Lead auditor contattare l'organizzazione prima dell'audit per farsi dare l'elenco aggiornato dei cantieri/siti visitabili.

4.3 Lo/La scheduler genera la Scheda Audit (form F-27) e la invia agli/alle auditor in questione, previa approvazione del modulo stesso.

4.4 Solo dopo che il/la Lead Auditor avrà ricevuto l'F-27 per l'audit di fase 1, questo verrà confermato. Prima dell'audit, il/la Lead Auditor contatterà il/la Rappresentante di Gestione dell'Organizzazione (RG) e discuterà con lui/lei gli aspetti logistici (viaggio, preferenze sull'orario di inizio, ecc.), il tipo di abbigliamento solitamente indossato dai manager dell'Organizzazione (formale, informale, ecc.), i requisiti specifici per l'audit (come, ad esempio, informazioni sulla sicurezza e/o sui dispositivi di protezione necessari). Il/La LA dovrà, inoltre, chiedere al/alla cliente dove opera e dove vende i propri prodotti/offre i propri servizi. Il/La LA dovrà approfondire i requisiti legali e statutari relativi ai prodotti/servizi del/della cliente, applicabili. Una ricerca sul web è il modo migliore per assolvere a questo compito. Il/La 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.

5 Fase 1

5.1 Generalmente la Fase 1 e la Fase 2 vengono programmate in modo che siano consecutive, fatta eccezione per gli audit di conformità alle Norme: ISO 14001 (con accreditamento Accredia), ISO 27001, ISO 22000. Per la ISO 14001 con accreditamento Accredia esiste un caso nel quale le due fasi possono essere consecutive: organizzazioni con meno di 10 dipendenti e di impatto ambientale "basso" o "limitato".
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. Se si verifica tale eventualità, il/la Lead Auditor dovrà comunicarlo chiaramente all'organizzazione esaminata. Nel caso in cui si verifichino importanti modifiche al sistema di gestione, a causa dei risultati della Fase 1 o della durata dell'intervallo tra Fase 1 e Fase 2, potrebbe rendersi necessario ripetere la Fase 1.

5.2 Come indicato nel audit plan, F-184(i), preventivamente preparato dallo/dalla auditor e inviato all'organizzazione, all'orario programmato, il/la Lead Auditor terrà la riunione di apertura con il personale dell'organizzazione, utilizzando il Verbale della Riunione di Apertura contenuto nel workbook. Il/La Lead Auditor deve registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di apertura sul Foglio Presenze.

5.3 Ogni auditor dovrà essere accompagnato/a da una guida, salvo diversi accordi tra il/la 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.

5.4 L'obiettivo dell'Audit di fase 1 è di accertare l'idoneità del cliente a procedere all'audit di fase 2 e fornire un focus per la programmazione dello stesso, attraverso l'acquisizione di una conoscenza più approfondita degli aspetti legati al sistema di gestione nel contesto aziendale, unitamente agli aspetti/pericoli, impatti/rischi connessi, utilizzo dell'energia, alla politica ed agli obiettivi aziendali.

5.5 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'analisi del contesto, la sequenza e l'interazione tra i processi del sistema di gestione, rischi, opportunità e procedure; per la ISO 14001 sotto accreditamento Accredia è inoltre necessario verificare che "all'interno del campo di applicazione definito per il sistema di gestione ambientale" l'organizzazione abbia identificato e sottoposto a valutazione tutti "gli aspetti ambientali delle sue attività, prodotti e servizi che può tenere sotto controllo e quelli sui quali essa può esercitare un'influenza, e i loro impatti ambientali, considerando una prospettiva di ciclo di vita", al fine di identificare quali siano quelli significativi su cui sviluppare il proprio SGA;
- 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/le 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.
- Per ISO 14001 sotto accreditamento Accredia: verificare che l'organizzazione disponga di tutte le necessarie autorizzazioni di natura ambientale afferenti a tutte le attività collegate allo scopo di certificazione e verificarne la validità, la completezza e la correttezza. Il gruppo di audit dovrà registrare tutti i riferimenti ai documenti e/o alle autorizzazioni esaminati;

5.6 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.

5.7 I risultati della Fase 1 devono essere documentati nel Rapporto della Fase 1 dell'audit di Certificazione (workbook WB-QEHS-ST1, o altri workbook specifici per particolari Norme).
Gli/Le Auditor non riporteranno le non conformità (sui rapporti di non conformità), commenti o opportunità di miglioramento durante l'audit di Fase 1. L'obiettivo dell'audit sarà, invece, documentare evidenze oggettive di conformità e di aree non conformi o aree critiche sul workbook WB-QESH-ST1, in modo da sostenere o meno una raccomandazione a procedere alla Fase 2. I problemi rilevati nell'audit di fase 1 sono potenziali non conformità per l'audit di fase 2. L'Organizzazione esaminata dovrà, quindi, elaborare delle azioni correttive per risolvere questi problemi, che verranno riesaminati dallo/a auditor durante la fase 2. Il/La Lead Auditor può richiedere che le evidenze di correzione siano inviate in anticipo, affinché possa riesaminarle.
A conclusione del Rapporto della Fase 1, il/la Lead Auditor deve indicare se l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2.
Il/La Lead Auditor deve anche registrare i giorni previsti dal contratto per la Fase 2 (che sono riportati sull'F-27, Scheda Audit), e deve indicare se essi sono corretti o se raccomanda una durata differente della Fase 2. Sia il/la Lead Auditor che il cliente devono firmare il Rapporto della Fase 1 (il rapporto si intende firmato con l'apposizione della firma sul modulo "Conclusioni dell'audit e raccomandazioni" presente nel Supplemento del workbook).

5.8 All'orario programmato, il/la Lead Auditor deve tenere la riunione di chiusura con il cliente, utilizzando il Verbale della Riunione di Chiusura contenuto nel workbook dell'audit. Il/La Lead Auditor deve registrare la presenza dell'organizzazione alla riunione di chiusura sul Foglio Presenze. Per gli audit su sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, sarà necessario indicare le eventuali motivazioni per cui il personale responsabile per la salute e la sicurezza non sia presente alla riunione di chiusura.

5.9 Nel caso le due fasi non si svolgano consecutivamente, e se lo/la auditor raccomanda che l'organizzazione è pronta a procedere alla Fase 2, lo/la 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, e l'evidenza che i processi dell'organizzazione rispettano tutti i requisiti della norma applicabile (se il cliente ha scelto di fare ciò).

5.10 A meno che allo/alla auditor sia stata conferita l'autorità per raccomandare il cliente a procedere alla Fase 2, un/una componente del Comitato Esecutivo riesamina l'audit package della Fase 1 e decide se il cliente è veramente pronto a procedere alla Fase 2. (Si noti che per alcune norme, tipo la ISO 22000, per tale decisione PJR coinvolgerà nel gruppo del riesame del sistema anche un/una esperto/a tecnico/a). La decisione del Comitato Esecutivo viene documentata nel Supplemento del workbook della Fase 1, e la registrazione della decisione viene inserita in PJView, così che lo/la scheduler possa programmare/confermare la Fase 2. Se la durata della Fase 2 è stata modificata rispetto a quanto previsto dal contratto, si deve inviare all'ufficio

commerciale una richiesta di emendamento da sottoporre all'organizzazione.

5.10.1 La Fase 1 di un audit potrebbe portare ad una decisione di "pronti a procedere", ma a condizione che lo/la 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 (rivisita on site) oppure fuori sede (rivisita off site). Per entrambi gli audit è possibile dedicare del tempo apposito. Il/La Lead Auditor deve comunicare la necessità di effettuare una rivisita al/alla Program Manager appropriato o allo/alla scheduler.

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

5.10.3 Per ISMS, PJR riesaminerà il rapporto di fase 1 prima di decidere se procedere con la fase 2, e confermerà se i/le componenti del gruppo di audit della fase 2 possiedono le competenze necessarie a svolgere l'audit. Se necessario, questa operazione può essere svolta dal/dalla lead auditor che ha condotto l'audit di Fase 1, se considerato competente per farlo. Se il/la lead auditor viene identificato in PJView con il codice APP SURV REC STAGE 1, può portare a termine questo compito.

5.11 Nel caso di audit di Fase 1 e 2 svolti consecutivamente, lo/la 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 lo/la auditor dichiara che l'organizzazione è pronta ad effettuare la Fase 2, lo/la auditor deve concludere la Fase 1 e comunicare i risultati all'Organizzazione durante la Riunione di Chiusura. Immediatamente dopo la Riunione di Chiusura, lo/la auditor deve iniziare l'audit di Fase 2, tenendo una regolare Riunione di Apertura. Nel caso in cui lo/la 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/a di lasciare l'organizzazione.

6 Fase 2

6.1 Gli obiettivi dell'audit di Fase 2 sono:

- confermare che l'Organizzazione rispetti la propria politica, i propri obiettivi e le proprie procedure;
- confermare che il sistema di gestione rispetti tutti i requisiti delle norme comprese nello scopo di certificazione.

6.2 Nel caso di fasi non consecutive, lo/La auditor è confermato/a per la Fase 2, solo dopo aver ricevuto la Scheda Audit, F-27. (Ci possono essere casi in cui il/la 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/la 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), lo/la 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 PJRA-12(i) "Necessità di approvazione del modulo F-27 per condurre un audit", per quanto riguarda le informazioni sulla ricezione dell'F27.

6.3 A questo punto, il/la Lead Auditor deve preparare l'audit plan per la Fase 2 sul modulo F-184(i). I processi elencati nell'audit plan della Fase 2 devono corrispondere esattamente ai processi elencati nella sequenza ed interazione dei processi dell'organizzazione. Per ISO 14001 sotto accreditamento Accredia, il piano di audit della fase 2 dovrà tenere in considerazione anche l'importanza specifica degli aspetti ambientali significativi, il livello di conformità legislativa ed i risultati del ciclo di audit interno.

6.4 Prima dell'audit e subito dopo aver ricevuto l'incarico, il/la Lead Auditor 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 Lead Auditor deve anche chiedere al cliente su quale mercato opera e dove vengono venduti i suoi prodotti o servizi. Il/la Lead Auditor 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/la Lead Auditor deve poi contattare tutti/e i/le componenti del gruppo di audit per comunicare loro cosa è stato deciso in merito alla logistica, all'abbigliamento, etc., e deve fornire a ciascuno/a componente una copia dell'audit plan della Fase 2.

6.5 Si deve tenere una riunione di apertura utilizzando il Verbale della riunione di apertura contenuto nel workbook. Il/La Lead Auditor deve anche far passare il Foglio Presenze per documentare la presenza dei partecipanti alla riunione di apertura.

6.6 Il/La Lead Auditor della Fase 1 (che è quasi sempre il/la Lead Auditor della Fase 2) deve verificare i trattamenti intrapresi per correggere le aree critiche della Fase 1. Il/La Lead Auditor deve documentare in modo chiaro l'evidenza oggettiva riesaminata per provare che le suddette aree critiche sono state chiuse. (Nota: l'organizzazione deve solo presentare il trattamento per le aree critiche della Fase 1. Non sono richieste le azioni correttive e l'analisi della causa principale).

6.7 La Fase 2 dell'audit di certificazione inizia conformemente all'audit plan. Il/La Lead Auditor deve assicurare che il/la componente 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/dalla 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/La Lead Auditor dovrebbe anche riassegnare il lavoro, se necessario, tra i/le componenti del team di audit e comunicare periodicamente lo stato di avanzamento dell'audit e qualsiasi preoccupazione al cliente. Il/La Lead Auditor 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 all'ufficio PJR con l'audit package.

6.8 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. 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/delle lavoratori/lavoratrici, rappresentanti dei/delle lavoratori/lavoratrici con responsabilità in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, personale addetto al monitoraggio della salute dei lavoratori/lavoratrici, manager e dipendenti a tempo indeterminato e determinato. Si dovranno, inoltre, registrare le motivazioni per eventuali interviste da remoto.

Gli/Le auditor devono scegliere i campioni da verificare. Questi non possono essere scelti dai clienti. (Si prega di far riferimento alla Comunicazione Interna PJRA-21(i) "Note dei valutatori sulla documentazione del cliente e sul campionamento della documentazione"). Il campionamento effettuato dal valutatore comprende elementi importanti per condurre un audit a valore aggiunto per l'organizzazione. Un campionamento adeguato 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 "campionamento" si intende una selezione casuale dell'evidenza all'interno di uno specifico processo. Per questo motivo, gli/le 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 il campionamento. Ad esempio, il/la valutatore/valutatrice può voler campionare l'efficacia dei processi di ispezione per le linee di prodotto 2 o 5. In tale caso, il/la valutatore/valutatrice dovrebbe stabilire se c'erano non conformità interne del prodotto o del cliente, e scegliere di verificare almeno una di queste linee di prodotto.

6.8.1 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/la Lead Auditor è tenuto a contattare il/la Program Manager di

PJR. 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.

6.9 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.

6.10 PJR definisce le seguenti categorie di non conformità:

6.10.1 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 l'inefficacia 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 risultatati 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.

6.9.2. 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 risultatati 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

6.9.3 FSSC – Una non conformità critica viene emessa quando durante l'audit si osserva un impatto diretto sulla sicurezza alimentare senza un'azione appropriata da parte dell'organizzazione o quando sono in gioco la legalità e/o l'integrità della certificazione. Quando viene emessa una non conformità critica, la certificazione viene sospesa entro tre giorni dall'emissione.

6.11 Se il/la Lead Auditor rileva una non conformità maggiore nel corso di un audit, deve informare immediatamente l'Organizzazione. Per gli audit che durano più giorni, il/la Lead Auditor deve tenere una riunione conclusiva con il gruppo di audit e l'Organizzazione per discutere dei rilievi di quella giornata.

6.12 Se un/una componente del gruppo di audit rileva, nel corso di un audit, una non conformità che sospetta sia maggiore, deve informare immediatamente il/la Lead Auditor. (I/Le componenti del gruppo di audit non possono classificare le non conformità nel corso di un audit; la classificazione delle non conformità è una responsabilità del/della LA, il quale prende la decisione finale sulle non conformità e sulla loro gravità).

6.13 Le non conformità maggiori spesso richiedono una rivisita. Quando il/la Lead Auditor ritiene che sia stata identificata una non conformità maggiore, deve contattare immediatamente il/la Program Manager o un/una componente del Comitato Esecutivo o una persona di riferimento per le varie Divisioni Internazionali per stabilire se è necessaria una rivisita in sede. Il/La Lead Auditor contatterà poi lo/la scheduler per programmare la rivisita, preferibilmente prima che il/la Lead Auditor lasci la sede del cliente.

6.14 Se le evidenze oggettive disponibili indicano che gli obiettivi di audit sono irraggiungibili e diventa chiaro nel

corso dell'audit che il/la Lead Auditor 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 Lead Auditor lo comunichi all'Organizzazione e contatti il/la Program Manager 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/la Program Manager non è disponibile, si deve contattare il/la suo/a delegato/a. Il/La Program Manager o il/la suo/a delegato/a e il/la Lead Auditor esaminano le seguenti possibilità: a) continuare l'audit con la consapevolezza che verrà richiesta una rivisita o b) interrompere l'audit. Il/La Lead Auditor poi 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.

6.15 Il/La Lead Auditor, anche sulla base degli input dell'audit team, deve compilare il Rapporto Finale dell'audit. 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 interna PJRA-27(i) "Utilizzo della matrice della verifica per processi e della tabella delle non conformità all'interno dei Workbook".

6.16 Dopo che l'audit team ha concluso il proprio audit, ma prima della riunione di chiusura, il/la Lead Auditor riunisce il gruppo di audit e riesamina i rilievi nonché le altre informazioni raccolte durante l'audit. Il/La 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 Lead Auditor riesamina i Rapporti di Non Conformità (RNC), effettua le modifiche necessarie e numera i RNC (ad ogni RNC emesso viene attribuito un numero progressivo).

6.17 A questo punto, l'audit team consegna al/alla 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.

6.18 Al termine della riunione degli/delle auditor, viene convocata l'Organizzazione per la presentazione dei risultati dell'audit. Il/La Lead Auditor richiede all'Organizzazione di firmare i RNC (si intendono firmati con l'apposizione della firma sul modulo "Accettazione rilievi"). 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.

6.19 Si deve tenere una riunione di chiusura utilizzando il verbale della riunione di chiusura presente nel workbook. Il/La Lead Auditor deve inoltre far passare il Foglio Presenze contenuto per documentare la partecipazione alla riunione di chiusura. L'organizzazione avrà l'opportunità di porre delle domande. Verranno discusse eventuali opinioni divergenti, tra gruppo di audit e cliente, in merito ai rilievi o alle conclusioni dell'audit e, ove possibile, si troverà una soluzione. Nel caso in cui tali opinioni contrastanti siano inconciliabili, verranno riportate nella sezione dei commenti presente nel modulo "Accettazione dei Rilievi". 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.

6.20 Sul modulo "Accettazione dei Rilievi", il/la Lead Auditor e l'organizzazione dovranno confermare il verificarsi di eventi critici e tutte le non conformità documentate. Il/La Lead Auditor e l'Organizzazione firmano il modulo di Accettazione dei Rilievi. Al termine dell'audit on-site, il/la Lead Auditor consegnerà all'Organizzazione un Rapporto di Audit, oltre che le copie del foglio presenze e del modulo "Accettazione rilievi", debitamente firmati.

6.21 Il/La Lead Auditor deve caricare in SharePoint l'intero audit package entro due settimane dall'ultimo giorno di audit.

6.22 Nel caso vengano emesse Non Conformità Minori, l'organizzazione deve inviare il piano per le azioni correttive a chiusura delle NC entro 60 giorni dalla data di chiusura dell'audit di Fase 2 (si consiglia allo/alla auditor di stabilire con l'Organizzazione una data effettiva per la chiusura delle non conformità e di annotarla sul Rapporto dell'audit).

6.22.1 Se il/la Lead Auditor accetta il piano per le azioni correttive, deve firmare la parte del RNC "il piano delle AC è stato accettato". In alternativa, il/la Lead Auditor può scrivere in stampatello il proprio nome. Se il piano per le azioni correttive del cliente non viene accettato, il/la Lead Auditor deve spiegare all'organizzazione le ragioni per cui non è stato accettato e deve riesaminare le parti corrette.

6.22.2 Indipendentemente dal fatto di aver ricevuto piani accettabili o non accettabili per le azioni correttive, il/la Lead Auditor deve inserire in Share Point i piani per le azioni correttive del cliente entro 75 giorni dall'ultimo giorno di audit. Se i piani per le azioni correttive del cliente non sono accettabili, il/la Lead Auditor deve informare il personale nell'ufficio PJR responsabile dei pacchetti di audit.

6.22.3 L'implementazione delle azioni correttive di cui al piano accettato deve essere verificata durante l'audit immediatamente successivo.

6.23 Nel caso vengano emesse NC maggiori, il solo piano per le azioni correttive non è accettabile: l'organizzazione, entro 60 giorni dall'ultimo giorno di verifica, deve fornire l'evidenza oggettiva che le azioni correttive siano state correttamente implementate così che le Non Conformità possano essere chiuse dallo/dalla auditor. 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 non conformità maggiore durante la rivisita, sarà necessario contattare il/la Program Manager. La non conformità maggiore resterà aperta. Il/La Program Manager indicherà all'auditor se sia necessario documentare ulteriori rilievi.

6.23.1 Indipendentemente dal fatto di aver ricevuto evidenza accettabile dell'implementazione delle azioni correttive, il/la Lead Auditor deve inserire in Share Point l'evidenza per le azioni correttive del cliente entro 75 giorni dall'ultimo giorno di audit. Se le evidenze per le azioni correttive del cliente non sono accettabili, il/la Lead Auditor deve informare il personale nell'ufficio PJR responsabile dei pacchetti di audit.

6.23.2 Nel caso in cui il/la Lead Auditor non riesca a verificare l'implementazione delle correzioni e delle azioni correttive entro sei mesi dal termine della Fase 2, PJR dovrà condurre un'altra Fase 2 per formulare una raccomandazione per la certificazione.

6.23.3 La continua efficacia delle azioni correttive a chiusura delle NC maggiori deve essere verificata durante l'audit immediatamente successivo.

6.24 Per alcuni schemi particolari le regole per la chiusura delle Non Conformità possono essere diverse.

6.25 Per quanto riguarda gli audit delle organizzazioni 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.

6.26 Nel caso in cui fosse necessaria una rivisita, sarà necessario compilare il Rapporto di rivisita 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 lo/la auditor si trovi nell'impossibilità di chiudere una non conformità maggiore, durante il nuovo audit, sarà necessario contattare il/la Program Manager, mentre la non conformità maggiore resterà aperta. Il/La Program Manager, relativo al tipo di audit in corso, proporrà allo/alla auditor se documentare ulteriori rilievi in merito al processo di azioni correttive.

6.27 Solo per ISO 14001 Accredia (in base alle disposizioni di cui al Regolamento Tecnico Accredia RT-09):

- PJR valuterà la volontà e la capacità del sistema di gestione di garantire che il cliente soddisfi i requisiti applicabili di natura cogente e contrattuale. Laddove PJR dovesse individuare delle violazioni alla normativa cogente, che abbiano una relazione diretta con l'ambito di applicazione oggetto di certificazione, emetterà una NC la cui gravità verrà definita in accordo alla norma di riferimento. Ove però la carenza di natura legislativa individuata possa costituire evidenza della mancata volontà o capacità del SGA dell'organizzazione di soddisfare in modo continuativo i requisiti cogenti, PJR emetterà una non conformità di livello tale da non consentire il rilascio della certificazione, fino alla soluzione dell'impedimento che ha determinato tale conseguenza. Nel caso invece in cui vi siano dei dubbi interpretativi, potrà essere emesso un rilievo di livello tale da consentire il rilascio della certificazione, rispondendo della coerenza di tale scelta rispetto agli obiettivi della norma.
- In relazione alle autorizzazioni da verificare, nel caso di evidenti disparità territoriali nei tempi di risposta delle autorità competenti, PJR può rilasciare la certificazione purché accerti che l'organizzazione abbia fatto tutto quanto previsto dal Rapporto Tecnico UNI/TR 11331 (cap. 5.2). Se PJR verifica in Stage 1 che l'organizzazione non ha presentato domanda di autorizzazione nei tempi definiti dal capitolo 5.2 del Rapporto Tecnico UNI/TR 11331, non può comunque rilasciare la certificazione prima che siano trascorsi i suddetti

tempi. Verrà emessa una non conformità "maggiore" e la certificazione non potrà essere rilasciata prima che siano trascorsi i tempi definiti. In ogni caso, nel momento in cui l'organizzazione ottiene le autorizzazioni richieste, ogni non conformità relativa a quell'aspetto deve ritenersi risolta. L'organizzazione rimane comunque pienamente responsabile dal punto di vista penale ed amministrativo per la sua scelta di operare in assenza delle necessarie autorizzazioni.

- Se l'organizzazione è coinvolta in procedimenti legali in corso o in sentenze passate in giudicato in merito ad aspetti ambientali, PJR raccoglierà evidenze sufficienti a dimostrare che, riguardo l'oggetto della condanna o del procedimento, l'organizzazione ne abbia identificato le cause e le eventuali ricadute sul proprio sistema di gestione ambientale, predisponendo e attuando gli interventi necessari ad impedirne il ripetersi. In ogni caso PJR nel corso dell'audit raccoglierà tutte le informazioni disponibili ed accessibili relative al procedimento in corso e opererà un riesame indipendente. Sarà considerata l'opportunità di eseguire visite aggiuntive. PJR, inoltre, richiederà all'organizzazione di essere informato di tutti gli sviluppi dei procedimenti in essere. Nel caso in cui aree, attività, impianti compresi nello scopo del certificato siano oggetto di sequestro, PJR valuterà se il sequestro renda impossibile verificare che il sistema di gestione continui ad essere conforme ed efficacemente attuato e, in caso negativo, non emetterà il certificato.

6.28 Solo per ISO 14001 Accredia: Certificato di Prevenzione incendi

- Requisiti generali. PJR richiederà all'organizzazione: che abbia individuato tutte le proprie attività ricadenti nella lista delle attività soggette ed il procedimento applicabile in funzione della "categoria" di appartenenza; che abbia attivato i procedimenti amministrativi pertinenti e li conduca con correttezza e tempestività, nel rispetto dei requisiti e dei tempi dettati dalla legge; che eventuali richieste di integrazioni delle autorità competenti siano state evase con tempestività e completezza. Se una delle verifiche sopra riportate evidenzia un esito negativo, l'organizzazione non può essere certificata e PJR richiederà la reazione dell'organizzazione prima di rilasciare il certificato.
- Requisiti per le attività di categoria B E C. PJR richiederà all'organizzazione: che i lavori di adeguamento siano in corso di esecuzione secondo quanto stabilito nel progetto approvato dal Comando dei VVF, in conformità ad eventuali scadenze prestabilite o prescrizioni dei VVF, con tempestività e completezza; che, in relazione ai lavori ancora da completare o ai dispositivi di sicurezza non ancora attuati, siano in essere misure di sicurezza tali da rendere il rischio accettabile a giudizio dell'OdC; che sia definito un programma di messa a norma adeguato ai rischi presenti, comprendente fasi e tempi per il completamento dei lavori previsti e per il perfezionamento sia del procedimento amministrativo che dei lavori di messa a norma. Nei casi di progetti di adeguamento di lunga durata e grande impegno economico, PJR si accerterà che la messa a norma proceda nel tempo in conformità al programma concordato in fase di certificazione; il perdurare delle condizioni di non conformità oltre i tempi stabiliti dal programma concordato non sarà accettato da PJR. In questi casi, PJR monitorerà nel tempo, eventualmente con visite supplementari o sorveglianze pianificate allo scopo, il comportamento dell'organizzazione nei riguardi della pratica antincendio. Fatto salvo quanto sopra esposto, nei casi in cui l'organizzazione abbia presentato la prevista SCIA nel rispetto dei requisiti e dei tempi dettati dalla legge, e sia in possesso della ricevuta rilasciata dal Comando competente, la certificazione potrà essere concessa.
- Requisiti per le attività di categoria A. PJR richiederà all'organizzazione, prima dell'emissione del certificato, evidenza dell'avvenuta presentazione della SCIA nel rispetto dei requisiti e dei tempi dettati dalla legge.
- Mantenimento della certificazione. Se l'organizzazione è già certificata si applica il principio secondo cui, prima di avviare qualsiasi nuova attività soggetta al controllo dei VVF o di modificarne una esistente e già "a norma", l'organizzazione deve avere prima assicurato la sussistenza di tutte le condizioni previste dalla legge per il legittimo esercizio dell'attività, inclusa in primo luogo l'applicazione delle misure di sicurezza. Nel caso l'organizzazione certificata esercisca un'attività/impianto soggetti al controllo dei VVF al di fuori delle condizioni sopra esposte, PJR emetterà una non conformità tale da richiedere una reazione immediata da parte dell'organizzazione stessa, con eventuale visita supplementare, pena la sospensione o la revoca della certificazione a discrezione di PJR.
- Organizzazioni soggette alle procedure integrate di cui al D. Lgs. 105/2015. Nel caso in cui l'organizzazione abbia avviato correttamente i procedimenti previsti e non abbia ricevuto risposte dagli enti competenti per periodi significativi, PJR verificherà che l'organizzazione: abbia avviato la pratica prima del rilascio della certificazione con anticipo adeguato a quanto previsto dal capitolo 5.2 del documento UNI TR 11331; continui a seguire con tempestività la pratica, trasmettendo agli organi competenti (Comitato e Comando) le istanze ed i documenti previsti dalla legge e sollecitando gli enti competenti per quanto di propria competenza; abbia in essere gli interventi e i dispositivi previsti dal Rapporto di Sicurezza.

6.29 Solo per ISO 14001 Accredia: "Pericolo concreto e attuale di superamento dei limiti" (D.lgs. 152/2006 e s.m.i.)

- Si può verificare il caso in cui il Lead Auditor raccolga evidenze tali da far ritenere che vi sia la possibilità "di individuazione di contaminazioni storiche che possano ancora comportare rischi di aggravamento della situazione di contaminazione" a fronte di eventi avvenuti anteriormente, oppure che il rischio di contaminazione appaia possibile a causa di attività in essere (incidenti, nuovi fenomeni di inquinamento). Durante la fase di certificazione PJR può trovarsi nelle seguenti situazioni:

  1) presso i siti dell'organizzazione non si rileva alcuna evidenza che faccia pensare a possibilità di contaminazione; in questo caso PJR richiederà comunque all'organizzazione di descrivere nei propri documenti (analisi iniziale e/o documenti di sistema) l'aspetto, con particolare riferimento alle attività pregresse, e di esplicitare le motivazioni per cui non sussiste il pericolo di superamento dei limiti.

  2) Vengono raccolte, durante sopralluoghi presso i siti dell'organizzazione o esame di documenti, evidenze tali da far ritenere che vi sia possibilità di contaminazione; in questo caso il Lead Auditor esaminerà i documenti del SGA (in particolare quelli relativi all'applicazione dei punti 6.1.2 e 9.1.1) ed eventualmente altri che si rivelassero rilevanti nella circostanza e:

  a) se l'organizzazione ha a sua volta identificato possibilità di contaminazione ed ha avviato le procedure previste dal D. Lgs. 152/2006 e s.m.i., il L.A. verificherà, a prescindere da chi sia responsabile dell'inquinamento, la progressiva e tempestiva applicazione delle prescrizioni del decreto stesso da parte dell'organizzazione a partire dall'obbligo di dare comunicazione agli enti competenti, ed emetterà eventuali NC secondo i principi di cui al capitolo 5 del rapporto tecnico UNI/TR 11331.

  b) se l'organizzazione non ha dato comunicazione agli enti competenti, né pianificato o eseguito un piano della caratterizzazione, ma ha valutato in qualche misura "significativo" l'aspetto ed ha eseguito indagini preliminari per valutare le concentrazioni di inquinanti nel suolo, sottosuolo e/o acque sotterranee allo scopo di confrontarle con i valori limite applicabili, PJR valuterà le risultanze delle indagini svolte e si comporterà di conseguenza (se le concentrazioni non superano i valori limite CSC, l'organizzazione non è soggetta ad obblighi specifici).

  c) se l'organizzazione, nella stessa situazione di cui al punto precedente, non ha eseguito indagini preliminari, PJR richiederà, emettendo non conformità, misure di controllo, sorveglianza o miglioramento da parte dell'organizzazione in relazione all'aspetto ed in particolare richiederà monitoraggi diretti o indiretti (ad esempio prove di tenuta dei serbatoi) della qualità di suolo, sottosuolo e/o acque sotterranee, comunque tali da consentire di escludere il rischio di contaminazione.

  d) se l'organizzazione non ha ritenuto di individuare possibilità di contaminazione e non ha quindi redatto comunicazioni, non ha pianificato o eseguito un piano della caratterizzazione, non ha fatto indagini preliminari e non ha valutato in qualche misura "significativo" l'aspetto o non lo ha identificato per nulla, PJR verificherà l'affidabilità del procedimento adottato dall'organizzazione per la valutazione degli aspetti ambientali ed emetterà una NC che evidenzi una carenza sostanziale del SGA nella affidabilità della procedura di identificazione o valutazione degli aspetti ambientali ed eventualmente richiederà subito l'esecuzione di verifiche ambientali come al punto precedente.

  Le non conformità che PJR emetterà nei casi a) e b) saranno riferite alla non efficace gestione della conformità legislativa ed avranno un peso coerente con i principi di cui al capitolo 5 del rapporto tecnico UNI/TR 11331. Nelle visite di sorveglianza, rinnovo o straordinarie, PJR applicherà criteri interpretativi uguali a quelli sopra esposti. Le non conformità che PJR emetterà nei casi c) e d) saranno riferite in linea di massima al SGA e non alla gestione della conformità legislativa, salvo diversa scelta motivata, ed avranno un peso coerente con i principi di cui al capitolo 5 del rapporto tecnico UNI/TR 11331.

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, si richiede all'Organizzazione di comunicare a PJR il livello di integrazione dei sistemi di gestione o, se il cliente è in fase di implementazione, una dichiarazione sul livello di integrazione dei sistemi che intende raggiungere. I tempi di audit calcolati per l'audit di un sistema integrato si basano sui documenti IAF MD5 e IAF MD11. Qualsiasi deviazione dalle tabelle dei giorni-uomo deve essere giustificata sull'apposito modulo, F-114. (Se è stata concessa una riduzione dei tempi di audit per l'audit di un sistema integrato, e al momento della Fase1 si rileva che i sistemi dell'organizzazione non sono effettivamente integrati o che il livello di integrazione non

corrisponde a quello sulla base del quale sono stati calcolati i tempi di audit, l'organizzazione non ha più diritto a tale riduzione. Prima della fase 2 si renderà quindi necessario un emendamento al contratto tra PJR ed il Cliente che riporti la determinazione dei nuovi tempi di audit).

7.2 Il/La Lead Auditor deve essere qualificato in tutti gli schemi oggetto del sistema integrato che l'organizzazione desidera certificare. Se uno/a o più componenti del gruppo di audit non sono qualificati/e in uno o più schemi oggetto di audit, allora il/la Lead Auditor sarà responsabile di pianificare l'audit in modo tale che gli/le auditor in questione non verifichino lo schema per il quale non sono qualificati/e.

7.3 Un/Una componente del Comitato Esecutivo qualificato/a in ciascuna norma del sistema integrato sarà incaricato di prendere la decisione sulla certificazione. Se non è disponibile un/una componente del Comitato Esecutivo che abbia la richiesta competenza per prendere la decisione finale, allora saranno utilizzati più componenti del Comitato Esecutivo.

7.4 Dopo l'approvazione della certificazione, saranno emessi attestati di certificazione diversi per ciascuno degli schemi 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.
La/Il responsabile del riesame amministrativo dei pacchetti di audit (funzione Audit Package Coordinator), o chi designato/a per tale incarico, riesamina il pacchetto per controllarne la completezza. Tale riesame viene registrato sul modulo F-67(i) (se l'audit riguarda solo la Norma ISO 9001) o sul modulo F-67ehs(i) (se l'audit riguarda la Norma ISO 14001 e/o la Norma ISO 45001).
Successivamente il pacchetto di audit viene girato ad un/una componente del Comitato Esecutivo qualificato/a come auditor nello/negli schema/i di certificazione e nel/i codice/i IAF applicabile/i applicabile/i, che ne effettuerà il riesame tecnico e prenderà la 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 entro 60 giorni dal termine della Fase II o dell'audit di Rinnovo.
Ulteriori competenze del Comitato Esecutivo si trovano nella procedura PRO-17(i).

8.1.2 Gli/Le auditor scelti/e per l'approvazione dei pacchetti di audit devono partecipare a una seduta formativa tenuta dal/dalla Program Manager. Il/La Program Manager registra l'avvenuto training sul modulo F-60(i), "Registro per il training del personale", e sul modulo F-21ec(i), "Checklist per la qualifica del Rappresentante della Certificazione/re del Comitato Esecutivo", e conserva le registrazioni relative ai/alle componenti qualificati/e del comitato esecutivo. Per ogni componente del comitato esecutivo, verranno campionati, a cura del/della Program Manager, un minimo di due pacchetti di audit all'anno. 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.

8.1.3 I risultati del riesame del pacchetto di audit vengono documentati sul modulo F-67(i) o, per audit integrati con Norme ISO 14001 e/o ISO 45001, sul modulo F-67ehs(i).

8.1.4 I/Le Componenti del Comitato Esecutivo devono firmare il modulo F-71ex(i), "Dichiarazione di disponibilità del Membro del Comitato Esecutivo", prima di completare il riesame del pacchetto di audit, al fine di confermare che non esiste alcun conflitto di interesse.

8.1.4.1 Per la ISO 45001 qualora un'organizzazione non sia conforme ai requisiti cogenti, dovrà

dimostrare un piano di rientro per raggiungere la piena conformità entro una data specifica. Tale piano dovrà comprendere della documentazione di supporto da parte dell'autorità di regolamentazione competente, se applicabile.

8.1.4.2 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.

8.1.4.3 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.

8.1.5 Nei casi in cui un/una componente del comitato esecutivo bocci il pacchetto di audit, dovrà contattare lo/la auditor o il cliente per correggere gli errori rilevati. Se lo riterrà necessario, inoltre, segnalerà al/alla Program Manager la necessità di nuova formazione per lo/la auditor.

8.1.6 Se un pacchetto di audit è scritto in una qualsiasi lingua diversa dall'italiano, per effettuare il riesame si devono rispettare i seguenti requisiti minimi di traduzione: l'audit plan, il Rapporti di Non Conformità e, se richiesto, le evidenze oggettive ed il Rapporto di Audit. Il/La componente del comitato esecutivo può richiedere, se lo ritiene opportuno, la traduzione di ulteriori informazioni/documenti.

8.1.7 Dopo che è stato deciso di concedere la certificazione, il pacchetto di audit viene inviato al Certificate Coordinator affinché prepari l'attestato di certificazione.

Nota: Il campo di applicazione della certificazione non deve comprendere i processi che non siano stati sufficientemente verificati per comprovarne la loro conformità ai requisiti. Laddove i processi non siano stati verificati e siano 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 giustificata dal cliente. PJR non certifica un sistema di gestione in cui le esclusioni sui processi non rientrino tra le 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.

8.1.8 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/La Lead Auditor che ha condotto l'audit avrà il compito di inviare all'Organizzazione il rapporto di audit o le relative registrazioni modificate.

8.2 Per tutte le certificazioni iniziali la "data di prima emissione" del certificato (uguale alla "data di emissione corrente") dovrà coincidere con la "data di decisione della certificazione" (che corrisponde alla data di approvazione del pacchetto di audit da parte del Comitato Esecutivo).

8.2.1. I certificati emessi avranno durata triennale (subordinata al superamento dei previsti audit di sorveglianza): la "data di scadenza" del certificato dovrà corrispondere precisamente a 3 anni meno 1 giorno a partire dalla data di emissione.

8.2.2. 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.

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 PRO-3(i) relativa alla riproduzione e all'uso dell'Attestato di Certificazione e del Logo. Tale procedura comprende anche le regole sull'utilizzo dei loghi stabilite dagli enti di accreditamento applicabili alla certificazione rilasciata al cliente.

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.

8.4 PJR comunica ad ACCREDIA tutti i certificati emessi sotto suo accreditamento, tramite aggiornamento della relativa banca dati: la responsabilità è del/della Certificate Coordinator (l'aggiornamento della banca dati va effettuato almeno una volta al mese; nel caso di revoche di certificati ISO 9001 IAF 28, l'aggiornamento va effettuato entro 5 giorni dalla revoca).

8.5 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.

8.6 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.

8.7 Solo per ISO 14001 Accredia (in base alle disposizioni di cui al Regolamento Tecnico Accredia RT-09):

- Nel formulare lo scopo di una certificazione ambientale, rilasciata ai sensi della norma UNI EN ISO 14001, PJR riporterà, oltre eventualmente al prodotto, le tipologie di attività (processi) sotto il controllo dell'organizzazione incluse nel campo di applicazione del SGA certificato; il grado di dettaglio ragionevole potrà essere stabilito in funzione della complessità produttiva dell'organizzazione, ma sarà tale da fornire sempre l'idea dei possibili impatti ambientali collegati.
- Qualora all'interno di un sito sia possibile certificare una (o più) unità operative dell'organizzazione, ma non tutte quelle presenti all'interno del sito stesso, le unità operative non coperte da certificazione saranno riportate sul certificato come esclusioni.
- Nel caso di attività di servizi, lo scopo del certificato e le esclusioni saranno congruenti con quanto riportato nel documento UNI/TR 11331 al punto 4.2. In particolare, se l'esclusione riguarda attività - tipicamente di servizio - che si svolgono nel territorio o in siti mobili, le esclusioni saranno esplicitate nello scopo oppure, in alternativa, le attività comprese nel campo di applicazione del sistema di gestione e indicate nel certificato saranno precedute dall'indicazione "limitatamente alle attività di …" o da analoga dicitura.
- PJR non accetterà esclusioni dal campo di applicazione del SGA certificato di una o più "unità operative", o di una o più attività di servizio, nei casi in cui tale esclusione si configuri come "cherry picking".

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.
Il primo audit di sorveglianza, successivo alla certificazione iniziale, deve essere condotto al massimo entro 12 mesi dalla data di decisione della certificazione.
Il secondo audit di sorveglianza, successivo alla certificazione iniziale, deve essere condotto al massimo entro 27 mesi dalla data di decisione della certificazione (comunque non oltre l'anno solare di riferimento).
Il primo ed il secondo audit di sorveglianza, successivi al rinnovo della certificazione, possono essere condotti al massimo quando mancano, rispettivamente, 21 mesi e 9 mesi alla scadenza del certificato (comunque non oltre l'anno solare di riferimento).

9.1.2 Prima dell'audit, i clienti il cui scopo comprenda la norma ISO 45001 dovranno compilare il modulo F-108ISO45001.it, che permetterà di verificare che il tempo degli audit di sorveglianza o rinnovo sia stato adeguatamente stabilito. Il completamento di questo modulo garantisce infatti la raccolta di opportune

informazioni che possano influire sui tempi di audit: principali pericoli / rischi, principali materiali/sostanze pericolosi/e, principali prescrizioni legali, personale che lavora all'esterno della sede aziendale, presenza di appaltatori / subappaltatori, procedimenti legali in corso, tasso degli infortuni e delle malattie professionali dell'ultimo triennio.

9.1.3 Gli Audit di Sorveglianza sono regolati da un Piano per gli Audit di Sorveglianza (F-184), elaborato dal/dalla Lead Auditor. Il workbook WB-QEHS-ST2 descriverà nel dettaglio i parametri da seguire durante la sorveglianza.

9.1.4 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.

9.1.5 In generale l'attività di delibera viene completata dal comitato esecutivo prima della scadenza del precedente certificato: in tal caso il nuovo certificato riporterà come "data di emissione corrente" quella corrispondente alla "data di decisione della certificazione" (che corrisponde a sua volta alla data di approvazione del pacchetto di audit del Comitato Esecutivo). Il nuovo certificato riporterà inoltre la "data di prima emissione", che sarà la stessa "data di prima emissione" riportata sul certificato precedente. In ultimo, la "data di scadenza" sarà di esattamente tre anni successiva alla "data di scadenza" del precedente certificato.

9.1.5.1. Laddove le attività di delibera (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 precedente certificato, il nuovo certificato, affinché venga mantenuta la cosiddetta "storicità", riporterà come "data di prima emissione" quella già presente sul certificato precedente; come "data di emissione corrente" quella corrispondente alla "data di decisione della certificazione"; come "data di scadenza" quella di esattamente tre anni successiva alla "data di scadenza" del precedente certificato. Il nuovo certificato dovrà però riportare una dicitura che evidenzi in maniera chiara il periodo di tempo in cui il certificato non è stato valido (cioè dalla data di scadenza precedente a quella di delibera del rinnovo). In alternativa, è possibile evitare di riportare tale dicitura purché la "data di prima emissione" e la "data di emissione corrente" siano entrambe corrispondenti alla "data di decisione della certificazione" e la data di scadenza sia sempre di esattamente tre anni successiva alla "data di scadenza" del precedente certificato (in tal caso si perde ovviamente la "storicità" del certificato, per cui tale opzione viene esercitata solo se richiesta dal cliente).

9.1.6 Il riesame dei pacchetti di audit è documentato sul modulo F-67(i) (o F-67ehs(i)). I pacchetti di audit di rinnovo o di sorveglianza a cui segue l'emissione o la revisione di un certificato sono riesaminati dal Comitato Esecutivo (che prende la relativa decisione sulla certificazione), mentre i pacchetti di audit di sorveglianza che non portano alla revisione del certificato non sono generalmente riesaminati 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.

9.3 Se il cliente utilizza i loghi/marchi di PJR (associati o meno ai loghi degli enti di accreditamento), l'utilizzo dei loghi devono essere valutati in conformità alla procedura PRO-3.

9.4 Quando viene incaricato di effettuare un audit di sorveglianza o di rinnovo, il/la Lead Auditor riceve una copia di tutte le non conformità emesse nel precedente audit di sorveglianza ed una copia del Rapporto di Audit. Gli/Le Auditor devono verificare il trattamento di tali non conformità e l'implementazione delle relative azioni correttive. A loro discrezione, possono anche verificare la continua efficacia delle azioni correttive implementate per chiudere le non conformità emesse durante i precedenti audit all'interno di un determinato ciclo. Se per qualche motivo il/la Lead Auditor non riceve una copia delle precedenti non conformità ed il Rapporto di Audit dall'ufficio PJR, deve richiedere tali documenti al cliente. Se il cliente non ha una copia delle precedenti non conformità, il/la LA deve

contattare l'ufficio PJR. Il/La Lead Auditor deve indicare che ha verificato il trattamento delle non conformità e l'efficacia delle azioni correttive nelle parti del Rapporto di Non Conformità intitolate: "Verifica dell'efficacia del TRATTAMENTO" e Verifica dell'efficacia dell'AZIONE CORRETTIVA". I pacchetti di audit degli audit di sorveglianza e di rinnovo che non riportino l'evidenza della chiusura delle non conformità del precedente audit sono considerati incompleti.

9.5 Al termine del periodo di certificazione, si rende necessaria una rivalutazione del sistema (rinnovo). Il tempo dell'audit di rinnovo dovrebbe corrispondere tipicamente ai 2/3 del tempo speso per l'audit iniziale (Fase 1 e Fase 2), ma il riesame del triennio, documentato su modulo F-118.it, potrebbe portare a richiedere un tempo di audit maggiore. 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 viene effettuato sul modulo F-118.it prima della preparazione del contratto per il rinnovo e costituisce un input sia per la determinazione dei tempi di audit per l'audit di rinnovo che 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 Lo/La scheduler riporta le raccomandazioni (inserite in PJView a cura dello/della auditor che ha compilato l'F-118.it) all'interno del modulo F-27 "Scheda Audit", in modo che pervengano allo/alla auditor incaricato/a di condurre l'audit di rinnovo. Il riesame del triennio precedente fornisce un breve sommario delle non conformità emesse durante il precedente periodo di certificazione. Gli/Le Auditor, inoltre, riceveranno una copia dell'ultimo rapporto di audit e delle eventuali non conformità e relative azioni correttive attinenti il precedente audit. Il riesame del triennio di certificazione precedente potrà indicare che lo/la auditor avrà bisogno di impiegare più tempo nell'esaminare un processo/un'area, in base alle performance passate del cliente in relazione allo stesso processo/alla stessa area.

9.7.1 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 debba 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/dalla Program Manager o dal/dalla suo/a delegato/a. Tale decisione viene documentata nel modulo F-118.it. 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 Nel caso vengano emesse Non Conformità Minori, l'organizzazione deve inviare il piano per le azioni correttive a chiusura delle NC entro 60 giorni dalla data di chiusura dell'audit di sorveglianza o di rinnovo, mentre il limite massimo per l'accettazione del piano da parte degli/delle auditor è di 75 giorni (sempre a partire dalla data di chiusura dell'audit di sorveglianza o rinnovo). Nel caso in cui, per un audit di rinnovo, il certificato scada prima del 75° giorno dopo l'audit, lo/la auditor dovrà stabilire un limite temporale più ristretto, al fine di garantire che il piano per le azioni correttive venga predisposto e verificato prima della scadenza del certificato (ciò significa che l'organizzazione dovrà inviare il piano per le azioni correttive in meno di 60 giorni). L'implementazione delle azioni correttive di cui al piano accettato deve essere verificata durante l'audit immediatamente successivo.
Nel caso vengano emesse NC maggiori, il solo piano per le azioni correttive non è accettabile: l'organizzazione, entro 60 giorni dall'ultimo giorno di verifica, deve fornire l'evidenza oggettiva che le azioni correttive siano state correttamente implementate così che le Non Conformità possano essere chiuse dallo/dalla auditor al massimo entro 75 giorni dalla data di chiusura dell'audit. Nel caso in cui, per un audit di rinnovo, il certificato scada prima del 75° giorno dopo l'audit, lo/la auditor dovrà stabilire un limite temporale più ristretto, al fine di garantire che le azioni correttive vengano implementate e verificate prima della scadenza del certificato (ciò significa che l'organizzazione dovrà implementare le correzioni e azioni correttive in meno di 60 giorni). La continua efficacia delle azioni correttive a chiusura delle NC maggiori deve essere verificata durante l'audit immediatamente successivo.
Nel caso in cui PJR non abbia completato l'audit di rinnovo, o si trovi nell'impossibilità di verificare il piano delle azioni correttive (per le NC minori) o l'implementazione delle correzioni/azioni correttive (per NC maggiori) prima

della scadenza della certificazione, il certificato in corso di validità non potrà essere esteso. Si veda però quanto disposto al successivo paragrafo 9.9.1 in merito al possibile ripristino della certificazione.
Per alcuni schemi particolare le regole per la chiusura delle Non Conformità possono essere diverse.

9.9.1 Nel caso in cui il certificato sia scaduto, PJR potrà ripristinare il certificato, purché l'attività di rinnovo (verifica e delibera) sia iniziata prima o dopo la data di scadenza del precedente certificato, e sia stata completata positivamente entro 1 anno della data di scadenza del precedente certificato.
Se si vuole mantenere la storicità del certificato, si emette il nuovo certificato con evidenza, sullo stesso, del periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.
Se non si vuole mantenere la storicità, viene riportata come data di prima emissione quella di delibera del ripristino della certificazione e come data di scadenza quella coerente con il ciclo precedente. Ne consegue che utilizzando questa seconda opzione, non è necessaria alcuna nota aggiuntiva sul certificato, relativa al periodo di non validità.
L'unica differenza derivante dal fatto che l'attività di rinnovo venga completata entro 6 mesi dalla scadenza del certificato, o tra 6 mesi e un anno dalla scadenza del certificato, attiene ai tempi dell'audit di rinnovo (nel primo caso è pari almeno ad un normale audit di rinnovo, nel secondo caso pari almeno ad un audit di stage 2).

9.10 Non tutti i pacchetti di audit di sorveglianza vengono riesaminati dal Comitato Esecutivo. Per alcuni schemi, fra cui anche ISO 9001, i/le LA che hanno dimostrato un alto livello di competenza nelle proprie tecniche di audit e nella preparazione dei pacchetti audit (alta percentuale di approvazione), la raccomandazione del/della LA di continuare la certificazione è sufficiente. La decisione verrà presa a discrezione del Program Manager.

9.11 Tuttavia, al verificarsi anche di una sola delle seguenti condizioni, è richiesto che il pacchetto di audit di tali auditor sia riesaminato, ai fini dell'approvazione, dal Comitato Esecutivo:
9.11.1 sono state identificate delle non conformità maggiori;
9.11.2 Estensione dello scopo di certificazione;
9.11.3 il/la Lead Auditor richiede l'approvazione da parte del Comitato Esecutivo;
9.11.4 quando è necessario, per qualsiasi motivo, revisionare il certificato.

9.12 PJR si riserva il diritto di effettuare audit speciali, con breve preavviso o senza 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/dalla Program Manager, il/la quale, potrebbe anche aver bisogno dell'autorizzazione da parte di un ente esterno. Le circostanze che possono dare avvio ad audit speciali, con breve preavviso o senza preavviso, comprendono, ma non si limitano a:

9.12.1 Richieste per l'estensione dello scopo: le richieste per l'estensione dello scopo devono pervenire a PJR per iscritto. Il/La Program Manager o il/la suo/a delegato/a riesamina tale richiesta per decidere se è necessario un audit extra o se la modifica può essere valutata durante il successivo audit di sorveglianza.
9.12.2 Modifiche significative nell'organizzazione. In questi casi, è quasi sempre richiesto un audit di rinnovo. (Si noti che secondo il contratto con PJR, il cliente deve informare PJR, per iscritto, di ogni significativo cambiamento).
9.12.3 Reclami dei clienti o delle parti interessate delle organizzazioni certificate o se PJR sospetta che il cliente non stia continuando a rispettare i requisiti applicabili.
9.12.4 Sospensione della certificazione.
9.12.5 Informazioni importanti relative alla sicurezza e che diventano note a PJR.
9.12.6 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.
9.12.7 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/della Lead Auditor e del/della Program Manager.
9.12.8 Per quanto riguarda i sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro, 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.

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.

9.13.1 Le estensioni dello scopo vengono trattate nella sezione 9.12.1. Le riduzioni dello scopo verranno trattate durante il successivo audit prestabilito. Il cliente verrà informato dalla/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, la/lo scheduler consulterà il/la Program Manager 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 l'esclusione della progettazione. La riduzione dello scopo verrà comunicata allo/alla auditor attraverso il modulo F-27 "Scheda audit". Lo/La Auditor eseguirà l'audit ed una Richiesta di Certificazione completa in modo che rappresenti il nuovo scopo.

9.14 Per tutti gli schemi, per gli audit speciali è richiesta la compilazione di un piano di audit e del completamento del rapporto di rivisita nel relativo workbook. I Rapporti di Non Conformità devono essere compilati, se necessario.

9.15 In tutti i casi nei quali si proceda (per qualsiasi motivo) alla revisione di un certificato in corrente stato di validità, la "data di revisione" sarà uguale o successiva alla "data di decisione della certificazione": in particolare corrisponderà alla data di invio a mezzo mail del certificato al cliente. Nella mail di invio al cliente verrà precisato che da quel momento l'unico certificato valido sarà quello revisionato (l'emissione del certificato revisionato, infatti, comporta la fine anticipata del periodo di validità del precedente certificato). Tale modalità di apposizione della data di revisione viene utilizzata al fine di evitare la possibile coesistenza di due certificati diversi che potrebbero essere erroneamente considerati entrambi validi.

9.16 Solo per ISO 14001 Accredia (in base alle disposizioni di cui al Regolamento Tecnico Accredia RT-09):

- Se PJR, durante le sorveglianze, i rinnovi o le visite straordinarie o supplementari, rileva situazioni di non conformità autorizzativa non riscontrate negli audit precedenti (ad esempio una autorizzazione scaduta, oppure un nuovo impianto per il quale non è stata ottenuta l'autorizzazione), emetterà NC maggiori. Se la domanda non è stata presentata, l'OdC deve chiedere all'organizzazione di provvedere immediatamente all'inoltro della necessaria domanda, completa e esatta, pena la sospensione o il ritiro della certificazione. Nel caso in cui, invece, la domanda sia stata presentata nei tempi corretti o comunque previsti dal capitolo 5.2 del documento UNI/TR 11331, PJR potrà considerare la situazione conforme e dovrà comunque richiedere all'organizzazione di essere informato di ogni sviluppo della pratica in questione. Per le situazioni di natura tecnica, operativa e/o analitica, è necessario prendere in considerazione il contesto di riferimento per valutare le condizioni del mantenimento della certificazione. Pertanto, in presenza di una situazione puntuale, riconducibile a condizioni di eccezionalità/casualità dell'evento ed in cui l'organizzazione è in grado di dimostrare una corretta modalità di gestione e tempi di rientro definiti, PJR potrà emettere una NC minore che non comprometta il mantenimento della certificazione oppure documentare quanto riscontrato in altro modo. In caso contrario sarà necessario, invece, emettere una NC maggiore che, in assenza di un'adeguata e tempestiva azione correttiva da parte dell'organizzazione, potrà portare alla sospensione della certificazione prima ed alla revoca della stessa poi.
- Nel caso di procedimenti legali in corso, PJR adotterà le stesse misure descritte al precedente paragrafo 6.27. Nel caso di aree, attività, impianti compresi nello scopo del certificato e oggetto di sequestro, se quest'ultimo rende impossibile verificare che il sistema di gestione continui ad essere conforme ed efficacemente attuato, PJR sospenderà il certificato.
- Nel caso in cui PJR, in fase di audit di certificazione inziale, abbia rilasciato la certificazione in assenza di autorizzazione, verificherà in prima sorveglianza l'effettivo possesso dell'autorizzazione o comunque il pieno controllo della pratica (solleciti periodici documentati, visite all'autorità competente, acquisizione di pareri o autorizzazioni provvisori, ecc.) da parte dell'organizzazione.
- Gli audit di sorveglianza devono comprendere almeno la raccolta e registrazione delle seguenti informazioni (elenco non esaustivo):
  - le autorizzazioni esaminate con data di scadenza e/o lo stato degli adempimenti collegati alle

autorizzazioni in essere o in corso di modifica o acquisizione;
  - gli aspetti ambientali per i quali è stata eseguita la verifica della capacità dell'organizzazione di assicurare adeguato controllo e/o sorveglianza;
  - la specifica delle procedure o delle istruzioni esaminate (ad esempio manutenzione, controllo fornitori e appaltatori, gestione del depuratore, gestione dei depositi temporanei di rifiuti, ecc.);
  - reparti e aree presso cui sono stati eseguiti sopralluoghi per l'esame delle prassi in essere;
  - funzioni e reparti presso cui sono state eseguite interviste per la verifica delle prassi in essere e del grado di coinvolgimento e formazione del personale.
- PJR assicura la continuità nella trasmissione delle informazioni tra i successivi audit indipendentemente dal tipo di audit (certificazione, sorveglianza, supplementare, rinnovo).

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 Accreditamento degli enti di Accreditamento 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 discreditare 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.
k) Le informazioni che evidenziano come il Sistema di Gestione certificato non garantisca la conformità ai requisiti cogenti relativi al prodotto o servizio rappresentano uno dei motivi per cui PJR può sospendere (anche in via precauzionale) o revocare il certificato.
l) Le informazioni su incidenti, incidenti gravi, o rilevanti violazioni della normativa che coinvolge l'autorità di regolamentazione competente, che possono essere fornite dal cliente o apprese tramite un audit speciale, qualora si riesca a dimostrare che il sistema di gestione non è riuscito a soddisfare i requisiti di certificazione (ad esempio relativi alla salute e sicurezza), possono rappresentare un motivo per cui PJR decida di sospendere o revocare il certificato.

10.3 PJR fornirà all'organizzazione adeguate opportunità per attuare azioni correttive appropriate 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, anche via mail (rinuncia volontaria alla certificazione).

10.6 Nei casi di sospensione o revoca della 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 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 (o propendere per il ripristino della certificazione come descritto al precedente paragrafo 9.9.1). Gli audit di sorveglianza possono essere rinviati per un massimo di 3 mesi. Le Organizzazioni che rinviano 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, 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/le 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 informerà la società certificata di tale divulgazione per iscritto a tempo debito. 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.

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 Accreditamento, deve autorizzare il team di audit di PJR ad essere accompagnato da un auditor del suddetto Ente di accreditamento o da un/una auditor di PJR allo scopo di affiancare il team di audit di PJR.

14.2 Il/La Lead Auditor che viene affiancato da un ente di accreditamento deve contattare il/la Program Manager al termine dell'audit, al fine di comunicare velocemente i risultati della Visita in Accompagnamento. Qualora lo/la auditor che viene affiancato indicasse la presenza di una non-conformità durante l'audit, ma non l'avesse documentata, il/la 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/le auditor che hanno partecipato ad audit in accompagnamento a condividere le lezioni imparate con il Program Manager, in modo che tali lezioni vengano riesaminate e possibilmente incorporate nel programma stesso.

14.4 Solo per Accredia:
Così come previsto dal Regolamento RG-01, Accredia può condurre particolari audit chiamati "*Market Surveillance Visit*" (MSV). Tale MSV è definita come: "Verifica generalmente di un giorno presso un'organizzazione certificata, per determinare il livello di confidenza nella conformità del sistema di gestione a requisiti specifici, e l'efficacia del processo di certificazione accreditato (rif. documento IAF ID4)". In questi casi, ove applicabile, Accredia, scelta una pratica, può richiedere a PJR di trasmettere in anticipo tutta la documentazione del processo di certificazione e una copia dei precedenti rapporti di audit.
La finalità della Market Surveillance Visit è quella di:
- comprendere la reale effettuazione di una verifica e, conseguentemente, se il relativo rapporto rispecchi la realtà aziendale, intervistando i funzionari apicali dell'Organizzazione, ovvero la Direzione o un suo Rappresentante, ricostruendo le registrazioni contenute nell'ultimo rapporto di verifica;
- comprendere se il rapporto di verifica sia completo rispetto ai processi ed ai requisiti da verificare;
- comprendere se il sistema di gestione è "storico" ed efficace o costruito ad hoc;
- capire se il programma triennale è stato gestito correttamente.

È responsabilità di PJR prendere contatti con l'azienda per l'organizzazione della Market Surveillance Visit. Non è accettabile che l'organizzazione non fornisca i documenti richiesti, ovvero quelli che PJR ha preso a riferimento ai tempi del suo audit.
Il rapporto di verifica verrà consegnato e illustrato dall'Ispettore/Ispettrice Accredia ai rappresentanti di PJR, se presenti, non fornendo nessun dettaglio all'organizzazione verificata.

14.5 Solo per Accredia:
Così come previsto dal Regolamento RG-01, Accredia può condurre particolari audit chiamati "*Verifiche non annunciate (senza preavviso)*", cioè verifiche effettuate da Accredia senza preavviso a PJR presso la sua sede o in accompagnamento presso i clienti di PJR, sulla base della programmazione ricevuta da PJR stessa.
Le organizzazioni certificate da PJR (sotto accreditamento Accredia) riconoscono il diritto di Ispettori/Ispettrici / Esperti/e Tecnici/Tecniche di Accredia, di accedere anche senza preavviso alle proprie sedi (in accompagnamento a PJR), pena la mancata concessione della certificazione o la sospensione o revoca della certificazione in caso di persistente inadempienza all'obbligo medesimo, salvo giustificati motivi.

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'e-mail rimanga salvata nell'inbox personale di una persona). Un nome scritto al computer sul modulo, ma senza la relativa e-mail 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/C5del 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/una auditor del team deve avere la qualifica di Lead Auditor
- Superamento dei Training Module, schema SGQ, per i settori IAF 24 e 17.

1.6 L'audit team deve utilizzare il "Rapporto di audit" (WB-QEHS-ST2.it, da compilare per le sole parti applicabili), il "WorkBook Supplement" ("WB-Supplement.it"), il modulo per il piano di audit ("F-184(i)"), e la checklist aggiuntiva (F-12.reg333.it o F-12.reg715.it a seconda del tipo di audit).

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. Tale attestazione non è coperta da accreditamento.

2.0 Certificazione di conformità ai principi del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969, REV. 4 (2003) Annex 1

2.1 L'Annex 1 del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969 rev. 4 (2003) definisce le linee guida per l'applicazione di un sistema di analisi dei pericoli e punti di controllo critici (HACCP), 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 di conformità ai principi del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969, REV. 4 (2003) Annex 1 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:
Se l'audit viene condotto contestualmente all'audit ISO 9001:
- 0,5 g.u. per l'audit iniziale
- 0.25 g.u. per ogni seguente audit di sorveglianza.

Se l'audit non viene condotto contestualmente all'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 Auditor SGQ
- Superamento dei Training Module per i codici IAF 03 e IAF 30

2.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare, sono i seguenti:
- il "WorkBook Supplement" ("WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" ("WB-QEHS-ST2.it"), da compilare per le sole parti applicabili;
- la check list specifica ("F-012.CAC-CRP-1.it");
- il modulo "Piano di audit" ("F-184(i)").

2.6 La certificazione di conformità ai principi del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969, REV. 4 (2003) Annex 1 sostituisce, per PJR, la precedente certificazione alla norma UNI 10854:1999 (norma ritirata).
Non sono previsti particolari processi di transizione o migrazione: a partire dall'aprile 2021 gli audit di sorveglianza o rinnovo per le aziende precedentemente certificate con la UNI 10854:1999 verranno condotti a fronte dell'Annex 1 del Codex Alimentarius.
A seguito di esito positivo dell'audit verrà revisionato il precedente certificato (se in sorveglianza) o emesso un nuovo certificato (se in rinnovo); tali certificati riporteranno come standard di riferimento: *Principi del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969, rev. 4 (2003) Annex 1: Sistema di Analisi dei Pericoli e Punti di Controllo Critici (HACCP) - Linee guida per la sua applicazione*.
Gli audit di certificazione iniziale verranno condotti esclusivamente a fronte dell'Annex 1 del Codex Alimentarius.

2.7 La certificazione di conformità ai principi del Codex Alimentarius CAC/RCP 1-1969, REV. 4 (2003) Annex 1 non è coperta da accreditamento.

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 "Aggiornamento delle Norme Tecniche per le Costruzioni" – D.M.

17.01.2018 (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, 3 e 4. I requisiti sono riassunti nel Tab. 11.3.XII 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".

3.2 La serie di norme UNI EN ISO 3834:2021 si compone delle seguenti parti:

- UNI EN ISO 3834-1:2021 → "*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 3834-2:2021 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità estesi*";
- UNI EN ISO 3834-3: 2021 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità normali*";
- UNI EN ISO 3834-4: 2021 → "*Requisiti di qualità per la saldatura per fusione dei materiali metallici - Parte 2: Requisiti di qualità elementari*";
- UNI EN ISO 3834-5: 2021 → "*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*".

Delle cinque norme (o parti) citate, sono certificabili solo le parti 2, 3 e 4. Le parti 1 e 5, 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.

3.3 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 3834:2021 Parte 2;
    - di almeno 0,75 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 3;
    - di almeno 0,5 giorno-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 4.
  - Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:
    - di almeno 0, 5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 2;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 3;
    - di almeno 0,25 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 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 3834:2021 Parte 2;
    - di almeno 0,75 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 3;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 4.
  - Nel caso di audit integrati con la ISO 9001:
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 2;
    - di almeno 0,5 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834 2021 Parte 3;
    - di almeno 0,25 giorni-uomo on site per la UNI EN ISO 3834:2021 Parte 4.

3.6 Requisiti del team di audit:

3.6.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor e Team Member:

- Qualificato/a come Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 17);
- Minimo due anni di esperienza nel campo della saldatura (a qualsiasi titolo acquisita, anche nel campo della consulenza);
- Conoscenza degli specifici processi/prodotti oggetto di audit.

3.7 L'audit team deve utilizzare il "Rapporto di audit" (WB-QEHS-ST2.it, da compilare per le sole parti applicabili), il "WorkBook Supplement" ("WB-Supplement.it"), il modulo per il piano di audit ("F-184(i)"), e la 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. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

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 Auditor / Lead Auditor:
- Qualificato/a come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per i codici IAF 37 e IAF 38);
- 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.

4.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare, sono i seguenti:
- il "WorkBook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" ("WB-QEHS-ST2.it"), da compilare per le sole parti applicabili;
- 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. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

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 Auditor / Lead Auditor:
- Qualificato/a 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");
- il "Rapporto di audit" ("WB-QEHS-ST2.it"), da compilare per le sole parti applicabili;
- 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. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

6.0 Certificazione dei Servizi di Gestione e Controllo delle Infestazioni (Pest Management) in accordo alla norma UNI EN 16636:2015

6.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che hanno la responsabilità di fornire servizi di gestione e controllo delle infestazioni, incluse la valutazione, le raccomandazioni e la successiva esecuzione delle procedure di controllo e di prevenzione definite di lavanderia, dove è necessario controllare la biocontaminazione, e che intendono conseguire la certificazione dei propri servizi rilasciata da un organismo terzo ed indipendente.
I requisiti da verificare sono tutti contenuti nei capitoli 5, 6 e 7 della norma, e sono così suddivisi:
- 5 – Flusso di processo dei servizi professionali
  - 5.1 – Contatto con il cliente
  - 5.2 – Ispezionare / Valutare il sito
  - 5.3 – Valutare le infestazioni, identificare i parassiti e condurre un'analisi sulla causa originaria
  - 5.4 – Valutazione di rischio del cliente e del sito
  - 5.5 – Definire il campo di applicazione legale

- 5.6 – Definire il piano di gestione e controllo delle infestazioni
- 5.7 – Proposta formale per il cliente
- 5.8 – Fornire il servizio concordato
- 5.9 – Gestione dei rifiuti
- 5.10 – Registro formale, rapporto di servizio e raccomandazioni al cliente
- 5.11 – Conferma dell'efficacia del servizio
- 5.12 – Monitoraggio

- 6 – Competenze e requisiti
  - 6.1 – Competenze
  - 6.2 – Gestione delle attrezzature
  - 6.3 – Fornitura ed uso di pesticidi
  - 6.4 – Documentazione e registrazioni
  - 6.5 – Assicurazione
- 7 - Subappalto

6.2 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.

6.3 Tempi di audit:

6.3.1 I tempi di audit **iniziale** e di **rinnovo** sono:
- Per audit relativi solo alla UNI EN 16636:2015:
  - 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 servizi caratterizzati da notevole complessità).
- 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 servizi non complessi, è possibile in via eccezionale arrivare a 0,5 giorni-uomo).

6.3.2 I tempi di audit di **sorveglianza** sono:
- Per audit relativi solo alla UNI EN 16636:2015:
  - 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).
- 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 servizi caratterizzati da notevole complessità).

6.4 Requisiti del team di audit:

6.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor / Lead Auditor:
- Qualificato/a come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 35);
- 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 di Pest Management, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI EN 16636:2015, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

6.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare, sono i seguenti:
- il "WorkBook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" ("WB-QEHS-ST2.it"), da compilare per le sole parti applicabili;
- la check list specifica per la Norma UNI EN 16636:2015 (file "F-12-16636-2015.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184(i)").

6.6 La certificazione UNI EN 16636:2015 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

7.0 Certificazione dei Sistemi di Misurazione della Qualità per le Prestazioni di Pulizia in accordo alla norma UNI EN 13549:2003

7.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che intendono garantire attraverso la misurazione della qualità i livelli di performance/qualità stabiliti per i servizi di pulizia, e che intendono conseguire la certificazione del proprio sistema di misurazione della qualità, rilasciata da un organismo terzo ed indipendente.

I requisiti da verificare sono tutti contenuti nei capitoli 4 e 5 della norma, e sono così suddivisi:

4 – Requisiti
- 4.1 – Condizioni
- 4.2 – Collaudo
- 4.3 – Campionamento
- 4.4 – Qualità media risultante

5 – Raccomandazioni
- 5.1 – Livelli di qualità
- 5.2 – Comprensibilità
- 5.3 – Costi di gestione
- 5.4 – Metodi di misurazione oggettivi
- 5.5 – Collaudo per campione
- 5.6 – Intervalli di applicazione
- 5.7 – Servizi correlati alla pulizia
- 5.8 – Lavoro periodico
- 5.9 – Azioni correttive
- 5.10 – Esempi di elementi
- 5.11 – Stratificazione
- 5.12 – Numerosità minima del campione
- 5.13 – Modalità di gestione
- 5.14 – Circostanza specifiche di gestione

7.2 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.

7.3 Tempi di audit:

7.3.1 I tempi di audit **iniziale** e di **rinnovo** sono:
- Per audit relativi solo alla UNI EN 13549:2003:
  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 servizi caratterizzati da notevole complessità).
- 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 servizi non complessi, è possibile in via eccezionale arrivare a 0,5 giorni-uomo).

7.3.2 I tempi di audit di **sorveglianza** sono:
- Per audit relativi solo alla UNI EN 13549:2003:
  di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che erogano servizi caratterizzati da notevole complessità).
- 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).

7.4 Requisiti del team di audit:

7.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor / Lead Auditor:

- Qualificato/a come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 35);
- 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 di pulizia, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI EN 13549:2003, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

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

- il "WorkBook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" ("WB-QEHS-ST2.it"), da compilare per le sole parti applicabili;
- la check list specifica per la Norma UNI EN 13549:2003 (file "F-12-13549-2003.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184(i)").

7.6 La certificazione UNI EN 13549:2003 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

8.0 Certificazione delle Pratiche di Buona Fabbricazione (GMP) in accordo alla norma UNI EN ISO 22716:2008

8.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che producono cosmetici e che intendono conseguire la certificazione delle pratiche di buona fabbricazione (GMP), rilasciata da un organismo terzo ed indipendente.

I requisiti da verificare sono quelli di cui ai requisiti della Norma che vanno dal n. 3 al n. 17:

3 – Personale
4 – Locali
5 – Apparecchiatura
6 – Materie prime e materiali di imballaggio
7 – Produzione
8 – Prodotti finiti
9 – Laboratorio di controllo della qualità
10 – Trattamento del prodotto che non rientra nelle specifiche
11 – Rifiuti
12 – Subappalto
13 – Deviazioni
14 – Reclami e ritiri
15 – Controllo delle modifiche
16 – Audit interno
17 – Documentazione

8.2 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.

8.3 Tempi di audit:

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

- Per audit relativi solo alla UNI EN ISO 22716:2008:
  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 fabbricano numerose tipologie di prodotti tra loro sostanzialmente diverse).
- 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 fabbricano prodotti riconducibili ad una sola o poche tipologie, è possibile in via eccezionale arrivare a 0,5 giorni-uomo).

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

- Per audit relativi solo alla UNI EN ISO 22716:2008:
  di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che fabbricano numerose tipologie di prodotti tra loro sostanzialmente diverse).
- 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 fabbricano numerose tipologie di prodotti tra loro sostanzialmente diverse).

8.4 Requisiti del team di audit:

8.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor / Lead Auditor:

- Qualificato/a come Auditor / Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per il settore IAF 12);
- 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 producono cosmetici, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI EN ISO 22716:2008, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

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

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- la check list specifica per la Norma UNI EN 15017:2006 (file "F-012-22716.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

8.6 La certificazione UNI EN ISO 22716:2008 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

9.0 Certificazione del sistema di gestione della sicurezza del traffico stradale (RTS) in accordo alla norma UNI ISO 39001:2016

9.0 Le disposizioni riportate nel presente paragrafo si applicano alle certificazioni ISO 39001:2016 sotto accreditamento ACCREDIA.
Per scelte di politica interna di PJR, viene escluso il Giappone dal campo di applicazione di tale certificazione accreditata offerta da PJR.

9.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni che interagiscono con il traffico stradale e che intendono conseguire la certificazione del sistema di gestione della sicurezza del traffico stradale (RTS), rilasciata da un organismo terzo ed indipendente.
I requisiti da verificare sono corrispondenti alle clausole della Norma che vanno dal 4 al 10, comprese le relative "sottoclausole" (non sono possibili esclusioni di requisiti):

4 – CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE
4.1 – Comprensione dell'organizzazione e del suo contesto
4.2 – Comprensione dei bisogni e delle aspettative delle parti interessate
4.3 – Determinazione dello scopo del sistema di gestione RTS
4.4 – Sistema di gestione di RTS
5 – LEADERSHIP
5.1 – Leadership e impegno
5.2 – Politica
5.3 – Autorità, responsabilità e ruoli organizzativi
6 – PIANIFICAZIONE
6.1 – Generalità
6.2 – Azioni di indirizzo di rischi e opportunità
6.3 – Fattori di prestazioni RTS

6.4 – Obiettivi di RTS e pianificazione per raggiungerli
7 – SUPPORTO
7.1 – Coordinamento
7.2 – Risorse
7.3 – Competenza
7.4 – Consapevolezza
7.5 – Comunicazione
7.6 – Informazioni documentate
8 – FUNZIONAMENTO OPERATIVO
8.1 – Preparazione e risposta alle emergenze
8.2 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI
9 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI
9.1 – Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
9.2 – Indagine sugli incidenti (sinistri) e sugli altri eventi incidentali da traffico stradale
9.3 – Audit interno
9.4 – Riesame di direzione
10 – MIGLIORAMENTO
10.1 – Non Conformità e azione correttiva
10.2 – Miglioramento continuo

9.2 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.

9.3 Tempi di audit:

I tempi di audit sono calcolati sulla base della tabella QMS 1 del documento IAF MD 5. Nel caso di certificazioni multi-sede si applica il documento IAF MD 1. Nel caso di audit di sistemi di gestione integrata si applica il documento IAF MD 11.

9.4 Requisiti del team di audit:

9.4.1 Requisiti per la qualifica di Auditor / Lead Auditor:

I/le componenti del Team di audit devono possedere i requisiti di competenza previsti dalla ISO/IEC TS 17021-7, e che includono:

1) Terminologia, principi, processi e concetti di RTS, compreso l'approccio basato sul sistema sicuro;
2) Contesto organizzativo in cui operano le aziende e impatto della loro attività su RTS;
3) Leggi applicabili, Regolamenti e altri requisiti;
4) Rischi e opportunità relativi alla RTS;
5) Fattori di prestazione di RTS;
6) Valutazione delle prestazioni RTS.

PJR valuta il possesso di tali requisiti, verificando che i/le componenti del team di audit posseggano:

- Conoscenza specifica della UNI ISO 39001:2016. Tale conoscenza è dimostrabile attraverso la frequenza di apposito corso di formazione o, in mancanza, di training svolto con PJR, oltre che con il superamento del test TRN-143-39001a.it.
- Conoscenza tecnica relativa alla sicurezza stradale, analisi degli incidenti e relativa legislazione applicabile. Tale conoscenza è dimostrabile attraverso la frequenza di apposito corso di formazione e/o attraverso l'esperienza lavorativa di settore (anche nel campo della consulenza), oltre che con il superamento del test TRN-143-39001a.it.
- Conoscenza del settore trasporti e logistica di merci e persone. Tale conoscenza è dimostrabile attraverso la qualifica nel settore EA 31 schema SGQ.
- Solo per verifiche da condursi presso società concessionarie di autostrade e strade: conoscenza specifica del settore, dimostrabile attraverso l'esperienza lavorativa di settore (anche nel campo

della consulenza).

- Oltre ai requisiti sopra citati, ai fini della qualifica di Lead Auditor nello schema RTS, lo/la auditor deve essere un/una Lead Auditor già qualificato/a da PJR nello schema QMS, e deve aver già condotto almeno 2 audit di terza parte con altri OdC nello schema RTS (nel ruolo di responsabile del team di verifica).
  In mancanza di esperienza di audit di terza parte con altri OdC, viene predisposto dal/dalla Responsabile di Schema (Program Manager) un piano di sviluppo basato sulla valutazione generale dell'esperienza dello/della auditor.
  Tale piano di sviluppo, registrato sul form F-021(i), dovrà indicare il numero di audit in accompagnamento che lo/la auditor dovrà svolgere ai fini della qualifica.
  Laddove lo/la auditor sia già un/una Lead Auditor qualificato/a da PJR nello schema QMS da più di un anno, il requisito minimo è la conduzione di almeno un audit in accompagnamento nel ruolo di *AL (Acting Lead)* nello schema RTS. Se lo/la auditor è un/una Lead Auditor qualificato/a da PJR nello schema QMS da meno di un anno, il requisito minimo è la conduzione di almeno: un audit in accompagnamento nel ruolo di *TM (Team Member) con osservazione da parte del/della Lead Auditor* e uno nel ruolo di *AL (Acting Lead)*, entrambi nello schema RTS. Il/La Program Manager potrà, sulla base delle informazioni valutate, incrementare ma non diminuire il minimo di accompagnamenti previsti lo/la auditor.
  Analogamente, per la qualifica di *TM* nello schema RTS (*componente del gruppo di verifica = Team Member*), lo/la auditor deve essere un/una *Team Member* già qualificato/a da PJR nello schema QMS, e deve aver condotto almeno 2 audit di terza parte con altri OdC nello schema RTS (nel ruolo di componente e/o responsabile del team di verifica). In assenza di esperienza di audit di terza parte, dovrà condurre almeno un audit nel ruolo di *TM (Team Member) con osservazione da parte del/della Lead Auditor* se è un/una TM qualificato/a da PJR nello schema QMS da più di un anno, e almeno 2 audit in detto ruolo se è un/una TM qualificato/a da PJR nello schema QMS da meno di un anno.

9.5 Requisiti del Comitato Esecutivo (Decisione sulla Certificazione):

I/Le componenti del Comitato Esecutivo devono possedere i requisiti di competenza previsti dalla ISO/IEC TS 17021-7, e che includono:

1) Terminologia, principi, processi e concetti di RTS, compreso l'approccio basato sul sistema sicuro;
2) Contesto organizzativo in cui operano le aziende e impatto della loro attività su RTS;
3) Fattori di prestazione di RTS;

PJR valuta il possesso di tali requisiti, verificando che i/le componenti del team di audit posseggano:

- Qualifica di Lead Auditor per sistemi di gestione.
- Conoscenza specifica della UNI ISO 39001:2016. Tale conoscenza è dimostrabile attraverso la frequenza di apposito corso di formazione o, in mancanza, di training svolto con PJR, oltre che con il superamento del test TRN-143-39001a.it.

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

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- la check list specifica per la Norma UNI ISO 39001:2016 (file "F-012-39001.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

9.7 La certificazione UNI ISO 39001:2016 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato.

10.0 Certificazione di Sistemi di Gestione per le Organizzazioni di Istruzione e Formazione in accordo alla norma UNI ISO 21001:2019

10.1 Tale Certificazione è applicabile ad organizzazioni di istruzione e formazione (EOMS) che utilizzino un curricolo per supportare lo sviluppo di competenze attraverso l'insegnamento, l'apprendimento o la ricerca,

indipendentemente dal tipo, dalle dimensioni o dal metodo di erogazione. Non è applicabile ad organizzazioni che producono o fabbricano solo prodotti di istruzione e formazione.

I requisiti da verificare sono quelli di cui ai paragrafi della Norma che vanno dal n. 4 al n. 10:

4 Contesto dell'organizzazione
- 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto
- 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate
- 4.3 Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione
- 4.4 Sistema di gestione per le organizzazione di istruzione e formazione (EOMS)

5 Leadership
- 5.1 Leadership e impegno
- 5.2 Politica
- 5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

6 Pianificazione
- 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
- 6.2 Obiettivi dell'organizzazione di istruzione e formazione e pianificazione per il loro raggiungimento
- 6.3 Pianificazione delle modifiche

7 Supporto
- 7.1 Risorse
- 7.2 Competenza
- 7.3 Consapevolezza
- 7.4 Comunicazione
- 7.5 Informazioni documentate

8 Attività operative
- 8.1 Pianificazione e controllo operativi
- 8.2 Requisiti per i prodotti e servizi per l'istruzione e formazione
- 8.3 Progettazione e sviluppo dei prodotti e servizi per l'istruzione e formazione
- 8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno
- 8.5 Fornitura dei prodotti e servizi per l'istruzione e formazione
- 8.6 Rilascio dei prodotti e servizi per l'istruzione e formazione
- 8.7 Controllo degli output di istruzione e formazione non conformi

9 Valutazione delle prestazioni
- 9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
- 9.2 Audit interno
- 9.3 Riesame da parte della direzione

10 Miglioramento
- 10.1 Non conformità e azioni correttive
- 10.2 Miglioramento continuo
- 10.3 Opportunità di miglioramento

10.2 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.

10.3 Tempi di audit:

10.3.1 I tempi di audit **iniziale** e di **rinnovo** sono:
- Per audit relativi solo alla UNI ISO 21001:2019:
  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 di istruzione e formazione tra loro sostanzialmente diverse).
- 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 servizi di istruzione e formazione riconducibili ad una sola o poche tipologie, è possibile in via eccezionale arrivare a 0,5 giorni-uomo).

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

- Per audit relativi solo alla UNI ISO 21001:2019:
  di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che fabbricano numerose tipologie di prodotti tra loro sostanzialmente diverse).
- 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 di istruzione e formazione tra loro sostanzialmente diverse).

10.4 Requisiti del team di audit:

10.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor/Lead Auditor:

- Qualificato/a come Auditor/Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per il settore IAF 37);
- Conoscenza degli specifici processi oggetto di audit (requisito preferenziale ma non vincolante è quello di aver già condotto audit in altri schemi su organizzazioni che erogano servizi di istruzione e formazione, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI ISO 21001:2019, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

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

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- la check list specifica per la Norma UNI ISO 21001:2019 (file "F-012-21001.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

10.6 La certificazione UNI ISO 21001:2019 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

11.0 Certificazione di "Servizi di Ristorazione Collettiva – Requisiti minimi per la progettazione di menù" in accordo alla norma UNI 11584:2021.

11.1 Tale Certificazione è applicabile ad Enti Pubblici, Aziende, Professionisti che progettano menù destinati alla ristorazione collettiva, pubblica e privata. Non è applicabile ai servizi di ristorazione commerciale.

I requisiti da verificare sono quelli di cui ai paragrafi della Norma che vanno dal n. 4 al n. 8:

4 Elementi Preliminari
- 4.1 Generalità
- 4.2 Elementi della progettazione del menù
- 4.3 Progettazione del menù per ogni tipologia di collettività

5 Riesame del menù

6 Verifica della progettazione del menù

7 Validazione del menù

8 Informazione del consumatore

11.2 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.

11.3 Tempi di audit:

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

- 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 progettano numerose tipologie di menù tra loro sostanzialmente diverse).
- Non sono previsti audit integrati con altre Norme.

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

- di almeno 0,5 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi possono essere applicabili ad organizzazioni di grandi dimensioni e/o che progettano numerose tipologie di menù tra loro sostanzialmente diverse).
- Non sono previsti audit integrati con altre Norme.

11.4 Requisiti del team di audit:

11.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor Lead Auditor:

- Qualificato/a come Auditor/Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per il settore IAF 30);
- Conoscenza degli specifici processi oggetto di audit (requisito preferenziale ma non vincolante è quello di aver già condotto audit in altri schemi su organizzazioni che progettano menù per la ristorazione collettiva, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI 11584:2021, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

11.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare (da compilare per le parti applicabili), sono i seguenti:

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- la check list specifica per la Norma UNI 11584:2021 (file "F-012-11584.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

11.6 La certificazione UNI 11584:2021 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Tale certificazione non è coperta da accreditamento.

12.0 Attestazione per "Gestione delle risorse umane – Diversità e inclusione" in accordo alla norma ISO 30415:2021.

12.1 Con il rilascio di tale attestazione, PJR attesta che l'organizzazione segue le linee guida contenute nella Norma ISO 30415:2021. L'attestazione è applicabile alle organizzazioni pubbliche, private, governative o non governative (ONG), indipendentemente dalle dimensioni, dal tipo, dall'attività, dal comparto industriale o dal settore, dalla fase di crescita, dalle influenze esterne e dai requisiti specifici del paese.

I requisiti da verificare sono quelli di cui ai paragrafi della Norma che vanno dal n. 4 al n. 11:

4 Prerequisiti fondamentali di D&I

5 Responsabilità di rendere conto e responsabilità

6 Quadro di D&I

7 Cultura dell'inclusione

8 Ciclo di vita di gestione delle risorse umane
- 8.2 Pianificazione della forza lavoro
- 8.3 Remunerazione
- 8.4 Assunzione
- 8.5 Inserimento
- 8.6 Apprendimento e sviluppo
- 8.7 Gestione delle prestazioni
- 8.8 Pianificazione degli avvicendamenti
- 8.9 Mobilità della forza lavoro

8.10 Cessazione del rapporto di lavoro

9 Prodotti e servizi - progettazione, sviluppo e fornitura

10 Relazioni con la catena di approvvigionamento e fornitura

11 Relazioni con gli stakeholder esterni

12.2 L'attestazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale. Per il mantenimento dell'attestazione, 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, l'attestazione dovrà essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.

12.3 Tempi di audit:

12.3.1 I tempi di audit per l'attestazione **iniziale**, le **sorveglianze** ed il **rinnovo** sono:

- almeno 1,00 giorni-uomo on site (ulteriori incrementi vengono valutati volta per volta in sede di offerta, prendendo in esame le dimensioni dell'organizzazione, il tipo, l'attività, il comparto industriale o il settore, la fase di crescita, le influenze esterne ed i requisiti specifici del paese).
- Non sono previsti audit integrati con altre Norme.

12.4 Requisiti del team di audit:

12.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per Auditor/Lead Auditor:

- Qualificato/a come Auditor/Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità;
- Qualifica SGQ per il/i codice/i IAF applicabile/i alle attività dell'organizzazione verificata;
- Conoscenza del tema dell'impegno verso la diversità e l'inclusione (D&I).
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma ISO 30415:2021, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

12.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare (da compilare per le parti applicabili), sono i seguenti:

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- la check list specifica per la Norma ISO 30415:2021 (file "F-012-30415.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

12.6 L'attestazione ISO 30415:2021 deve fare riferimento specifico alla Norma oggetto di attestazione ed al campo di applicazione verificato. Tale attestazione non è coperta da accreditamento.

13.0 Certificazione del sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performance Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni, in accordo alla Prassi di Riferimento UNI PdR 125:2022 (GEMS – Gender Equality Management System).

13.0 Le disposizioni riportate nel presente paragrafo si applicano alle certificazioni UNI PdR 125:2022 sotto accreditamento ACCREDIA.
Il campo di applicazione di tale certificazione accreditata offerta da PJR è limitato all'Italia.

13.1 Tale valutazione della conformità è applicabile a tutte le organizzazioni, di qualsiasi dimensione e forma giuridica e operanti nel settore pubblico o privato, che intendono conseguire la certificazione del sistema di gestione per la parità di genere (PdG), rilasciata da un organismo terzo ed indipendente. Non è applicabile alle Partite IVA che non hanno dipendenti o addetti/e.

La valutazione di conformità rispetto alla UNI PdR prevede innanzitutto la verifica degli indicatori chiave di cui al capitolo 5 della Prassi di Riferimento. Tali indicatori sono raggruppati in 6 aree. L'applicabilità di tutti gli indicatori, o solo di una parte di essi, dipende dalla fascia di addetti/e a cui l'organizzazione appartiene.

Le 6 Aree di indicatori previste dalla UNI PdR 125:2002 sono le seguenti:

1. Cultura e strategia;

2. Governance;
3. Processi HR;
4. Opportunità di crescita ed inclusione delle donne in azienda;
5. Equità remunerativa per genere (5.6);
6. Tutela della genitorialità e conciliazione vita-lavoro (5.7).

Le fasce di addetti/e da cui dipende l'applicazione di tutti o parte degli indicatori, sono le seguenti:
Fascia 1 (Cluster "Micro"): 1-9 addetti/e
Fascia 2 (Cluster "Piccola"): 10-49 addetti/e
Fascia 3 (Cluster "Media"): 50-249 addetti/e
Fascia 4 (Cluster "Grande"): 250 e oltre addetti/e

Gli ulteriori requisiti (di sistema) da verificare sono quelli corrispondenti alla clausola 6 (e relative sotto-clausole) della Prassi di Riferimento UNI PdR 125:2002:

6 - Politiche di parità di genere, pianificazione, attuazione e monitoraggio, e sistema di gestione
- 6.1 - Politiche di Parità di genere
- 6.2 - Pianificazione
- 6.3 - Attuazione delle azioni del piano strategico e monitoraggio
  - 6.3.1 - Generalità
  - 6.3.2 - Temi oggetto del piano strategico
    - 6.3.2.1 - Selezione ed assunzione (recruitment)
    - 6.3.2.2 - Gestione della carriera
    - 6.3.2.3 - Equità salariale
    - 6.3.2.4 - Genitorialità, cura
    - 6.3.2.5 - Conciliazione dei tempi vita-lavoro (work-life balance)
    - 6.3.2.6 - Attività di prevenzione di ogni forma di abuso fisico, verbale, digitale (molestia) sui luoghi di lavoro
- 6.4 - Sistema di gestione
  - 6.4.1 - Generalità
  - 6.4.2 - Documentazione del sistema
  - 6.4.3 - Monitoraggio degli indicatori
  - 6.4.4 - Comunicazione interna ed esterna
  - 6.4.5 - Audit interni (sistema di verifica interno di conformità alla UNI PdR)
    - 6.4.5.1 - Verifica di conformità alla UNI PdR: tipologie di evidenze quantitative e qualitative
  - 6.4.6 - Gestione delle situazioni non conformi
  - 6.4.7 - Revisione periodica
  - 6.4.8 - Miglioramento

Non sono ammesse esclusioni di requisiti, né di processi/funzioni.
L'unica esclusione possibile è quella delle singole "legal entity" nel caso di certificazioni di gruppo (diverse entità giuridiche in presenza di una struttura organizzativa "centralizzata" che gestisce e controlla la compliance per tutte le società del gruppo).

E' inoltre possibile limitare la certificazione ad una sola Nazione.

13.2 La certificazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale (Stage 1 + Stage 2). 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.

13.3 Tempi di audit:

13.3.1 I tempi di audit sono calcolati sulla base della tabella QMS 1 del documento IAF MD 5, rischio basso. Non è possibile scendere al di sotto della soglia minima prevista da tale tabella. Le eventuali riduzioni applicate devono essere adeguatamente giustificate.

13.3.2 È ammesso il calcolo degli/delle addetti/e equivalenti. Per i processi direttamente coinvolti nel Sistema di Gestione per la parità di genere gli/le addetti/e vengono conteggiati/e al 100% se afferenti ai seguenti uffici: Direzione, Amministrazione Personale / HR, Formazione, sistema di gestione parità di genere, legale, comunicazione. Gli/Le addetti/e vengono invece conteggiati/e al

10% se afferenti ad altri uffici e alla produzione.

13.3.3 Laddove vengano utilizzati nel team di audit esperti/e tecnici/tecniche, il tempo da essi/e impiegato può essere conteggiato al 50% (la loro presenza è necessaria quando vengono valutati gli indicatori aziendali previsti dalla UNI/PdR 125:2022).

13.3.4 Nel caso di certificazioni multi-sede si applica il documento IAF MD 1.

13.3.5 Nel caso di audit di sistemi di gestione integrata si applica il documento IAF MD 11.

13.4 Requisiti del team di audit:

13.4.1 Il Team di audit deve possedere, nel suo complesso, le seguenti competenze:

- Almeno un/una componente del team deve essere qualificato come auditor ISO 9001; deve inoltre possedere una conoscenza approfondita e documentata della UNI PdR 125:2022 e della ISO 30415:2021.
- Deve essere presente un/una avvocato/a giuslavorista o un/una consulente del lavoro purché iscritti da almeno 5 anni al relativo albo professionale; oppure: altro/altra professionista che dimostri significativa e consolidata esperienza documentata nel settore specifico, oggetto della UNI/PdR 125:2022, del Paese dell'organizzazione soggetta ad audit e conoscenza della normativa applicabile. Nel caso si ricorra alla seconda delle ipotesi citate, il/la professionista selezionato/a deve dimostrare esperienze lavorative in materia di parità di genere nel ruolo, ad esempio, di: consigliera/consigliere di parità, professionista per le politiche di genere in commissioni ministeriali nazionali o internazionali, manager HR in organizzazioni che attuano politiche per la parità di genere, professionista con esperienza maturata e documentata nella formazione, ricerca e sviluppo o consulenza per le organizzazioni in materia di parità di genere e inclusione.
- Se ritenuto necessario per completare le competenze del team di audit, va prevista la presenza di ulteriori esperti/e.

13.4.2 Requisiti di qualifica per Lead Auditor o Auditor:

- Lead Auditor o Auditor già qualificato da PJR per lo schema SGQ (ISO 9001).
- Possesso dell'attestato di frequenza ad un corso di formazione sulla UNI PdR 125:2022
- Superamento del test TRN-UNIPdR125a.it
- Training a cura del/della Program Manager sulle modalità di conduzione di un audit sui sistemi di gestione per la parità di genere e sull'utilizzo della relativa documentazione di audit. Il training deve essere documentato da un apposito form F-60(i).

13.4.3 Audit in accompagnamento:

- Gli/Le auditor che rispondano ai requisiti del precedente paragrafo e che vengono utilizzati durante il processo di accreditamento di PJR sono considerati "Granfather" per cui non hanno bisogno di audit in accompagnamento.
- Per la qualifica degli/delle auditor successiva all'ottenimento dell'accreditamento da parte di PJR, gli/le stessi/e dovranno partecipare ad un audit in accompagnamento con il ruolo di TM (ai fini della qualifica come auditor) o di AL (ai fini della qualifica come Lead Auditor).

13.5 Requisiti del Comitato Esecutivo (Decisione sulla Certificazione):

13.5.1 I/Le componenti del Comitato Esecutivo devono possedere i requisiti di competenza previsti per la valutazione di una certificazione ISO 9001, devono avere la conoscenza della UNI PdR 125:2022, ed essere qualificati/e come auditor per i sistemi di gestione della parità di genere (requisito aggiuntivo per PJR rispetto al mimino previsto dalla UNI PdR 125:2022).

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

- <u>Per audit di Stage 1</u>:
  - il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplemento.it") da compilare per le parti applicabili (non va compilato il documento di lavoro, non previsto in stage 1);
  - il "Rapporto di audit" (file WB-PdG-ST1.it);
  - il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").
- Per audit di Stage 2 / Sorveglianza / Rinnovo / Altro:

- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplemento.it") da compilare per le parti applicabili (non va compilato il documento di lavoro, riservato ad altre Norme);
- la check list specifica per gli audit di stage 2 della UNI PdR 125:2022 (file "F-012.UNIPDR125-ST2.it");
- il foglio excel per il calcolo degli indicatori, allegato alla check list specifica ("F-012.UNIPDR125-ST2.it.allegato")
- il "Rapporto di audit" (file WB-QEHS-ST2.it);
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

13.7 Certificato e Scopo di certificazione

13.7.1 La certificazione UNI PdR 125:2022 deve fare riferimento specifico alla Prassi di Riferimento oggetto di certificazione ed al campo di applicazione verificato. Quest'ultimo deve menzionare le "*Misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo*".

13.8 Modalità di conduzione dell'audit

13.8.1 Le registrazioni dell'audit devono obbligatoriamente comprendere:
- perimetro ed applicabilità della UNI/PdR 125:2022, con definizione di indirizzi legali e operativi delle sedi dell'organizzazione;
- mappatura dei processi (interni ed esterni);
- elenco leggi, norme e regolamenti applicabili riferibili alla parità di genere,
- analisi di episodi o minacce di violazione dei diritti riferibili alla parità di genere, e contromisure adottate;
- cause giudiziarie riferite a episodi di violazione dei diritti di genere in cui è eventualmente coinvolta l'organizzazione;
- registrazione evidenze in apposite check list/documenti di supporto per il gruppo di audit (commisurate al grado di applicazione dei requisiti definiti nella UNI/PdR 125:2022);
- requisiti sistemici come ad esempio: definizione della politica, degli obiettivi, del piano strategico e del risultato del monitoraggio del sistema;
- requisiti operativi: definizione, modalità e frequenza di misurazione degli indicatori qualitativi e quantitativi.

13.9 Utilizzo loghi e riferimento alla certificazione

13.9.1 Per le regole sull'utilizzo dei loghi PJR, ACCREDIA e UNI, si faccia riferimento a:
- procedura di PJR: PRO-3(i) "*Procedura per pubblicizzare la certificazione e per l'uso del Marchio PJR, dei Marchi degli Organismi Licenziatari per la Standardizzazione e dei Marchi degli Enti di Accreditamento*";
- regolamento Accredia RG-09 "*Regolamento per l'utilizzo del marchio Accredia*"
- regolamento UNI "*Regolamento per l'utilizzo del marchio UNI*".

13.9.2 Le organizzazioni certificate a fronte della UNI/PdR 125:2022 potranno far riferimento alla certificazione nel modo seguente: "*Organizzazione ……. (nome o marca) con sistema di gestione per la parità di genere certificato ai sensi della UNI/PdR 125:2022 dall'Organismo di Certificazione Perry Johnson Registrars Inc. con Marchio UNI"*.

13.10 Obbligo di trasmissione e aggiornamento delle informazioni riguardanti le certificazioni

13.10.1 Al fine di garantire all'Autorità competente di poter condurre i necessari monitoraggi sul numero delle certificazioni UNI/PdR 125:2022, PJR è soggetta ad obblighi di iscrizione e comunicazione:
- di tutte le certificazioni rilasciate a fronte della UNI/PdR 125, compreso ogni successiva modifica all'interno del sistema informativo di ACCREDIA (i dati saranno trasmessi al sistema informativo del Ministero direttamente attraverso la stessa banca dati ACCREDIA);
- dei dati relativi ai KPI richiesti dalla UNI/PdR 125 all'interno del sistema informativo del Ministero Famiglia, Natalità, Pari Opportunità.

Le informazioni comunicate al Ministero Famiglia, Natalità, Pari Opportunità potranno dallo stesso essere elaborate e anche pubblicate in forma aggregata.

13.11 Per quanto non espressamente citato nel presente capitolo 13 dell'Appendice A, valgono le stesse disposizioni della ISO 9001 riportate nella presente procedura PRO-1.it.

14.0 Certificazione per le "attività in spiaggia" in accordo alla norma UNI ISO 13009:2018

14.1 Tale Certificazione è applicabile agli operatori balneari che offrono servizi a turisti/e e visitatori/trici, e che intendono dimostrare, attraverso la certificazione del proprio sistema di gestione rilasciata da un organismo terzo ed indipendente, il soddisfacimento dei requisiti e raccomandazioni previsti dalla Norma in merito all'attuazione di una gestione e una pianificazione sostenibili in per la fornitura di servizi, comprendenti la sicurezza in spiaggia, le informazioni e le comunicazioni, la pulizia e la rimozione dei rifiuti.
Si applica alle spiagge durante la stagione balneare.
I requisiti da verificare sono contenuti nei capitoli 4, 5 e 6 della norma, e sono in particolare i seguenti:

- 4 –Requisiti generali e guida per la gestione delle spiagge
  - 4.5 – Pianificazione
  - 4.6 – Comunicazione con le parti interessate
  - 4.7 – Promozione della spiaggia
  - 4.8 – Misurazione della prestazione
  - 4.9 – Soddisfazione del cliente e compilazione del feedback
- 5 – Infrastruttura
  - 5.1 – Generalità
  - 5.2 – Infrastruttura permanente
  - 5.3 – Infrastruttura temporanea
  - 5.4 – Accesso alla spiaggia
- 6 – Fornitura di servizi
  - 6.1 – Servizi di informazione
  - 6.2 – Servizi di sicurezza della spiaggia
  - 6.3 – Pulizia della spiaggia e rimozione dei rifiuti
  - 6.4 – Servizi commerciali

14.2 La certificazione ha una durata triennale e verrà rilasciata a seguito di un audit iniziale (fase unica). 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 purché l'audit ricada all'interno della stagione balneare). Al termine di questo periodo triennale, la certificazione dovrà essere valutata nuovamente con un audit di rinnovo.

14.3 Tempi di audit:

10.3.1 I tempi di audit per la certificazione **iniziale** sono:
- di almeno 1,25 giorni-uomo (di cui 1,00 on site e 0,25 off site).

10.3.2 I tempi di audit per le **sorveglianze** sono:
di almeno 1,00 giorni-uomo on site.

10.3.3 I tempi di audit per il **rinnovo** della certificazione sono:
di almeno 1,00 giorni-uomo on site.

10.3.4 I tempi di audit sopra riportati possono essere incrementi a seguito di valutazione effettuata in sede di offerta, in particolare nel caso di organizzazioni o spiagge di grandi dimensioni e/o che erogano servizi caratterizzati da notevole complessità.

14.4 Requisiti del team di audit:

10.4.1 Requisiti di qualifica ed esperienza per gli/le Auditor/Lead Auditor:
- Qualificato/a come Auditor/Lead Auditor di sistemi di gestione per la qualità (compresa la qualifica settoriale per l'IAF 39);
- Conoscenza degli specifici processi/servizi oggetto di audit (requisito preferenziale ma non vincolante è quello di aver già condotto audit in altri schemi su organizzazioni che erogano servizi di gestione di stabilimenti balneari, e/o di avere esperienza lavorativa nel settore);
- Training specifico sugli audit relativi alla Norma UNI ISO 13009:2018, a cura dell'ufficio tecnico PJR.

14.5 I documenti che l'audit team deve utilizzare, sono i seguenti:
- il "Workbook Supplement" (file "WB-Supplement.it");
- il "Rapporto di audit" (file "WB-QEHS-ST2.it");
- la check list specifica per la Norma UNI ISO 13009:2018 (file "F-12-13009.it");
- il modulo "Piano di audit" (file "F-184-i").

14.6 La certificazione UNI ISO 13009:2018 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. Poiché PJR non è accreditata per le categorie A, E, FI e G di FSSC 22000, non esiste un cliente applicabile per la Sezione 5.3 Certificazione multisito di FSSC 22000 Ver. 5.1.

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) Lo/La 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 non conformità

1) In caso di non conformità 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 non conformità ed azioni correttive dovranno essere chiaramente indicate nell'opportuna sezione del rapporto di audit.
4) Le non conformità 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 da remoto

- I casi per i quali PJR potrà valutare la possibilità di condurre audit da remoto, su richiesta del cliente o dello stesso ufficio PJR, sono i seguenti:
  - audit di Fase 1 (certificazione iniziale);
  - audit presso clienti che svolgono tipologie di attività per le quali i/gli/le dipendenti/addetti/e lavorano prevalentemente da remoto;
  - uno solo dei due audit di sorveglianza successivi al rinnovo della certificazione (quindi a partire dal secondo ciclo di certificazione), solo se non ci sono state in passato NC maggiori o ripetitive, o altre criticità;
  - verifica del solo cantiere (o altro sito esterno dove si svolge l'attività di produzione o erogazione del servizio), quando questo sia eccessivamente distante rispetto alla/e sede/i del cliente, e i tempi dell'audit rendono complessi i trasferimenti. Si tratta dunque di una situazione di audit misto (in presenza presso la/e sede/i aziendale/i, e da remoto per il cantiere/sito). Si applica in particolare agli audit del settore IAF 28, ma anche ad ulteriori situazioni nelle quali è prevista la verifica di un sito diverso dalla/e sede/i dell'azienda (è il caso, ad esempio, dei servizi di pulizia svolti presso le sedi dei n dell'organizzazione soggetta ad audit).
  - audit speciali/rivisite condotti per la verifica dell'implementazione di azioni correttive o per variazioni della proprietà dell'organizzazione.
  - audit UNI/PdR 125:2022 (parità di genere), limitatamente all'esperto/a tecnico/a (personale aziendale e auditor in presenza, collegamento da remoto del/della solo/a esperto/a tecnico/a).
  - audit per i quali viene richiesta la conduzione da remoto per motivi legati alla pandemia Covid-19 (da valutare attentamente, a cura di PJR, ai sensi del documento IAF ID 3:2011).
  - ulteriori casi particolari diversi da quelli sopra elencati, da valutare caso per caso.

- In tutti i casi nei quali si dovrà valutare la possibilità di condurre l'audit da remoto, il cliente sarà tenuto a compilare il form F-108ict.it. Tale form è diviso in due parti: "*Parte 1 – Motivazioni*" e "*Parte 2 – Idoneità*".
  Nella prima parte il cliente dovrà indicare le motivazioni della richiesta di audit da remoto (nel caso in cui l'audit da remoto sia richiesto da PJR, il cliente barrerà la casella corrispondente all'opzione "*La richiesta di svolgimento da remoto è pervenuta direttamente da PJR*"). Per collegamento da remoto del/della solo/a esperto/a tecnico/a in audit di conformità alla UNI/PdR 125:2022 il cliente barrerà, oltre alla casella corrispondente all'opzione "*La richiesta di svolgimento da remoto è pervenuta direttamente da PJR*", quella corrispondente all'opzione "*La richiesta è relativa al collegamento da remoto del solo esperto tecnico in audit di conformità alla UNI/PdR 125:2022*".
  Nella seconda parte il cliente dovrà rispondere a quattro domande (SI/NO) riportando opportuni commenti nell'apposita colonna. Le domande sono relative a: 1) piattaforma software da utilizzare, 2) indicazioni sul sistema di gestione (richieste registrazioni prevalentemente digitali e non cartacee); 3) disponibilità di hardware e copertura Wi-Fi o segnale cellulare sufficienti; 4) autorizzazione ad intervistare dal vivo, in video, il personale aziendale.
  Il form F-108ict.it compilato dal cliente sarà riesaminato dal/dalla Program Manager (o da un suo/a delegato/a), che valuterà le informazioni pervenute e deciderà se l'audit potrà essere o meno condotto da remoto (interamente o parzialmente).
  L'esito del "riesame della domanda" (decisione di condurre o meno l'audit da remoto) dovrà essere registrato in PJ View.

- Se viene deciso che l'audit potrà essere condotto da remoto (interamente o parzialmente) sarà necessario predisporre un apposito emendamento al contratto (che il cliente dovrà controfirmare per accettazione), nel quale si indicherà che l'audit sarà condotto mediante utilizzo di tecniche da remoto e che il cliente disporrà delle infrastrutture e delle competenze necessarie per l'utilizzo di tali tecniche. Qualora le tecniche di audit da remoto vadano oltre la condivisione dello schermo, ad esempio comportino il coinvolgimento di un operatore di telecamera, potrà essere necessario apportare un incremento dei tempi di audit. Tale condizione dovrà essere descritta nell'emendamento.

- Il piano di audit dovrà indicare le tecniche da remoto da utilizzare, e identificare i processi che saranno verificati con tali tecniche. È inoltre opportuno che il piano di audit riporti un'annotazione che evidenzi che le tecnologie informatiche e di comunicazione saranno utilizzate per svolgere l'audit da remoto in maniera tale da assicurare il mantenimento della sicurezza e della riservatezza delle informazioni acquisite/verificate.

- Il/La Lead Auditor eseguirà, prima dell'audit, una prova pratica per confermare la funzionalità della tecnologia (GoToMeeting, Skype for Business, Teams, telecamere e tecnologie simili, etc.).

- Qualora l'uso di tecniche di audit da remoto impedisca il regolare svolgimento dell'audit, il/la Lead Auditor dovrà

comunicarlo tempestivamente all'ufficio PJR, e attenersi alle disposizioni ricevute.

- Il/La Lead Auditor dovrà compilare la sezione "*Informazioni supplementari per audit (o parti di audit) da remoto*" del Workbook-Supplement, prestando attenzione alla registrazione di specifiche evidenze oggettive, in modo che, se necessario, le tracce di audit possano essere validate.

Appendice D: Audit Virtuali FSSC

1. Audit Remoti (Passo 1)

L'audit a distanza comprende un riesame dei documenti e interviste con il personale chiave. Per la certificazione FSSC 22000, gli audit di fase 1 parziale, sorveglianza e ricertificazione possono essere condotti virtualmente. L'audit virtuale non può essere applicato all'audit di fase 2. Il tempo di audit per l'audit virtuale parziale è deciso dal/dalla Program Manager o del/della suo/a designato/a per lo schema FSSC.

a. L'audit a distanza dovrà comprendere almeno il riesame dei seguenti elementi principali del FSMS:
    i. Riesami dei documenti/delle procedure;
    ii. Piani HACCP e modifiche principali dall'ultimo audit (ove applicabile);
    iii. Richiami dei prodotti e reclami significativi;
    iv. Stato relativo agli obiettivi FSMS e alle prestazioni dei processi chiave, al riesame della direzione e agli audit interni;
    v. Interviste con la direzione e il personale chiave;
b. Il piano di audit e il programma di audit devono riflettere chiaramente ciò che è stato oggetto dell'audit remoto e del successivo audit on-site.
c. Eventuali non conformità individuate nell'ambito di un audit a distanza verranno affrontate in linea con i requisiti dello Schema, ivi compresi la classificazione e le tempistiche, e verificate nell'ambito dell'audit on-site. In caso di non conformità critiche, il certificato verrà sospeso, e sarà necessario un nuovo audit on-site completo, entro 6 mesi, al fine di revocare la sospensione. In caso di non conformità, una copia del rapporto di non conformità verrà lasciata all'organizzazione certificata al termine dell'audit remoto.

2. Audit On-Site (Passo 2)
    a. Per garantire la continuità, l'audit V5 on-site verrà condotto dallo/dalla stesso/a auditor approvato da FSSC 22000 che ha condotto l'audit remoto. In casi eccezionali, può essere utilizzato/a un/una altro/a auditor, e l'OdC dovrà garantire che sia in atto un adeguato processo di passaggio delle consegne.
    b. L'audit on-site serve da audit di verifica, con particolare attenzione all'ambiente e ai processi di produzione, nonché al resto delle clausole non considerate durante l'audit remoto. Potrebbe essere necessario rivedere alcune parti dell'audit remoto per garantire l'attuazione dei requisiti. l'audit remoto e l'audit on-site dovranno affrontare tutti i requisiti del Sistema, o essere chiaramente riflessi nei piani di audit, nel programma di audit e nel rapporto finale dell'audit.
    c. Eventuali non conformità individuate durante l'audit remoto, verranno verificate durante l'audit on-site, e potranno essere firmate durante l'audit on-site se non già chiuse. Poiché il processo di audit non è ancora concluso, un OdC può aggiornare le NC segnalate durante l'audit remoto ad un livello più alto, cioè ad una maggiore, qualora si trovino più evidenze a supporto, o si identifichi un problema sistemico.
    d. Eventuali non conformità individuate durante l'audit on-site dovranno seguire i requisiti esistenti del sistema.

3. Chiusura delle Non conformità
    a. Gli strumenti ICT possono essere utilizzati per eliminare le non conformità minori e/o maggiori, a seconda della natura delle non conformità e dell'affidabilità delle ICT. L'OdC deve essere in grado di dimostrare che i metodi utilizzati sono adatti all'azione che ne deriva. In ogni caso, le non conformità critiche richiedono un audit di follow-up on-site. Qualsiasi non conformità, emersa in occasione dell'audit remoto o dell'audit on-site, verrà registrata sul registro delle NC allineato all'Allegato 2 dei requisiti dello Schema, con la

tempistica per il trattamento delle non conformità a partire dall'ultimo giorno dell'audit remoto e dell'audit on-site.

4. Rapporto di Audit
   a. A seguito dell'audit remoto, verrà compilato un rapporto intermedio di audit con sintesi ed evidenze oggettive delle clausole sottoposte ad audit e, almeno, dei requisiti di cui al punto 3.3.1, oltre ad indicare il grado di utilizzo delle ICT e gli obiettivi raggiunti. Il rapporto di audit intermedio è destinato all'utilizzo da parte dell'OdC e non è prevista la consegna di una copia all'organizzazione certificata, ad eccezione dei rapporti di Fase 1 e dei rapporti della Sede Centrale, dove le funzioni aziendali vengono controllate separatamente. Il rapporto di audit intermedio verrà compilato utilizzando il normale modello di rapporto di audit dell'OdC come input per l'audit on-site, ottenendo in ultima analisi un rapporto di audit FSSC 22000 completo (che soddisfi i requisiti di cui all'Allegato 2 dei requisiti del Sistema) che copra tutti i requisiti normativi del Sistema.
   b. A seguito dell'audit on-site, il rapporto intermedio di audit verrà aggiornato, al fine di produrre il rapporto completo dell'audit di certificazione. Quest'ultimo includerà tutte le informazioni riassuntive, i risultati e i dettagli sulle non conformità dell'audit remoto e dell'audit on-site (come richiesto nell'Allegato 2 dello Schema), che includerà tutti i requisiti dello Schema.
   c. Il pacchetto di audit completo, costituito dalla documentazione dell'audit remoto e dell'audit on-site, verrà caricato sul Portale entro 2 mesi dall'ultimo giorno dell'audit on-site. FSSC fornirà le istruzioni sul processo e i requisiti per il caricamento della documentazione degli audit remoto e on-site, e delle non conformità.
   d. L'audit di certificazione si conclude solo dopo che sia l'audit remoto che l'audit on-site verranno completati con successo. Dopo il completamento dell'intero audit (Fasi 1 e 2), e la decisione favorevole alla certificazione da parte dell'OdC, il processo di audit risulterà completo e, se necessario, potrà essere rilasciato un nuovo certificato.