REGOLAMENTO GENERALE

PER LA CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ,

L'AMBIENTE, LA SICUREZZA, L'ENERGIA E SOCIALI

5	16/02/24	Revisione generale del testo. Eliminazione dei riferimenti al documento RT05 Accredia, aggiornamento del riferimento alla UNI EN ISO 45001 Inserimento allegato 5		
4	01/22	Eliminati i riferimenti alla BS OHSAS 18001. Modifiche puntuali agli art. 3,5.2,5.4,5.7,12,13,14, allegati 2,3		
3	11/20	Art. 4.1, 5.5.2, 7, 8,1, Allegato 2 (par. 2.2.2)		
2	11/18	Adeguamento schema SCR a ISO 45001 e IAFMD 22. Revisione Generale del testo e introduzione SGE		
1	01/17	Nuova edizione Documento unico valido per tutti i Sistemi diGestione		
ED.	**DATA**	**VARIAZIONI**	**VERIFICA RSG**	**APPROVAZIONE DG**

INDICE

Articolo 1 – Introduzione
Articolo 2 – Scopo e campo di applicazione
Articolo 3 – Definizioni
Articolo 4 – Organi di Gestione
4.1 Comitato di Certificazione
4.2 Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità (CSI)
4.3 Collegio dei Probiviri
Articolo 5 – Certificazione dei Sistema di Gestione
5.1 Generalità
5.2 Presentazione della domanda
5.3. Visita preliminare
5.4 Istruzione della domanda
5.5. Gestione della verifica ispettiva
5.6 Doveri della organizzazione
5.7 Rilascio del certificato

Articolo 6 – Mantenimento della certificazione
6.1 Condizioni generali
6.2 Attività di sorveglianza
6.3. Rinnovo triennale
6.4 Modifica/estensione della certificazione
Articolo 7 – Organizzazioni multisito
Articolo 8 – Trasferimento di certificati accreditati
8.1 Modalità di trasferimento
8.2 Pianificazione delle sorveglianze
Articolo 9 – Richiamo, sospensione e revoca
9.1 Richiamo scritto
9.2 Sospensione
9.3 Revoca
Articolo 10 – Rinuncia
Articolo 11 – Utilizzo della certificazione e dei marchi
Articolo 12 – Pubblicazioni
Articolo 13 – Modifiche alla normativa o al Regolamento Generale
Articolo 14 – Tariffe
Articolo 15 – Riservatezza e trattamento dei dati
Articolo 16 – Responsabilità
Articolo 17 – Reclami
Articolo 18 – Ricorsi e contenziosi
Articolo 19 – Azioni Giudiziarie
Allegato 1 – Regole particolari per la certificazione dei SGQ
Allegato 2 – Regole particolari per la certificazione dei SGA
Allegato 3 – Regole particolari per la certificazione dei SCR
Allegato 4 – Regole particolari per la certificazione dei SGE

ARTICOLO 1 - INTRODUZIONE

I.I.P. S.r.l., è un organismo di certificazione di sistemi di gestione aziendale; di conformità di prodotto; di attività di ispezione di progetti, processi e prodotti; di attività di prova su materiali e manufatti.
L'I.I.P. S.r.l. elabora appositi Regolamenti Generali integrati, ove necessario, da Regole particolari per definire rapporti trasparenti, esaustivi e di reciproca fiducia con le Organizzazioni interessate alla Certificazione.
L'I.I.P. S.r.l. si impegna a non svolgere né direttamente né indirettamente attività di consulenza nei settori di certificazione di sua competenza.
Per consulenza si intendono le attività concernenti:

- La progettazione, realizzazione e manutenzione di sistemi di gestione, incluse le attività di formazione specificatamente rivolte ad una determinata organizzazione e finalizzate alla implementazione del sistema stesso;
- La progettazione, costruzione, commercializzazione e assistenza relativamente a prodotti/servizi.

I.I.P. S.r.l. applica le condizioni di accesso alla certificazione in modo non discriminatorio. I servizi sono accessibili a tutte le Organizzazioni che ne fanno domanda e che si impegnano contrattualmente ad osservare i requisiti del Regolamento. Non vengono adottate condizioni indebite di carattere finanziario o di altra natura. L'accesso alla certificazione non viene condizionato alla appartenenza a particolari associazioni o gruppi.

ARTICOLO 2 - SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo della certificazione di conformità dei sistemi di gestione delle Organizzazioni è di dare, attraverso una verifica iniziale e successiva sorveglianza, un'assicurazione indipendente, con un adeguato livello di fiducia, che l'Organizzazione operi in conformità alle norme tecniche di riferimento aventi per oggetto i Sistemi di Gestione ed alle prescrizioni di I.I.P. S.r.l.

L'attività di certificazione si prefigge lo scopo ultimo di fornire al mercato una ragionevole fiducia che l'Organizzazione, mediante la corretta attuazione e l'efficace applicazione del Sistema di Gestione ed il processo di miglioramento continuo, è in grado di soddisfare sistematicamente ai requisiti concordati per ogni prodotto o servizio richiesto e rientrante nelle attività oggetto di certificazione.
L'Organizzazione si impegna a conformare ed a mantenere la conformità a tutti i requisiti di legge e di natura cogente (quali Direttive, Leggi, Regolamenti) applicabili. Essa è responsabile della corretta ed esaustiva applicazione dei requisiti di legge.
La certificazione riguarda solo la conformità del sistema di gestione dell'Organizzazione alla norma di riferimento e non costituisce pertanto un attestato del rispetto dei predetti requisiti cogenti.
L'Organizzazione rimane pertanto l'unica responsabile dell'osservanza delle disposizioni legislative in vigore relative all'Organizzazione stessa e/o ai prodotti/servizi erogati, con esclusione di qualsiasi responsabilità od obbligo di garanzia da parte di I.I.P. S.r.l.
La certificazione non solleva l'organizzazione da tutte le responsabilità derivanti dalle sue inadempienze nei riguardi degli obblighi contratti con i propri clienti.
Il presente Regolamento definisce i rapporti fra l'Istituto Italiano dei Plastici S.r.l. e le Organizzazioni che intendono ottenere e mantenere la certificazione di Sistema di Gestione secondo le seguenti normative applicabili:

- ❑ UNI EN ISO 9001
- ❑ UNI EN ISO 14001
- ❑ UNI EN ISO 50001
- ❑ Regolamento EMAS
- ❑ UNI EN ISO 45001
- ❑ La specifica tecnica del settore automobilistico IATF 16949
- ❑ PAS 24000

Gli allegati 1, 2, 3, 4 e 5 contengono prescrizioni specifiche per la certificazione rispettivamente dei SGQ secondo ISO 9001, dei SGA secondo ISO 14001/EMAS, dei SCR secondo UNI EN ISO 45001, dei Sistemi di Gestione dell'Energia secondo ISO 50001, dei Sistemi di Gestione Sociale secondo PAS 24000.

Il presente documento si deve in ogni caso intendere integrato dai seguenti documenti nelle edizioni in validità:

- UNI CEI EN ISO /IEC 17021-1 "Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione"
- Regolamento Accredia per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione
- Regolamento Accredia per l'utilizzo del Marchio di accreditamento da parte degli Organismi di certificazione
- Per la certificazione secondo IATF 16949 si applicano le regole definite del documento Schema di Certificazione Automotive per IATF - Regole per ottenere il raggiungimento ed il mantenimento del riconoscimento IATF"" nella edizione corrente
- Regolamento Tecnico Accredia RT09 contenente prescrizioni specifiche per la certificazione dei SGA nella edizione corrente

- Norma ISO 50003 Regolamento per gli Organismi che svolgono audit e certificazioni a fronte della Norma ISO 50001, nella edizione corrente.
- Rapporto Tecnico UNI/TR 11331 "Indicazioni relative all'applicazione della UNI EN ISO 14001 in Italia, formulate a
- partire dalle criticità emerse e dalle esperienze pratiche"
- Procedura per la sorveglianza dei Verificatori Ambientali accreditati o abilitati in un altro Stato membro U.E.
- Procedura per la registrazione delle organizzazioni aventi sede e operanti nel territorio italiano ai sensi del Regolamento CE 1221/2009 del parlamento europeo e del consiglio del 25 novembre 2009 e successive modifiche e integrazioni
- IAF MD 22 (Application of ISO/IEC 17021-1 for the Certification of Occupational Health and Safety Management Systems (OH&SMS)
- Circolare informativa ACCREDIA del 21/02/2023 DC N° 10/2023 - Disposizioni in merito all'accreditamento per lo schema di certificazione PAS 24000:2022 - Sistema di gestione sociale.

Il contenuto dei suddetti documenti è in ogni caso da intendersi vincolante in caso di prescrizioni non allineate tra quanto indicato nel presente Regolamento. Pertanto, in caso di difformità, valgono le prescrizioni indicate nei documenti sopra citati.

Il presente Regolamento si applica per le attività di certificazione dei Sistemi di Gestione sia svolte nei settori sotto accreditamento Accredia, che in settori non accreditati Accredia. Per un riscontro oggettivo dei settori accreditati Accredia, è possibile consultare direttamente il sito www.accredia.it.

ARTICOLO 3 - DEFINIZIONI

Per gli scopi del presente Regolamento si assumono le seguenti definizioni**:**

- **non conformità maggiore:**

1. totale inadempienza o grave non rispondenza ad un requisito della norma (un certo numero di non conformità minori a fronte di un requisito può rappresentare una non conformità maggiore)
2. qualsiasi mancata ottemperanza che possa impedire al sistema di raggiungere i propri obiettivi.
3. qualsiasi mancata ottemperanza in grado di determinare una probabile non conformità rispetto ai requisiti cogenti
4. qualsiasi mancata ottemperanza verificata su documentazione oggettiva che possa essere causa di mancato funzionamento del Sistema o ridotta garanzia circa il controllo dei processi o dei prodotti.

- **non conformità minore:**

mancata ottemperanza ad un requisito della norma verificata su documentazione oggettiva, tale da non determinare un mancato funzionamento del Sistema o una riduzione della sua capacità di garantire processi e prodotti sotto controllo.

- **raccomandazione:**

Opportunità di miglioramento nella applicazione del Sistema di Gestione.

Per quanto riguarda il Regolamento EMAS, l'attività svolta da IIP Srl è quella di verifica e "convalida" della Dichiarazione Ambientale predisposta dalla organizzazione. Ove, nel seguito il presente regolamento si parli in generale di "certificazione" si intende anche l'attività di verifica e convalida della Dichiarazione Ambientale come prevista per il Regolamento EMAS"

ARTICOLO 4 - ORGANI DI GESTIONE

Lo Schema di Certificazione di Sistema di Gestione, definito da I.I.P. S.r.l. prevede il coinvolgimento dei seguenti organi di gestione:

4.1 Comitato di Certificazione

Il Comitato di Certificazione decide in base al rilascio della certificazione, dopo l'effettuazione di un riesame tecnico della pratica svolto da un soggetto competente e differente da chi ha svolto le attività di audit (tale soggetto può essere il responsabile. di schema o altra persona competente nello specifico schema/settore)
Il parere del soggetto che ha effettuato il riesame tecnico è vincolante ai fini del rilascio della certificazione.
Solo a seguito di parere positivo espresso da parte del responsabile del riesame tecnico, il Comitato di Certificazione decide il rilascio della certificazione, fatta salva la verifica della regolarità di tutti gli obblighi contrattuali da parte della Organizzazione.

4.2 Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità (CSI)

Il CSI è composto da soggetti indipendenti (non direttamente coinvolti nell'attività di produzione e/o commercializzazione di manufatti oggetto di certificazione) che assicurano la rappresentatività delle parti interessate alla certificazione. Il CSI ha il compito di garantire ogni aspetto connesso alla competenza, alla rigorosità, all'indipendenza ed alla imparzialità dell'attività di certificazione.

4.3 Collegio dei Probiviri

Il Collegio dei Probiviri esamina i ricorsi effettuati dalle organizzazioni richiedenti la certificazione e certificate avverso le decisioni dell'I.I.P. S.r.l.

ARTICOLO 5 - CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

5.1 Generalità

L'organizzazione richiedente la certificazione deve disporre di un Sistema di Gestione adeguato alla attività oggetto di certificazione, documentato ed applicato, in conformità alla norma di riferimento.
Prima della verifica ispettiva di valutazione del Sistema di Gestione è richiesto alla organizzazione di aver attuato almeno un ciclo completo di verifiche ispettive interne ed un riesame da parte della direzione a fronte della norma di riferimento.

5.2 Presentazione della domanda

L'organizzazione richiedente compila ed invia ad I.I.P. S.r.l. l'apposito questionario informativo fornito da I.I.P. S.r.l. Sulla base dei dati in esso contenuti, I.I.P. S.r.l. invia alla organizzazione (unitamente alla modulistica per la presentazione della domanda) una offerta specifica contrattuale e completa di tutte le informazioni relative alla attività ed ai costi sulla base delle tariffe in vigore in cui sono esplicitati gli elementi che concorrono alla loro definizione *(vedi art .14)*. L'offerta suddetta viene emessa a cura di Customer Service di I.I.P. S.r.l. in seguito a specifico riesame dei requisiti ed in osservanza delle regole esistenti.
In particolare, il calcolo dei giorni/uomo di verifica viene effettuato secondo i criteri definiti nei documenti seguenti:

- ✓ IAF MD 5 per la certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità, Ambiente e Sicurezza
- ✓ ISO 50003 Regolamento per gli Organismi che svolgono audit e certificazioni a fronte della Norma ISO 50001.
- ✓ Circolare informativa ACCREDIA del 21/02/2023 DC N° 10/2023 - Disposizioni in merito all'accreditamento per lo schema di certificazione PAS 24000:2022 - Sistema di gestione sociale.

L'organizzazione che desideri ottenere la certificazione deve presentare formale domanda di certificazione. In particolare, devono essere inviati a IIP Srl:

- ✓ Offerta contrattuale firmata per accettazione;
- ✓ Regolamento generale per la certificazione dei sistemi di gestione firmato per accettazione
- ✓ Regolamento per l'uso dei marchi firmato per accettazione
- ✓ Condizioni generali per il servizio di certificazione e ispezioni firmate per accettazione
- ✓ Certificato di iscrizione ad una Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura Italiana o documento equivalente

5.3 Visita preliminare (pre-audit)

Su richiesta della organizzazione può essere effettuata una (e una sola) visita preliminare della durata massima di 2 giorni/uomo (salvo diverse prescrizioni del singolo schema) presso l'organizzazione stessa, indipendentemente dal fatto che abbia o meno presentato domanda di certificazione.
Tale visita può essere tuttavia effettuata esclusivamente prima dell'eventuale avvio dell'iter di certificazione e non ne condiziona i risultati.
La data è concordata con l'organizzazione.
Lo scopo della visita è quello di consentire all'organizzazione di comprendere il proprio livello di preparazione, individuando le eventuali carenze da colmare, senza per questo fornire indicazioni su come realizzare il Sistema di Gestione.
Al contempo, la visita può consentire ad I.I.P. S.r.l. di comprendere meglio la natura delle attività dell'organizzazione, l'applicabilità eventuale di requisiti normativi/legislativi relativa ai prodotti/servizi dell'organizzazione, la correttezza delle eventuali esclusioni di requisiti normativi, il tipo di esperienza richiesta al gruppo di verifica che dovrà effettuare la visita di valutazione.
Al termine della visita preliminare viene rilasciato un rapporto che non contiene non conformità rispetto ai requisiti della norma di riferimento, ma solo indicazioni sul livello di conformità alla norma di riferimento.

5.4 Istruzione della domanda

Al ricevimento della domanda I.I.P. S.r.l. provvede all'esame preliminare della documentazione presentata e, qualora essa risulti completa ed esauriente, avvia il processo di certificazione. In caso contrario, I.I.P. S.r.l. procederà a richiedere le integrazioni e/oi chiarimenti necessari.

Gestione della Verifica Ispettiva

5.5.1 Documentazione del Sistema di Gestione

L'organizzazione deve disporre di un Sistema di Gestione documentato secondo i requisiti delle norme di riferimento (vedi allegato 1, 2, 3, 4 e 5 per le certificazioni del SGQ, del SGA, del SCR, del SGE e del SMS rispettivamente).

5.5.2 Composizione del gruppo di verifica

I.I.P. S.r.l. provvede alla nomina dei componenti del gruppo di verifica ispettiva.
Il Gruppo di verifica può comprendere esperti tecnici, osservatori o valutatori in addestramento.
I nominativi dei componenti il Gruppo di Verifica Ispettiva vengono comunicati preventivamente alla organizzazione che ha la

facoltà di ricusare la designazione qualora vi fossero documentati conflitti di interesse o altre ragioni che possano costituire ostacolo al corretto svolgimento della verifica, giustificandone, per iscritto, i motivi.
L'organizzazione deve consentire l'accesso alla/e propria/e sede/i degli ispettori Accredia, o di altri organismi di accreditamento, senza preavviso o in accompagnamento ai valutatori di I.I.P. S.r.l., pena la mancata concessione della certificazione o la sospensione/revoca della certificazione concessa.
L'organizzazione deve inoltre consentire l'accesso alle proprie sedi di personale incaricato da I.I.P. S.r.l. per attività di monitoraggio periodico sui propri valutatori.
L'audit iniziale deve essere condotto in due fasi di seguito definite fase 1 e fase 2.

5.5.3 Gestione della verifica ispettiva di fase 1
Il Responsabile del Gruppo di Verifica Ispettiva comunica alla organizzazione il piano della verifica ispettiva di fase 1 con almeno 10 giorni lavorativi di anticipo sulla data fissata per la verifica.
Vedi allegati 1, 2, 3, 4 e 5 in relazione agli obiettivi della Fase 1 rispettivamente per le certificazioni dei SGQ, SGA, SCR, SGE e SMS. Al termine della verifica ispettiva di fase 1 il GVI rilascia un rapporto che contiene le risultanze della verifica, inclusa l'identificazione di aree che potrebbero essere oggetto di Non Conformità in fase 2, che sono da ritenersi confermate salvo comunicazione contraria di I.I.P. S.r.l. entro 10 giorni dalla data della visita.

Nel determinare l'intervallo temporale tra fase 1 e fase 2 devono essere considerate le esigenze della organizzazione per le aree di potenziali criticità rilevate nella fase 1.
Qualora durante tale intervallo vi fossero modifiche significative che potrebbero avere impatto sul Sistema di Gestione (comprese modifiche significative alla legislazione applicabile), deve essere considerata la necessità di ripetere la fase 1.
In ogni caso, qualora, sulla base dell'esito della fase 1 si ravvisi la necessità di ripetizione della stessa, la organizzazione viene formalmente informata.

L'intervallo temporale tra la verifica di fase 1 e la verifica di fase 2 non può essere in ogni caso superiore a 12 mesi.

Trascorso tale periodo, I.I.P. S.r.l. si riserva di chiudere la pratica di certificazione. L'Organizzazione che intenda proseguire l'iter di certificazione dovrà presentare una nuova domanda e ripetere l'iter certificativo.
In alcuni casi, I.I.P. S.r.l. (vedi allegati 1, 2 e 4 rispettivamente per SGQ, SGA, SGE, non previsto per lo schema SCR e SMS) si riservadi procedere immediatamente all'esecuzione della fase 2; l'organizzazione, tuttavia, viene preliminarmente informata della possibilità che la fase 2 non venga effettuata immediatamente a seguito della fase 1 qualora questa non producesse esiti soddisfacenti.
Tale scelta, formalizzata nel riesame della domanda di certificazione, è motivata dalla necessità di non appesantire l'iter di certificazione in organizzazioni con una struttura estremamente semplice, ma anche di evitare di disperdere risorse ed energie in attività di verifica troppo frammentate, tali da non risultare efficaci.
A tal riguardo, tuttavia, proprio in considerazione della necessità di evitare di sottrarre tempo prezioso alla verifica ispettiva potrebbe essere opportuno in taluni casi eseguire un esame Documentale prima della stessa.
Si rimanda per maggiori dettagli agli allegati ai par. 1.2.2 per lo schema SGQ, 2.2.2 per lo schema SGA, 4.2.2 per lo schema SGE

5.5.4 Gestione della verifica ispettiva di fase 2
Il Responsabile del Gruppo di Verifica Ispettiva comunica alla organizzazione il piano della verifica ispettiva di valutazione con adeguato anticipo sulla data fissata per la verifica.
All'inizio della verifica ispettiva, il Gruppo di verifica programma un incontro con la direzione dell'organizzazione al fine di:

- arrivare ad una buona comprensione della procedura di valutazione;
- stabilire un canale ufficiale per le comunicazioni tra i valutatori e la direzione;
- chiarire eventuali aspetti non compresi a fondo e stabilire un clima di fiducia reciproca.

La verifica ispettiva di fase 2 comporta una valutazione completa della conformità del Sistema di Gestione alle prescrizioni della norma di riferimento.

Viene inizialmente esaminata l'attuazione delle eventuali criticità rilevate in fase 1. A buon esito di tale verifica si procede con la verifica ispettiva di fase 2 che comporta una valutazione completa della conformità del Sistema di Gestione alle prescrizioni della norma di riferimento.

La verifica di Fase 2 riguarda almeno i seguenti elementi:

1. le informazioni e le evidenze circa la conformità a tutti i requisiti della norma o di altro documento normativo applicabile al sistema di gestione;
2. il monitoraggio, la misurazione, la rendicontazione/il rapporto e il riesame delle prestazioni, con riferimento agli obiettivi ed ai traguardi fondamentali delle prestazioni stesse (coerentemente alle previsioni della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo);
3. il sistema di gestione del cliente e le prestazioni con riferimento alla conformità legislativa;
4. la tenuta sotto controllo dei processi del cliente;
5. gli audit interni e il riesame da parte della direzione;
6. la responsabilità della direzione per le politiche del cliente;
7. i collegamenti fra i requisiti normativi, la politica, gli obiettivi ed i traguardi delle prestazioni (coerentemente alle previsioni della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo), tutti i requisiti legali applicabili, le responsabilità, la competenza del personale, le attività, le procedure, i dati di prestazioni e le risultanze e le conclusioni degli audit interni.

Al termine della verifica ispettiva il GVI compila un rapporto che contiene le risultanze della verifica espresse mediante non conformità maggiori, non conformità minori, raccomandazioni che sono da ritenersi confermate salvo comunicazione contraria di I.I.P. S.r.l. entro 10 giorni dalla data della visita.
L'Organizzazione è tenuta a predisporre per tutte le non conformità (maggiori e minori) una correzione immediata, analizzare le cause delle non conformità segnalate e proporre ad I.I.P. S.r.l. le necessarie azioni correttive ed i relativi tempi di attuazione. Tali proposte si intendono accettate qualora entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento, I.I.P. S.r.l. non invii all'Organizzazione comunicazioni contrarie.

I.I.P. S.r.l. verificherà nel corso della prima verifica di sorveglianza le azioni correttive previste per le non conformità minori. In caso di non conformità maggiori il processo di certificazione viene sospeso fino alla verifica del superamento delle stesse. Tale verifica, che a seconda della tipologia delle non conformità, potrà essere effettuata su base documentale (eventuale) o mediante verifica ispettiva supplementare presso il sito, dovrà avvenire entro **6** mesi dal termine della fase2. Qualora non fosse possibile verificare l'attuazione delle correzioni e delle Azioni Correttive di ogni eventuale NC maggiore entro 6 mesi dopo l'ultimo giorno di fase 2, il processo di certificazione viene sospeso. Per riattivare il processo di certificazione dovrà essere condotta una altra fase 2.

5.6. Doveri della organizzazione

Qualora alle verifiche ispettive sia presente un consulente della organizzazione (ove non espressamente escluso dallo schema), questi deve rigorosamente attenersi al ruolo di osservatore.
L'organizzazione si impegna a garantire l'accesso dei valutatori incaricati da I.I.P. S.r.l. e dell'ente di accreditamento ai propri locali ed alle informazioni, nel rispetto delle condizioni di sicurezza, ad offrire loro piena collaborazione ed a mettere a disposizione del gruppo di verifica ispettiva i documenti necessari per lo svolgimento dell'audit (documenti di pianificazione e registrazione gestiti nell'ambito del Sistema).

5.7 Rilascio del certificato

Sulla base del rapporto completo della verifica ispettiva, di ogni altra informazione pertinente (es. informazioni di dominio pubblico, commenti sul rapporto di audit da parte del cliente) e delle eventuali azioni correttive dalla organizzazione e, nel caso di non conformità maggiori, delle evidenze della attuazione delle azioni correttive relative, il Comitato di Certificazione di I.I.P. S.r.l. delibera sul rilascio della certificazione (vedi par. 4.1). Qualora subentrino differenze di giudizio tra il rapporto del Gruppo di Verifica ispettiva ed il Comitato, queste vengono comunicate per iscritto alla organizzazione indicandone le motivazioni e le condizioni per riavviare l'iter di certificazione.
Il Comitato di Certificazione di I.I.P. S.r.l. ha inoltre facoltà di modificare in base alle evidenze ricevute la classificazione delle non conformità e di comunicarle per iscritto all'organizzazione. In tali casi l'Organizzazione è tenuta a predisporre le evidenze necessarie per i chiarimenti, gli adeguamenti, e/o le integrazioni/modifiche documentali,
Quando, dopo delibera positiva del Comitato di Certificazione, la certificazione viene rilasciata, I.I.P. S.r.l. invia all'organizzazione il certificato di conformità, in unica copia. Quest'ultimo precisa i processi e/o servizi per i quali vale la certificazione, e gli indirizzi delle unità operative e degli uffici ove si svolgono le attività connesse con l'oggetto della certificazione.
Il certificato ha la validità di 3 anni a partire dalla data della delibera ed è soggetto a sorveglianza periodica con frequenza almeno annuale. Viene rinnovato con le modalità descritte al successivo paragrafo 6.3.

Con il certificato viene inviato alla organizzazione il programma triennale di sorveglianza che indica la pianificazione temporale delle verifiche ispettive periodiche di mantenimento della certificazione.

ARTICOLO 6 - MANTENIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE

6.1 Condizioni generali

L'organizzazione si impegna a mantenere il proprio Sistema di Gestione conforme ai requisiti della normativa di riferimento.
Per il mantenimento della certificazione, valgono le condizioni di seguito precisate.
Ogni cambiamento significativo nel campo di applicazione della certificazione, concernente l'organizzazione aziendale o le procedure gestionali deve essere tempestivamente comunicato ad I.I.P. S.r.l. In ogni caso, in occasione delle verifiche ispettive di mantenimento I.I.P. S.r.l. verifica gli eventuali cambiamenti relativi ai processi ed alla struttura organizzativa; in particolare viene rilevato di anno in anno il numero di addetti della Organizzazione alfine di valutare il permanere delle condizioni contrattualiin essere.
In relazione al tipo di modifiche introdotte I.I.P. S.r.l. si riserva di effettuare una verifica ispettiva speciale per valutare l'influenza delle variazioni sul Sistema.
L'organizzazione certificata si impegna a:
-comunicare tempestivamente ad I.I.P. S.r.l. tutte le situazioni difformi rilevate dalle Autorità di controllo, nonché eventuali sospensioni o revoche di autorizzazioni, concessioni, ecc., relative alla produzione, erogazione di prodotti / servizi connessi alla certificazione;
-comunicare immediatamente ad I.I.P. S.r.l eventuali procedimenti giudiziari e/o amministrativi in corso, riguardanti l'oggetto della certificazione, fatti salvi i limiti imposti dalla Legge;
-mantenere informato I.I.P. S.r.l. sugli sviluppi dei suddetti procedimenti.
-comunicare ogni variazione significativa nella propria struttura organizzativa, processi, prodotti rientranti nel campo di applicazione della certificazione, comprese variazioni nel numero di addetti aziendali

In relazione a quanto sopra, I.I.P. S.r.l. potrà eseguire opportune e tempestive verifiche ispettive speciali ed, eventualmente, adottare provvedimenti di sospensione cautelativa e/o revoca della certificazione rilasciata, in base alla reale non conformità accertata a carico del sistema di gestione dell'Organizzazione.
L 'organizzazione certificata si impegna inoltre:

- a tenere un registro di tutti i reclami ricevuti (da clienti e dalle parti interessate, compresi gli organi di controllo) e delle relative azioni correttive intraprese e mettere tali registrazioni a disposizione di I.I.P. S.r.l.;
- ad effettuare con frequenza almeno annuale un ciclo completo di verifiche ispettive interne ed un riesame della direzione;
- a comunicare, su richiesta di I.I.P. S.r.l., l'aggiornamento del proprio organico in termini di numero di addetti, ai fini dell'eventuale adeguamento della attività di sorveglianza;
- a garantire l'accesso alla propria sede ed ai propri siti dei valutatori incaricati da I.I.P. S.r.l. ai luoghi di produzione e l'assistenza necessaria da parte del personale responsabile.

6.2 Attività di sorveglianza

6.2.1 Verifiche di mantenimento

I.I.P. S.r.l. effettua una attività di sorveglianza periodica mediante verifiche ispettive dirette sul Sistema di Gestione della organizzazione. Il calendario delle verifiche ispettive viene inviato all'organizzazione contestualmente al certificato. Nel corso del triennio (prima del rinnovo) è verificato almeno una volta ogni processo individuato dalla organizzazione ed ogni requisito della norma di riferimento.
Nel corso di ogni verifica di sorveglianza vengono verificati i seguenti requisiti normativi: riesame della direzione, verifiche ispettive interne, azioni correttive, gestione dei reclami dei clienti/parti interessate, azioni correttive delle non conformità rilevate nel corso delle verifiche precedenti risultati conseguiti rispetto ad obiettivi di miglioramento continuo, modifiche intervenute nei processi della organizzazione e nella documentazione del Sistema, utilizzo del marchio.
Il piano triennale prevede, di norma, due sorveglianze ed una verifica di riesame completa del sistema (rinnovo della certificazione).
La prima verifica di sorveglianza viene effettuata entro 12 mesi dalla data di decisione di certificazione.
Qualora il Comitato di Certificazione, pur concedendo la certificazione, richieda una prima verifica anticipata, al fine di appurare il consolidamento di aspetti deboli del Sistema emersi in fase di valutazione, tale verifica si deve ritenere non compresa nel piano e quindi deve essere considerata come verifica supplementare (vedi 6.2.2).
La frequenza delle verifiche di sorveglianza successive alla prima, deve essere almeno annuale (intendendo che deve essere effettuata almeno una verifica nell'anno solare).
In caso di impossibilità di effettuazione delle verifiche di sorveglianza entro i termini stabiliti, come sopra indicato, I.I.P. S.r.l. sospende la certificazione, con le modalità indicate nell' articolo 9.2
La frequenza e la tempistica delle verifiche ispettive potrà essere modificata da I.I.P. S.r.l. sulla base dei risultati delle verifiche periodiche.

Le date esatte delle verifiche (giorno), vengono concordate con adeguato anticipo ed ufficialmente confermate alla organizzazione.
Una volta definita la data e comunicata ufficialmente dal RGVI alla organizzazione, con il piano di verifica, è consentita la variazione di tale data solo a seguito di eventi di carattere eccezionale, motivati per iscritto dalla organizzazione ed accettati da I.I.P. S.r.l., purchè l'organizzazione ne faccia richiesta con un preavviso di almeno 5 gg lavorativi sulla data fissata.
In riferimento alla composizione del gruppo di verifica ispettiva di I.I.P. S.r.l. ed ai doveri della organizzazione, vale quanto riportato nei precedenti articoli 5.5.2 e 5.6.
Al termine della verifica viene rilasciato un rapporto che contiene le risultanze della verifica espresse mediante non conformità maggiori, non conformità minori, raccomandazioni che sono da ritenersi confermate salvo comunicazione contraria di I.I.P. S.r.l. entro 10 giorni dalla data della visita.

In presenza di non conformità maggiori e minori, l'Organizzazione è tenuta predisporre una correzione immediata, analizzare le cause delle non conformità segnalate e proporre ad I.I.P. S.r.l. le necessarie azioni correttive ed i relativi tempi di attuazione. In presenza di non conformità maggiori l'attuazione delle azioni correttive deve potere essere verificata entro i tempi stabiliti da I.I.P. S.r.l. in relazione alla importanza delle non conformità stesse. Tale verifica dovrà avvenire entro 6 mesi dal termine della visita di sorveglianza, salvo diverse necessità della Organizzazione valutate e accettate dal Comitato di Certificazione di I.I.P. S.r.l. A seconda della tipologia delle non conformità tale verifica potrà essere effettuata su base documentale (eventuale) o mediante una verifica ispettiva supplementare presso il sito della organizzazione a cura del RGVI o altro componente del gruppo di verifica. La mancata risoluzione delle non conformità maggiori nei tempi prescritti, è causa di presentazione della proposta di sospensione al Comitato di Certificazione (vedi art. 9.2).
Le non conformità minori devono essere rimosse mediante adeguate correzioni ed azioni correttive il cui risultato sarà verificato da I.I.P. S.r.l. nel corso della successiva verifica. Qualora nel corso della verifica ispettiva successiva si accerti che l'organizzazione non abbia efficacemente attuato azioni correttive delle non conformità minori formalizzate nella visita precedente, si procede come descritto in precedenza nel caso di non conformità maggiori.

Il Comitato di Certificazione ha facoltà di richiedere ulteriori chiarimenti, adeguamenti e/o integrazioni documentali qualora ritenga che il piano proposto dalla organizzazione non sia soddisfacente; ha inoltre facoltà di modificare in base alle evidenze ricevute la classificazione delle non conformità.
Il rapporto di verifica può contenere anche eventuali raccomandazioni, che devono essere intese come opportunità di miglioramento nella applicazione del Sistema di Gestione. Non trattandosi di Non Conformità, non necessitano di azioni correttive da inviare ad I.I.P. S.r.l.

6.2.2 Verifiche speciali

Premesso che costituisce un tipo di audit speciale la verifica supplementare di cui ai par. 5.5.4 e 6.2.1, disposta a seguito di esiti insoddisfacenti di Verifiche Ispettive, verifiche speciali (non comprese, cioè nelle giornate previste nel piano triennale di sorveglianza comunicato da I.I.P. S.r.l. all'atto della certificazione) possono essere altresì disposte da I.I.P. S.r.l. nei seguenti casi:

- reclami o segnalazioni da parte di parti interessate ritenute significative in relazione alla non adeguatezza del sistema;
- modifiche significative del sistema;

Tali verifiche, che possono essere effettuate anche senza preavviso o con breve preavviso e non sono in nessun caso sostitutive delle verifiche indicate nel piano triennale, vengono addebitate alla organizzazione in base agli accordi definiti all'atto della domanda di Certificazione, fatta eccezione per le verifiche svolte a seguito di reclami/segnalazioni risultati infondati.
In tali casi, sarà posta particolare cura nella designazione del GVI, data la impossibilità tecnica di ricusazione dei componenti il GVI da parte della organizzazione certificata

6.3 Rinnovo triennale

Il rinnovo viene effettuato in corrispondenza della data indicata nel piano triennale di sorveglianza entro la data di scadenza del certificato e di triennio in triennio successivo.
Prima della verifica di rinnovo viene richiesta alla organizzazione la compilazione di un questionario informativo per la conferma dei dati relativi alla struttura organizzativa, al fine di confermare o riesaminare la tempistica della verifica.
Il rinnovo triennale comporta il riesame completo della documentazione prima della verifica.
I.I.P. S.r.l. può disporre una verifica di fase 1 nei casi in cui siano intervenute modifiche significative nel sistema o modifiche sostanziali alla legislazione applicabile.
In riferimento alla composizione del gruppo di verifica ispettiva di I.I.P. S.r.l. ed i doveri della organizzazione, vale quanto riportato nei precedenti articoli 5.5.2 e 5.6.

Il Comitato di Certificazione delibera circa il rinnovo della certificazione con modalità analoghe a quelle descritte per la certificazione iniziale.
In presenza di non conformità maggiori o di altri rilievi, la cui numerosità a giudizio del gruppo di audit sia tale da pregiudicare il corretto funzionamento del Sistema, l'Organizzazione deve necessariamente applicare, in modo efficace, i relativi trattamenti e azioni correttive prima della data di scadenza del certificato di conformità.
Ciò implica che l'Organizzazione deve effettuare la verifica supplementare per la verifica della chiusura di tali non conformità in tempo utile per la successiva emissione del certificato.
I tempi entro i quali l'Organizzazione deve effettuare la verifica supplementare sono comunicati all'Organizzazione mediante comunicazione scritta da I.I.P. S.r.l.
L'audit supplementare può essere effettuato sul sito o su base documentale in base alla tipologia delle azioni correttive da verificare a giudizio del Gruppo di Verifica.
Tutte le spese relative ad eventuali verifiche supplementari conseguenti a carenze del Sistema di Gestione sono da considerarsi a carico dell'Organizzazione.

Le attività di rinnovo devono essere completate con successo prima della scadenza del certificato. In tal caso la data di scadenza della certificazione viene basata sulla data di scadenza precedente (la data di emissione del nuovo certificato deve corrispondere o essere successiva alla delibera).
Ove, per motivi eccezionali ed approvati dal Comitato di Certificazione, non sia possibile chiudere con successo tutte le attività di rinnovo prima della scadenza, allora il certificato non può essere rinnovato né la validità del precedente prorogata.
A seguito della scadenza della certificazione, la stessa può essere ripristinata, entro 6 mesi, a patto che siano state completate tutte le attività pendenti (altrimenti deve essere condotta almeno una verifica di fase 2).
In tal caso la data effettiva sul certificato deve coincidere o essere successiva alla delibera di rinnovo della certificazione e la data di scadenza deve essere basata sul ciclo di certificazione precedente.
Il certificato in tal caso può conservare la data di prima emissione purché riporti anche le seguenti date:
- date di inizio e scadenza dell'attuale ciclo di certificazione
- data di scadenza dell'ultimo ciclo di certificazione
- data dell'audit di rinnovo

6.4 Modifica/estensione della certificazione

L'organizzazione in possesso della certificazione può richiedere una modifica o estensione dello scopo della certificazione della stessa presentando richiesta formale ad I.I.P. S.r.l., che si riserva di esaminare caso per caso le richieste e di decidere le modalità di valutazione ai fini del rilascio del nuovo certificato.

ARTICOLO 7 - ORGANIZZAZIONI MULTISITO

Con riferimento alle organizzazioni multisito si applica quanto prescritto nel documento IAF MD1 (*IAF Mandatory Document for the Audit and Certification of a Management System Operated by a Multi-Site Organization*).

Per organizzazione multisito, si intende una organizzazione in cui opera un unico Sistema di Gestione gestito presso una funzione centrale identificata presso la quale sono pianificati e controllati alcuni processi ed un numero di siti presso i quali i processi sono messi in atto pienamente o parzialmente.
Non è necessario che l'organizzazione abbia un'unica entità legale (stessa ragione sociale), ma tutti i siti devono avere un legame legale o contrattuale con la Sede Centrale dell'organizzazione ed essere soggetto ad un Sistema di Gestione comune, che è stato stabilito, attuato e reso disponibile a tutte le sedi ed è sottoposto a sorveglianza continua da parte della sede centrale. Questo implica che l'ufficio centrale ha il diritto di porre in essere azioni correttive, se necessario, in qualsiasi unità periferica. Quando applicabile questo deve essere stabilito e reso evidente nel contratto fra sede centrale ed uffici periferici.

La suddetta funzione centrale deve gestire il Sistema di gestione almeno in relazione alle seguenti attività:
- Emissione e controllo della documentazione
- riesame del sistema da parte della Direzione effettuato per tutti i siti
- registrazione dei reclami e modalità di esame e di gestione delle azioni conseguenti
- pianificazione/esecuzione delle verifiche ispettive interne e valutazione dei relativi risultati
- attuazione e valutazione della efficacia delle azioni correttive
- Dimostrare la propria autorità nella gestione dei requisiti applicabili (leggi/regolamenti) pertinenti il sistema di gestione ed intraprendere i necessari cambiamenti organizzativi se necessario.

Tuttavia, non per tutte le organizzazioni che soddisfano la definizione di multisito secondo i criteri sopra indicati è da considerarsi appropriato il campionamento dei siti, nell'ambito dell'attività di audit.
Per potere considerare il campionamento appropriato, l'attività oggetto della certificazione deve essere molto simile in tutti i siti.

Inoltre, sono prese in considerazione di altri elementi quali:

- la valutazione del livello di rischio associato al settore in funzione dello schema di certificazione
- le dimensioni dei siti
- considerazioni circa la esistenza di requisiti cogenti

Sulla base delle informazioni fornite, I.I.P. S.r.l. stabilisce se il campionamento sia appropriato o meno.

In caso di campionamento appropriato sia per la visita iniziale di valutazione che per le verifiche di sorveglianza periodiche e lo comunica alla organizzazione in sede di offerta. Il metodo di campionamento utilizzato prende in considerazione tutti i processi ed i turni di lavoro e segue i seguenti **criteri:**
Premesso che la funzione centrale viene verificata sempre, salvo il verificarsi di circostanze particolari (es.: modifiche della struttura societaria, reclami, etc…), il campione è scelto in base ai criteri esposti di seguito:
Audit iniziale: la dimensione del campione è la radice quadrata delle sedi/siti periferici ($y=\sqrt{x}$), arrotondata all'intero superiore
Audit di sorveglianza: la dimensione del campione annuale è la radice quadrata delle sedi/siti periferici corretta con un coefficiente 0,6 ($y=0,6\sqrt{x}$), arrotondata all'intero superiore.
Rinnovo: la dimensione del campione è la stessa dell'audit iniziale. Tuttavia, su sistemi gestione che hanno dato prova di efficacia nel periodo dei tre anni precedenti (es. assenza di non conformità), il campionamento potrebbe essere ridotto da un fattore 0,8 es. $y=0,8\sqrt{x}$ arrotondato all'intero superiore.

In caso il campionamento non sia considerato appropriato, l'audit di certificazione iniziale e gli audit di rinnovo sono eseguiti su tutti i siti. Gli audit annuali di sorveglianza devono coprire almeno il 30% dei siti.

Il certificato emesso riporta lo scopo della certificazione ed i siti e entità legali (ove applicabile) coperti dalla certificazione multisito.
È prevista l'emissione di un elenco di tutti i siti/sedi ai quali si riferisce il certificato o sul certificato stesso o su un allegato o in altro modo, citato comunque sul certificato.
La certificazione sarà sospesa e/o revocata nella sua totalità se la sede centrale o qualsiasi altro sito/sede non risulti conforme ai criteri necessari per il mantenimento della validità del certificato.

ARTICOLO 8 - TRASFERIMENTO DI CERTIFICATI ACCREDITATI

8.1 Modalità di trasferimento

Con riferimento al trasferimento dei certificati accreditati, si applica quanto prescritto nel documento IAF MD2 *(IAF Mandatory Document for the Transfer of Accredited Certification of Management Systems).*

Qualora un'organizzazione già certificata da un organismo accreditato da un Ente che aderisce all'accordo di mutuo riconoscimento IAF, presenti domanda di certificazione, I.I.P. S.r.l. effettua un riesame (pre-transfer review) della certificazione del potenziale cliente che viene condotto mediante un riesame della documentazione.
Tale riesame comprende i seguenti aspetti:

1. la conferma che le attività dell'organizzazione certificata ricadano all'interno dello scopo di accreditamento
2. le motivazioni della richiesta di trasferimento
3. la verifica della validità del certificato in relazione alla autenticità, permanere dello scopo e delle attività coperte dal Sistema di Gestione. IIP S.r.l., ove possibile, chiederà informazioni all'organismo uscente, in relazione allo stato di validità del certificato ed allo stato delle eventuali non conformità da questi rilasciate.
4. l'esame dei rapporti di tutte le verifiche ispettive condotte dall'organismo uscente, dalla certificazione o dall'ultimo rinnovo compresi e le successive sorveglianze, nonché delle non conformità emerse nei suddetti audit. In particolare, deve potere essere verificata la efficace attuazione di azioni correttive di eventuali non conformità maggiori e/o accettato il piano delle azioni correttive relative ad eventuali non conformità minori
5. i reclami ricevuti e le azioni intraprese
6. la verifica della fase nel corrente ciclo di certificazione (sorveglianza n°/rinnovo) secondo il programma dell'ente di certificazione uscente
7. qualsiasi corrente rapporto dell'organizzazione con gli enti competenti in relazione al rispetto di eventuali requisiti cogenti.

Ove emergano necessità di approfondimento, viene effettuata una visita presso l'organizzazione. Tale visita non è da considerarsi come audit.

Il trasferimento dei certificati da un altro organismo di certificazione accreditato da un Ente che aderisce all'accordo di mutuo riconoscimento IAF, è possibile, purché l'organizzazione non abbia il certificato sospeso o ritirato dall'OdC cedente. Oltre alle

verifiche di cui sopra da parte di IIP S.r.l., l'organizzazione dovrà fornire, sotto la propria responsabilità, dichiarazione che attesti la validità del certificato specificando che esso non è viziato da sospensioni o ritirato per qualsivoglia motivo.
A buon esito delle attività sopra riportate viene deliberato il rilascio del certificato secondo le modalità già indicate al precedente art. 5.7.
L'organismo uscente sarà informato dell'avvio e della conclusione del processo di trasferimento del certificato.

8.2 Pianificazione delle sorveglianze
Il trasferimento di certificati può essere attuato in qualunque momento del triennio certificativo (sia in fase di sorveglianza che di rinnovo).
Per la pianificazione delle verifiche viene mantenuta la pianificazione già stabilita dall'organismo che ha emesso la precedente certificazione. Dopo il rinnovo, I.I.P. S.r.l., deciderà per la pianificazione del triennio successivo.

ARTICOLO 9 – RICHIAMO, SOSPENSIONE E REVOCA

9.1 Richiamo scritto

Qualora nel corso delle verifiche ispettive si rilevino non conformità tali da costituire carenze significative rispetto ai requisiti normativi, viene formalizzato un richiamo scritto alla organizzazione nel quale si richiedono azioni correttive da attuare entro un periodo di tempo definito, pena la adozione del provvedimento di sospensione della certificazione.

9.2 Sospensione

La certificazione può essere sospesa, con delibera del Comitato di Certificazione, nei seguenti casi:

- gravi e/o ripetute violazioni del presente Regolamento o del contratto
- rilievo di non conformità maggiori non risolte dall'Organizzazione nei tempi stabiliti da I.I.P. S.r.l. e/o mancata adozione di azioni correttive nei tempi concordati (vedi articolo 6.2.1)
- mancato rispetto dei termini contrattuali in merito a quanto previsto su importi, modalità e tempistiche di pagamento
- modifiche apportate dall'organizzazione al proprio sistema di gestione non accettate da I.I.P. S.r.l.
- impossibilità di effettuazione alle visite periodiche di sorveglianza nei tempi stabiliti (vedi articolo 6.2.1)
- uso scorretto del marchio e/o della certificazione
- mancata disponibilità da parte dell'organizzazione all'effettuazione delle verifiche, alla presenza di valutatori osservatori degli Enti di accreditamento.

Inoltre, I.I.P. S.r.l. può sospendere immediatamente la certificazione, su delibera del Comitato di Certificazione, in caso di non conformità rilevate nel corso delle attività di controllo, tali da compromettere la conformità ai requisiti specificati con particolare riferimento ai requisiti critici/importanti, a partire da quelli dovuti alle normative di legge applicabili.
L'organizzazione ha la possibilità, nel caso di comprovate motivazioni tecniche ed organizzative, di richiedere la sospensione per un periodo non eccedente i sei mesi, oltre il quale la certificazione viene revocata.
La sospensione è notificata per iscritto con lettera raccomandata/PEC alla organizzazione, precisando le condizioni per il ripristino della certificazione ed il termine entro il quale esse devono essere attuate, in ogni caso entro sei mesi dalla data della notifica della sospensione.
Nel periodo di sospensione l'organizzazione non può in alcun modo fare uso del Marchio e del relativo Certificato di conformità.
Tutte le spese relative alle verifiche aggiuntive, necessarie come conseguenza delle inadempienze riscontrate, sono a carico dell'organizzazione. I diritti annui per il mantenimento della certificazione sono dovuti anche nel periodo di sospensione.
Il ripristino della certificazione sarà subordinato all'accertamento della eliminazione delle cause che ne avevano determinato la sospensione stessa.
Esso sarà notificato per iscritto alla organizzazione con lettera raccomandata R.R. e reso pubblicamente noto da I.I.P. S.r.l. (art.12).
Il mancato soddisfacimento entro il termine prescritto delle condizioni per il ripristino della certificazione causa la revoca del Certificato.

9.3 Revoca

La revoca potrà essere decisa, con delibera del Comitato di Certificazione, nei seguenti casi:

- mancato soddisfacimento entro il termine prescritto delle condizioni per il ripristino della certificazione a seguito di sospensione
- fallimento della organizzazione
- mancato svolgimento dei processi relativi alla fornitura del prodotto o del servizio oggetto della certificazione per un tempo superiore a un anno
- mancato adeguamento alle modifiche della normativa di riferimento o al presente Regolamento nei tempi prescritti (vedi art. 13).

- reiterato mancato rispetto dei termini contrattuali in merito a quanto previsto su importi, modalità e tempistiche di pagamento

L'avvenuta revoca sarà notificata per iscritto da I.I.P. S.r.l. con lettera raccomandata/PEC alla organizzazione.
La revoca comporta l'annullamento della certificazione con decorrenza immediata dal ricevimento da parte della organizzazione della comunicazione inviata da I.I.P. S.r.l.
La revoca verrà resa pubblicamente nota da I.I.P. S.r.l. (art.12).
Con la revoca l'organizzazione è tenuta a cessare immediatamente ogni e qualsiasi riferimento ed utilizzo della certificazione stessa ed a restituire il certificato di conformità entro 15 giorni dalla comunicazione di revoca da parte di I.I.P. S.r.l. ed a non utilizzarne copie o riproduzioni.
Inoltre, a seguito della revoca il nominativo della organizzazione viene eliminato dall'elenco di cui al successivo art.12
Qualora l'organizzazione intenda nuovamente accedere alla certificazione, dovrà presentare una nuova domanda seguendo l'intero iter descritto nel precedente art.5. La nuova domanda non potrà essere presentata prima di sei mesi dalla data di revoca.

ARTICOLO 10 – RINUNCIA

L'organizzazione può rinunciare alla certificazione in caso di modifiche alla normativa ed al Regolamento Generale ed alle tariffe secondo le modalità previste agli articoli 13 e 14, dandone comunicazione scritta ad I.I.P. S.r.l. mediante lettera raccomandata R.R.
Inoltre, l'organizzazione può rinunciare alla certificazione in qualsiasi momento, sempre comunicandolo ad IIP Srl, secondo le modalità suddette.
In tal caso, la rinuncia non comporta diritto ad alcuna riduzione dei suoi impegni contrattuali relativi alle somme dovute a I.I.P. S.r.l.
I.I.P. S.r.l. comunicherà per iscritto alla organizzazione l'accettazione della rinuncia, l'annullamento della certificazione, e la decorrenza della rinuncia e contestualmente invierà la relativa comunicazione all' organismo di accreditamento.
Fino alla decorrenza l'organizzazione ed I.I.P. S.r.l. si impegnano a rispettare le regole del presente regolamento relative al mantenimento della certificazione.
Con la rinuncia l'organizzazione non può in alcun modo utilizzare ulteriormente i marchi di certificazione. Si impegna inoltre a restituire il certificato originale ad I.I.P. S.r.l. ed a non utilizzarne copie o riproduzioni.
Inoltre, a seguito della rinuncia il nominativo della organizzazione viene eliminato dall'elenco di cui al successivo art.12.
Qualora, a seguito della rinuncia, l'organizzazione intenda nuovamente accedere alla certificazione, dovrà presentare una nuova domanda seguendo l'intero iter descritto nel precedente art. 5.

ARTICOLO 11 - UTILIZZO DELLA CERTIFICAZIONE E DEI MARCHI

Le organizzazioni in possesso di certificazione di Sistema di Gestione possono utilizzare i relativi marchi nel rispetto del "Regolamento per l'uso dei marchi di certificazione dei sistemi di gestione", disponibile nella versione aggiornata sul sito internet di I.I.P. S.r.l. (www.iip.it)
A questo fine I.I.P. S.r.l. attua controlli continui sul corretto uso dei marchi. Nel caso di violazioni alle prescrizioni del suddetto Regolamento per l'uso dei Contrassegni, sono previsti i provvedimenti indicati nell'art. 9, la richiesta di distruzione del materiale tecnico e pubblicitario contenente riferimenti alla certificazione ed ai relativi marchi. I.I.P. S.r.l. si riserva inoltre di intraprendere tutte le misure atte a farne cessare l'utilizzo scorretto ed a tutelare, anche tramite pubblicazioni i suoi interessi lesi.
L'organizzazione, inoltre, si impegna a non effettuare dichiarazioni non corrette o tali da portare discredito all'I.I.P. S.r.l.

ARTICOLO 12 – PUBBLICAZIONI

I.I.P. S.r.l. rende disponibile a richiesta informazioni circa la validità delle certificazioni emesse, compresi il nome, le norme e il campo di applicazione ed area geografica delle aziende certificate
Gestisce un proprio data base, i cui dati contenuti sono forniti da I.I.P. S.r.l. anche agli organismi di accreditamento ed alla Federazione di organismi di certificazione CISQ di cui I.I.P. S.r.l. fa parte.

ARTICOLO 13 - MODIFICHE ALLA NORMATIVA O AL REGOLAMENTO GENERALE

In caso di modifiche alla normativa di riferimento o al presente Regolamento Generale, I.I.P. S.r.l. ne dà comunicazione alla organizzazione esplicitando le azioni che questa deve attuare per conformarsi alle modifiche intervenute ed i relativi tempi di entrata in vigore del nuovo Regolamento.
In caso di mancato adeguamento nei termini prescritti, la certificazione viene revocata dall'I.I.P. S.r.l. in conformità a quanto sancito all'art.9 del presente Regolamento.

L'organizzazione ha la facoltà di non accettare le modifiche, rinunciando alla certificazione (vedi art. 10), dandone comunicazione scritta ad I.I.P. S.r.l. entro 30 giorni solari dal ricevimento della comunicazione. In caso contrario il nuovo Regolamento si intende

tacitamente approvato. In caso di rinuncia a seguito di modifiche al Regolamento, l'Organizzazione ha diritto al rimborso parziale della quota annuale di mantenimento della certificazione.
Il Regolamento è a disposizione degli interessati sul sito internet www.iip.it. In ogni caso è possibile richiederne una copia cartacea.

ARTICOLO 14 –TARIFFE

Le tariffe sono stabilite in base ai criteri approvati dal Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità di I.I.P. S.r.l.
Sulla base di tali criteri alla organizzazione richiedente la certificazione viene formalizzata una offerta che indica i costi da sostenere da parte della organizzazione e le relative modalità di pagamento, sia per la fase di certificazione che per la fase di mantenimento e rinnovo della certificazione.
L' offerta contrattuale è formulata in base ai dati forniti dalla organizzazione in sede di richiesta e può variare qualora intervengano cambiamenti significativi degli stessi, in osservanza delle prescrizioni contenute nelle guide di riferimento per l'accreditamento degli organismi di certificazione.
L'organizzazione si impegna a corrispondere all'I.I.P. S.r.l. gli importi stabiliti nel contratto per il rilascio ed il mantenimento, secondo le tariffe in vigore.
Nel caso di variazioni del tariffario, queste sono notificate per iscritto alle organizzazioni interessate, indicandone la relativa decorrenza.
L'organizzazione ha la facoltà di non accettare le modifiche, rinunciando alla certificazione (vedi art. 10), dandone comunicazione scritta ad I.I.P. S.r.l. entro 30 giorni solari dal ricevimento della comunicazione.

ARTICOLO 15 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI

Le informazioni (in via meramente esemplificativa: documentazione, registrazioni, comunicazioni, risultati delle verifiche, dati dell'organizzazione, ecc..) relative alla attività di certificazione sono considerate riservate vengono gestite da I.I.P. S.r.l. in conformità alle disposizioni legislative applicabili.

L'accesso ai dati relativi alle pratiche di certificazione, così come la conoscenza e consultazione dei medesimi, è riservato solo ed esclusivamente al personale alle dipendenze di I.I.P. S.r.l. e coinvolto nel processo di certificazione.
Per personale "coinvolto nel processo di certificazione" si intende solo ed esclusivamente:

- ✓ gli ispettori incaricati da I.I.P. S.r.l.;
- ✓ i membri del Comitato di Certificazione;
- ✓ i membri del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità;
- ✓ i membri del Collegio dei Probiviri;

con espressa esclusione dei consiglieri di amministrazione di IIP S.r.l.
L'accesso e la consultazione di tali atti sono inoltre consentiti agli enti di accreditamento.

Tutto il personale di cui sopra è impegnato a non comunicare a terzi, senza il consenso della organizzazione i risultati delle verifiche ispettive effettuate a carico della organizzazione, nonché dati, nozioni ed informazioni in genere attinenti all'attività industriale o commerciale della organizzazione, di cui il personale sia venuto a conoscenza nell'espletamento delle proprie funzioni, fatti salvi gli obblighi di Legge e fatte salve le informazioni di pubblico dominio e/o presenti nei pubblici registri.

Il presente impegno non si applica a:

a) dati o informazioni già noti a terzi o precedentemente resi pubblici o pubblicati senza responsabilità da parte di I.I.P. S.r.l.;
b) dati o informazioni la cui rivelazione sia prescritta da leggi e regolamenti;
c) comunicazione a terzi dei provvedimenti di sospensione e revoca della certificazione.

I.I.P. S.r.l. conserva la documentazione relativa alla organizzazione per i tempi connessi alle implicazioni contrattuali e tecniche derivanti da eventuali altri obblighi e comunque per un periodo di tempo non inferiore ai dieci anni.
Nel caso di richiesta di documentazione per disposizione di legge, I.I.P. S.r.l. informa l'organizzazione nei termini consentiti.

ARTICOLO 16 - RESPONSABILITA'

L'Organizzazione si impegna a garantire la completezza e veridicità dei documenti e delle informazioni messe a disposizione dei valutatori di I.I.P. S.r.l.
L'organizzazione è e rimane in ogni caso l'unico responsabile sia nei confronti dei propri clienti che nei confronti di terzi per tutto quanto attiene all'espletamento delle sue attività ed ai beni e/o servizi prodotti e/o forniti, alle loro caratteristiche o requisiti ed alla rispondenza di tali prodotti e/o servizi a tutte le disposizioni normative, di legge e/o regolamentari comunque applicabili.

ARTICOLO 17 – RECLAMI

I reclami sulla attività operativa di I.I.P. S.r.l. devono essere formalizzati per iscritto ad I.I.P. S.r.l., che provvederà a una prima risposta al reclamante di presa in carico del reclamo entro cinque giorni lavorativi dal ricevimento.
Nel caso il reclamo venga inoltrato ad I.I.P. S.r.l. da parte di clienti di una organizzazione certificata da I.I.P. S.r.l., in relazione a carenze nell'applicazione del Sistema di Gestione dell'organizzazione medesima, I.I.P. S.r.l.:

- ne informa l'Organizzazione certificata entro cinque giorni lavorativi dal ricevimento
- procede alle opportune verifiche, compresa l'eventuale effettuazione di verifiche ispettive straordinarie presso l'organizzazione certificata (vedi art. 6.2.2)
- al termine del processo di gestione del reclamo, informa il reclamante della avvenuta attuazione di tutte le azioni di propria competenza e, ove possibile, comunica, anche a chi ha presentato il reclamo, la conclusione del processo di trattamento del reclamo stesso.

ARTICOLO 18 – RICORSI E CONTENZIOSI

Spetta al Collegio dei Probiviri la risoluzione di controversie di qualunque natura insorte tra organizzazione, richiedente o certificata, e I.I.P. S.r.l., in particolare quelle afferenti all'indipendenza e all'imparzialità delle attività di certificazione effettuate da I.I.P. S.r.l., alla mancata concessione, sospensione, revoca della certificazione ovvero all'interpretazione, esecuzione e/o risoluzione del contratto.
L'organizzazione interessata a ricorrere, entro il termine perentorio di 10 giorni dal ricevimento della decisione che intende impugnare, provvede alla richiesta di composizione del Collegio arbitrale. Tale richiesta deve essere fatta tramite raccomandata A.R., da indirizzarsi a I.I.P. S.r.l. che dovrà provvedere a sua volta all'inoltro della stessa ai componenti del Collegio dei Probiviri entro i 5 giorni successivi al ricevimento della comunicazione pervenuta dall'organizzazione.
I.I.P S.r.l. invia una conferma di ricevuta del ricorso entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione dell'organizzazione nella quale devono essere elencati i nominativi dei Probiviri eletti dall'Assemblea di I.I.P. S.r.l.
Entro 5 giorni successivi alla comunicazione di I.I.P. S.r.l. le parti devono provvedere alla nomina di un Proboviro di loro fiducia, scelto tra i Probiviri eletti dall'Assemblea. In caso di indisponibilità di un Proboviro la parte che lo ha prescelto dovrà provvedere a nominarne un altro entro 5 giorni dalla comunicazione con cui è informato di tale indisponibilità.
Il Presidente del predetto Collegio è scelto, di comune accordo, dai due Probiviri nominati dalle parti tra i Probiviri nominati dall'Assemblea. In caso di dissenso, la nomina sarà tempestivamente richiesta dai due Probiviri già nominati al Presidente del Tribunale di Milano, che provvederà alla scelta, sempre tra i Probiviri eletti dall'Assemblea.
Il Presidente del collegio arbitrale ed i singoli Probiviri sono tenuti a dichiarare per iscritto che non ricorre alcuna fattispecie di incompatibilità previste dagli artt. 51 e 52 del Codice di procedura civile.
Il Collegio arbitrale stabilisce, di volta in volta, le regole procedurali ed i mezzi istruttori da adottare per risolvere la controversia sotto giudizio.
Il Collegio arbitrale giudica secondo equità e le sue decisioni hanno natura di arbitrato irrituale.
Il lodo deve essere deliberato a maggioranza di voti entro 30 giorni dalla data in cui il Collegio si è costituito e ha avviato l'esame della controversia; tale termine è prorogabile fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni.
Nel caso in cui la controversia richieda indagini di natura tecnica, i termini di cui sopra si intendono sospesi per il tempo necessario all'acquisizione dei dati.
Il lodo deve essere comunicato alle parti interessate entro 5 giorni dalla data della deliberazione.
La proposizione del ricorso al Collegio arbitrale ha effetto sospensivo del provvedimento impugnato fino alla decisione del Collegio.
Il lodo è inappellabile.
La carica di proboviro è a titolo gratuito: resta inteso che, nel caso in cui si costituisca il Collegio Arbitrale, a ciascuno dei componenti chiamati a farne parte, verrà corrisposto un compenso forfettario stabilito di anno in anno dall'Assemblea dei soci.
Le spese relative al ricorso sono a carico del ricorrente, salvo il caso di accoglimento.

ARTICOLO 19 - AZIONI GIUDIZIARIE

Oltre alle azioni previste dal presente Regolamento, ogni utilizzo abusivo del Marchio operato dalla organizzazione certificata o da terzi, darà diritto ad I.I.P. S.r.l. di intraprendere nell'ambito della legislazione vigente, tutte le azioni giudiziarie ritenute opportune.

Allegato 1 Regole particolari per la certificazione dei SGQ secondo ISO 9001

1.1 Generalità

Quanto segue integra il regolamento generale per la certificazione dei Sistemi di Gestione, con i requisiti specifici per la certificazione dei SGQ. A tal fine, l'organizzazione richiedente la certificazione deve disporre di un Sistema di Gestione per la Qualità adeguato alla attività oggetto di certificazione, documentato ed applicato, in conformità alla norma di riferimento.
In particolare, per ottenere la certificazione deve essere operante in modo da:

- avere definito gli obiettivi ed i processi necessari ad ottenere risultati in accordo con i requisiti del cliente e le politiche aziendali
- avere sviluppato tali processi
- avere effettuato controlli e misure dei processi e dei prodotti rispetto agli obiettivi ed ai requisiti definiti per il prodotto/servizio forniti
- avere messo in atto azioni per rilevare la soddisfazione dei clienti
- avere messo in atto azioni per il miglioramento continuo

Prima della verifica ispettiva di valutazione del Sistema di Gestione per la Qualità è richiesto alla organizzazione di aver attuato almeno un ciclo completo di verifiche ispettive interne ed un riesame da parte della direzione.

1.2 Gestione della Verifica Ispettiva

1.2.1 Documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità

L'organizzazione deve disporre di un SGQ documentato secondo i requisiti della UNI EN ISO 9001.
Tali documenti devono in ogni caso comprendere la definizione e lo scopo ed il campo di applicazione (e la eventuale non applicabilità di requisiti), la descrizione dei principali processi e le loro interazioni e le informazioni documentate obbligatorie per norma nonché quelle che l'organizzazione ha ritenuto necessarie per supportare il funzionamento dei processi e per dare fiducia che questi siano messi in atto e controllati come pianificato.

1.2.2 Gestione della verifica ispettiva di fase 1

La verifica ispettiva di fase 1 viene eseguita per:

- ✓ verificare l'adeguatezza delle informazioni documentate del Sistema di Gestione per la Qualità con particolare riferimento alla corretta definizione del campo di applicazione del Sistema di Gestione, e la descrizione del sistema di gestione per la qualità e dei suoi processi, sulla base della avvenuta analisi del contesto e dei requisiti delle parti interessate rilevanti ed alla determinazione dei rischi e delle opportunità
- ✓ riesaminare le condizioni specifiche del sito ed ottenere le opportune informazioni dal personale dell'organizzazione per poter definire il grado di preparazione per la Fase 2;
- ✓ riesaminare la comprensione dei requisiti della norma, con particolare riferimento alla identificazione di prestazioni chiave o di aspetti, processi, obiettivi e funzionamento significativi del Sistema di Gestione;
- ✓ raccogliere le informazioni necessarie circa il campo di applicazione (sito, processi, apparecchiature, livello dei controlli stabiliti, requisiti cogenti applicabili ai prodotti/servizi;
- ✓ riesaminare le risorse per la Fase 2 e concordare con il cliente i dettagli della Fase 2
- ✓ mettere a fuoco la pianificazione della Fase 2, compresa la individuazione dei processi eventualmente messi in attonel turno notturno che abbiano peculiarità tali da dovere essere sottoposti ad audit in fase 2
- ✓ Valutare se gli audit interni ed il riesame della direzione siano in corso di pianificazione oppure siano stati già pianificati o eseguiti
  eseguiti e che il livello di attuazione del Sistema di gestione fornisca l'evidenza che il cliente è pronto per la Fase 2.

Con riferimento a quanto detto al precedente par. 5.5.3, l'esecuzione della fase 2 può avvenire immediatamente (quindi senza intervallo temporale dalla fase 1) nel seguente caso:
Nr. Addetti fino a 15 ed in presenza di prodotti-servizi non critici (A tale fine di considera la classificazione di rischio *Basso*, secondo la classificazione riportata nel documento IAF MD 5).

In ogni caso non è possibile procedere con la fase 2 qualora:

- la documentazione del Sistema risulti non adeguata
- non siano stati pianificati ed eseguiti gli audit interni ed il riesame della direzione
- non risultino correttamente definiti i processi ed i relativi indicatori
- gli indicatori associati alle prestazioni chiave non siano monitorati da almeno 3 mesi.

1.2.3 Organizzazioni multisito

Ad integrazione di quanto riportato al par. 7 del presente regolamento, non è considerato appropriato il campionamento in caso di presenza di prodotti-servizi critici (A tale fine si considera la classificazione di rischio *Alto*, come riportata nel documento IAFMD 5).

Allegato 2 Regole particolari per la certificazione dei SGA secondo ISO 14001/EMAS

2.1 Generalità

L'organizzazione richiedente la certificazione e/o la convalida della Dichiarazione Ambientale secondo EMAS, deve disporre di un Sistema di Gestione Ambientale adeguato all'attività oggetto di certificazione e convalida, documentato ed applicato, in conformità alla normativa di riferimento.
Prima della verifica ispettiva di valutazione del Sistema di Gestione Ambientale è richiesto alla organizzazione di aver attuato almeno un ciclo completo di verifiche ispettive interne ed un riesame da parte della direzione.

2.2 Gestione della Verifica Ispettiva

2.2.1 Documentazione del Sistema di Gestione per l'Ambiente

L'organizzazione deve disporre di un SGA documentato secondo i requisiti della UNI EN ISO 14001.
Tali documenti devono in ogni caso comprendere

- ✓ Definizione del campo di applicazione del Sistema di Gestione Ambientale,
- ✓ I risultati della analisi dei rischi/opportunità da affrontare
- ✓ I processi del SGA determinati sulla base della analisi del contesto/ dei requisiti delle parti interessate rilevanti ed ai risultati alla determinazione dei rischi e delle opportunità

2.2.2 Gestione della verifica ispettiva di fase 1

La verifica ispettiva di fase 1 viene eseguita per:

- verificare l'adeguatezza delle informazioni documentate
- riesaminare le condizioni specifiche del sito ed ottenere le opportune informazioni dal
- personale dell'organizzazione per poter definire il grado di preparazione per la Fase 2;
- riesaminare la comprensione dei requisiti della norma, con particolare riferimento alla identificazione di prestazioni chiave o di aspetti, processi, obiettivi e funzionamento significativi del Sistema di Gestione;
- raccogliere le informazioni necessarie circa il campo di applicazione (sito, processi, apparecchiature, livello dei controlli stabiliti, requisiti cogenti applicabili
- riesaminare le risorse per la Fase 2 e concordare con il cliente i dettagli della Fase 2
- mettere a fuoco la pianificazione della Fase 2, compresa la individuazione dei processi eventualmente messi in atto nel turno notturno che abbiano peculiarità tali da dovere essere sottoposti ad audit in fase 2
- Valutare se gli audit interni ed il riesame della direzione siano in corso di pianificazione es esecuzione pianificati ed eseguiti e che il livello di attuazione del Sistema di gestione fornisca l'evidenza che il cliente è pronto per la Fase 2.
- valutare che la Dichiarazione Ambientale, in caso di convalida EMAS, risponda ai requisiti previsti dal Regolamento EMAS, in termini di contenuti minimi. In particolare, sono analizzate le modalità espositive dei contenuti e la loro corrispondenza al Regolamento EMAS, la corretta selezione ed esposizione degli indicatori di performance, la corretta esposizione del Programma Ambientale su base triennale;
- In caso di convalida EMAS, verificare che tutte le attività/processi della organizzazione siano compresi nel campo di applicazione del Sistema
- prendere visione dei criteri di individuazione degli impatti ambientali significativi diretti e indiretti e della congruenza del piano di gestione ambientale dell'Organizzazione con gli obiettivi stabiliti dalla direzione;
- valutare l'affidabilità di tale valutazione in quanto congruente alla reale natura delle attività e degli impatti dell'Organizzazione;
- accertare la corretta applicazione da parte dell'Organizzazione degli elementi legislativi cogenti relativi agli aspetti ambientali;

A tale proposito, L'Organizzazione deve essere in possesso delle autorizzazioni necessarie o quantomeno deve avere presentato la domanda di autorizzazione completa e corretta con un anticipo non inferiore al tempo che la legge concede all'autorità competente per rilasciare l'autorizzazione, nonché in grado di produrre evidenze oggettive inerenti a formali solleciti inoltrati nei confronti delle autorità interlocutrici, successivamente alle scadenze di legge a cui tali autorità sarebbero state tenute a conformarsi. Tale termine si può considerare interrotto laddove l'autorità richieda integrazioni alla documentazione trasmessa, fino alla trasmissione della risposta. Qualora la legge non indichi un termine specifico, questo dovrebbe essere reperito in regolamenti di carattere generale sui procedimenti amministrativi o nei regolamenti interni di cui l'autorità competente si è dotata per gestire gli specifici iter.

Se nessun termine temporale può comunque essere reperito, si considera applicabile un termine di sei mesi (a meno dei casi in cui la legislazione preveda il cosiddetto "silenzio-diniego").
L'assenza di un'autorizzazione (o la mancata presentazione della domanda nei termini sopra indicati) è una non conformità maggiore; in ogni caso non può essere rilasciato il certificato prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di presentazione della domanda di autorizzazione.

Con riferimento a quanto detto al precedente par. 5.5.3, l'esecuzione della fase 2 può avvenire immediatamente (quindi senza intervallo temporale dalla fase 1) nel seguente caso: fascia di addetti tra 1-10 con impatto ambientale *basso o limitato* (a tale fine si considera la classificazione riportata nel documento IAF MD5).

In ogni caso non è possibile procedere con la fase 2 qualora:

- la documentazione del Sistema risulti non adeguata
- non siano stati pianificati ed eseguiti gli audit interni ed il riesame della direzione.
- non siano stati correttamente definiti i processi ed i relativi aspetti ambientali associati
- non vi sia una evidenza sufficiente della capacità dell'organizzazione di rispettare gli obblighi di conformità

2.2.3 Gestione della verifica ispettiva – fase 2

Ad integrazione di quanto già esplicitato in precedenza, in caso di convalida della Dichiarazione Ambientale, la verifica di fase 2 comprende la convalida dei dati della Dichiarazione Ambientale secondo il Regolamento EMAS;
In tale caso allegata al rapporto deve essere lasciata all'Organizzazione copia della DA riportante le osservazioni/correzioni che devono essere ben identificate, numerate e leggibili.
Per la risoluzione delle osservazioni rilevate sulla DA deve essere inviata la revisione del documento.
Se l'Organizzazione ha già implementato un SGA secondo la UNI EN ISO 14001 certificato da I.I.P. S.r.l. e richiede la verifica e convalida della DA, le attività di verifica previste possono essere effettuate in un'unica fase, eventualmente congiuntamente alla verifica periodica di mantenimento della certificazione.

2.2.3 Rilascio del certificato – Delibera di convalida

In caso di convalida EMAS, Il Comitato di Certificazione di IIP Srl, a seguito del riesame tecnico indipendente, ha facoltà di richiedere ulteriori chiarimenti, adeguamenti e/o integrazioni documentali da apportare alla Dichiarazione. A buon esito della attività di delibera da parte del proprio Comitato di Certificazione, IIP Srl convalida della Dichiarazione Ambientale

Si ricorda alla organizzazione, che ai fini della Registrazione del sito, dovrà poi interfacciarsi con il Comitato Ecolabel Ecoaudit sez. EMAS Italia (inviando a tale Comitato la dichiarazione ambientale convalidata da non più di 60 giorni). Tale Comitato effettuerà la relativa istruttoria in accordo alle proprie prerogative.

2.2.4 CONVALIDA DEGLI AGGIORNAMENTI E DELLE RIEDIZIONI DELLA DICHIARAZIONE AMBIENTALE *(EMAS)*

Con riferimento alla convalida della DA secondo il regolamento EMAS, l'organizzazione si impegna a;

- comunicare tempestivamente ad I.I.P. S.r.l. tutte le situazioni difformi rilevate dalle Autorità di controllo, nonché eventuali sospensioni o revoche di autorizzazioni, concessioni, ecc., relative alla propria attività;
- comunicare immediatamente ad I.I.P. S.r.l eventuali procedimenti giudiziari e/o amministrativi in corso, fatti salvi i limiti imposti dalla Legge;
- comunicare entro 5 giorni lavorativi dall'accaduto, ad I.I.P. srl ed al Comitato EMAS Italia l'avvenimento di emergenza ambientale con una descrizione dell'evento occorso, specificando in tale descrizione le modalità, i tempi di intervento ed i provvedimenti adottati in relazione alla situazione di emergenza per la mitigazione degli impatti. I.I.P. Srl provvede alla convalida della comunicazione di cui al presente punto, eseguendo in caso di necessità una verifica supplementare
- mantenere informato I.I.P. S.r.l. sugli sviluppi dei suddetti procedimenti;
- comunicare ad I.I.P. S.r.l. variazioni dell'assetto degli organi responsabili della Politica Ambientale della organizzazione. In tal caso deve essere prodotta una dichiarazione che impegni la Direzione delle Organizzazione al mantenimento delle condizioni esistenti all'atto della convalida;

Inoltre, in caso di incidente e/o emergenza ambientale, l'organizzazione deve produrre ad I.I.P. S.r.l. entro 48 ore una comunicazione contenente la descrizione dell'evento occorso ed entro 30 giorni una dichiarazione contenente modalità, tempi di risoluzione e provvedimenti adottati per mitigare gli impatti. Tale dichiarazione deve essere validata da I.I.P. S.r.l.
In relazione a quanto sopra, I.I.P. S.r.l. potrà eseguire opportune e tempestive verifiche ispettive straordinarie.

2.2.5 Convalida degli aggiornamenti della DA

Gli aggiornamenti della convalida vengono verificati mediante verifiche periodiche con frequenza almeno annuale finalizzate a verificare:

- che il Sistema di Gestione Ambientale mantenga la conformità ai requisiti del Regolamento EMAS, inclusa la capacità di seguire i cambiamenti della organizzazione, la capacità di perseguire la Politica e di raggiungere gli obiettivi ed i traguardi ambientali;
- la attendibilità, esattezza e veridicità dei dati e delle informazioni aggiornate della dichiarazione ambientale.

Le convalide degli aggiornamenti annuali sono sottoposte a riesame tecnico indipendente, come definito nel precedente par. 2.2.3 così come si ricorda alla organizzazione che dovrà interfacciarsi con il Comitato Ecolabel Ecoaudit sez. EMAS Italia in accordo alle prerogative di quest'ultimo

2.2.6 Convalida delle riedizioni della DA

Le modalità di verifica ai fini della convalida delle Riedizioni della DA (entro il periodo di validità della DA, comunque non superiore ai 36 mesi) prevedono il riesame di tutti i requisiti del Regolamento EMAS incluso il riesame della documentazione di Sistema e una verifica completa della conformità legislativa. La riedizione della DA deve contenere dati ambientali non più vecchi di 6 mesi al momento della convalida.
Successivamente alla verifica si procede come indicato nei precedenti paragrafi per la convalida della riedizione della dichiarazione ambientale, con le stesse modalità indicate per la prima convalida.
In riferimento alla composizione del gruppo di verifica ispettiva di I.I.P. S.r.l. ed ai doveri della organizzazione, vale quanto riportato nei precedenti articoli 5.5.2 e 5.6.
Qualora le attività svolte dalla organizzazione vengano estese da altri settori NACE a avvengano variazioni rilevanti rispetto alla Dichiarazione precedente, deve essere effettuata una riedizione della DA.

2.2.7 Sospensione e revoca della Convalida

La convalida può essere sospesa, con delibera del Comitato di Certificazione, nei seguenti casi:

- non conformità maggiori, rilavate nel corso delle verifiche periodiche non risolte nei tempi stabiliti da I.I.P. S.r.l. (comunque non oltre 3 mesi dalla data di verifica);
- non conformità di gravità tale da compromettere il rispetto della legislazione applicabile in campo ambientale;
- l'Organizzazione ha apportato modifiche al SGA non accettate da I.I.P. S.r.l.;
- per rifiuto o ostacolo alle visite periodiche di sorveglianza nei tempi stabiliti
- mancato adeguamento alle modifiche al presente regolamento nei termini prescritti da I.I.P. S.r.l.

L'avvenuta sospensione sarà notificata per iscritto da I.I.P. S.r.l. con lettera raccomandata/PEC all'Organizzazione. La sospensione verrà comunicata tempestivamente al Comitato EMAS Italia e resa pubblicamente nota da I.I.P. S.r.l. attraverso i mezzi di comunicazione a propria disposizione.

Il ripristino della convalida sarà subordinato all'accertamento della eliminazione delle cause che ne avevano determinato la sospensione della convalida stessa. Il mancato soddisfacimento entro il termine prescritto delle condizioni per il ripristino della convalida causa la revoca della convalida
L'avvenuta revoca sarà notificata per iscritto da I.I.P. S.r.l. agli stessi soggetti e secondo le stesse modalità dette in precedenza per la sospensione

2.2.8 Organizzazioni multisito

Ad integrazione di quanto riportato al par. 7**,** per le certificazioni ISO 14001 non è considerato appropriato il campionamento in caso di impatto ambientale Alto (a tale fine si considera la classificazione riportata nel documento IAF MD5).
Inoltre: Per le attività di sorveglianza e rinnovo EMAS, tutte le unità operative saranno verificate almeno una volta nel triennio di certificazione: ogni sito registrato viene quindi verificato completamente almeno una volta in un ciclo di 36 mesi

2.2.9 Utilizzo della certificazione e dei marchi

Le organizzazioni in possesso di registrazione EMAS ottenuta dall'organismo competente possono utilizzare il relativo logo nel rispetto dell'Allegato V del Regolamento CE n° 1221/2009. Durante le verifiche ispettive I.I.P. S.r.l. controllerà il corretto utilizzo del logo.

Allegato 3 Regole particolari per la certificazione dei SCR secondo UNI EN ISO 45001

3.1 Generalità

Il presente allegato definisce i rapporti fra l'Istituto Italiano dei Plastici S.r.l. e le Organizzazioni che intendono ottenere e mantenere la certificazione di Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro secondo la norma UNI EN ISO 45001

Lo scopo della certificazione dei sistemi di gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (in seguito SCR) delle Organizzazioni è di assicurare in modo indipendente, attraverso una verifica iniziale e successive sorveglianze con un adeguato livello di fiducia, che l'Organizzazione opera in conformità alle normative di riferimento ed alle prescrizioni di IIP S.r.l.

L'Organizzazione si impegna a conformarsi ed a mantenersi conforme a tutti i requisiti di legge e di natura cogente (quali Direttive, Leggi, Regolamenti) applicabili. Essa è responsabile della corretta ed esaustiva applicazione dei requisiti di legge.

L'organizzazione dichiara, sottoscrivendo la domanda di certificazione, di essere consapevole che la conformità alle leggi comunitarie, nazionali e locali costituisce un prerequisito per l'accesso alla certificazione.

La certificazione riguarda solo la conformità del sistema di gestione dell'Organizzazione alla norma di riferimento e non costituisce pertanto un attestato del rispetto dei predetti requisiti cogenti e non rappresenta un'alternativa alle attività di verifica proprie delle autorità competenti.

L'Organizzazione rimane pertanto l'unica responsabile dell'osservanza delle disposizioni legislative in vigore relative alla Salute e Sicurezza sul Lavoro, con esclusione di qualsiasi responsabilità od obbligo di garanzia da parte di I.I.P. S.r.l.

La certificazione non solleva l'organizzazione da tutte le responsabilità derivanti dalle sue inadempienze nei riguardi degli obblighi contratti con i propri clienti.

3.2 Attività pre-certificativa

Le informazioni inviate dalla organizzazione in sede di richiesta di certificazione devono comprendere l'identificazione di principali pericoli e dei rischi associati ai processi aziendali, le informazioni relative principali materiali/sostanze pericolose utilizzate, nonché gli obblighi dovuti alla legislazione applicabile.

La documentazione inoltre deve contenere i dettagli circa il personale operante sia presso l'organizzazione così come di quello operante al di fuori della organizzazione.

3.3 Gestione della verifica ispettiva

3.3.1 Documentazione del Sistema di Gestione

L'Organizzazione deve disporre di un SCR che comprenda le informazioni documentate richieste dalla norma di riferimento UNI EN ISO 45001

Con riferimento alla UNI EN ISO 45001, tali informazioni documentate devono in ogni caso comprendere:

- ✓ Definizione del campo di applicazione del Sistema.
  Il campo di applicazione deve comprendere tutte le attività prodotti e servizi sotto il controllo o influenza dell'organizzazione che possano avere impatto sulle prestazioni del Sistema di Gestione par la Salute e Sicurezza dei Lavoratori (secondo la definizione di organizzazione riportata nella UNI EN ISO 45001)
- ✓ I rischi e le opportunità da affrontare
- ✓ I processi e le azioni necessarie per affrontare rischi e opportunità nella misura necessaria per potere ritenere che processi ed azioni siano eseguiti come pianificato

3.3.2 Gestione della verifica ispettiva – fase 1

La fase 1, che deve permettere la comprensione dell'architettura del sistema di gestione SCR, in riferimento al contesto dei processi, dei rischi presenti nei siti da sottoporre ad audit e del livello di preparazione dell'organizzazione che ha richiesto la certificazione, comprensivo della consapevolezza delle risorse umane, prevede principalmente la verifica dei seguenti aspetti:

- esame della conformità della documentazione ai requisiti normativi
- verifica che il Sistema di Gestione comprenda un processo solido, dinamico e partecipato di identificazione dei pericoli e valutazione dei relativi rischi, compresi quelli derivanti dai processi messi in essere da fornitori che operano, anche in modo sporadico, presso il/i sito/i certificando o quelli relativi alla presenza di visitatori;
- verifica della conformità dell'Organizzazione agli aspetti legislativi cogenti compresa la presenza delle autorizzazioni riguardanti la salute e sicurezza
- l'esistenza e l'efficacia di adeguati programmi e/o sistemi di manutenzione
- verifica che l'individuazione e l'analisi dei pericoli e la valutazione dei relativi rischi siano, concretamente, l'input per il processo di miglioramento continuo; che tali obiettivi di miglioramento siano supportati da una pianificazione e programmazione tecnica e finanziaria
- verifica che il piano di formazione e di informazione delle risorse umane sia definito in base alla relativa analisi delle esigenze ed attuato

- verifica che sia stata definita una procedura per l'analisi delle Non Conformità, degli incidenti e degli infortuni
- verifica della evidenza dell'effettuazione di un ciclo completo di verifiche ispettive interne del SCR e del riesame da parte della Direzione dell'Organizzazione.
- riesaminare l'assegnazione di risorse per l'audit di Fase 2 e concordare con il cliente i dettagli dell'audit di Fase 2.

In ogni caso non è possibile procedere con la fase 2 qualora:

- la documentazione del Sistema risulti non adeguata
- non siano stati pianificati ed eseguiti gli audit interni ed il riesame della direzione.
- non siano stata adeguatamente effettuata la valutazione dei rischi
- non vi sia una evidenza sufficiente della capacità dell'organizzazione di rispettare gli obblighi di conformità

3.3.3 Gestione della verifica ispettiva – fase 2 e verifiche successive

Le verifiche ispettive di Fase 2 e tutte le successive verifiche entro il primo ciclo di certificazione devono comprendere il turno notturno, ove presente. Nei successivi cicli di certificazione, IIP Srl può decidere di non sottoporre ad audit il turno notturno, in funzione della valutazione della maturità del Sistema di Gestione.
Gli audit devono prevedere interviste approfondite:

- Alla Alta Direzione ed ai suoi rappresentanti
- Al Medico Competente,
- Al/ai RLS onde verificare il suo/loro coinvolgimento/consultazione circa la valutazione dei rischi ed in generale circa tutte le attribuzioni previste al RLS.
- Ai lavoratori: le interviste ai lavoratori, a tutti i livelli e funzioni applicabili, devono richiedere un tempo adeguato ai fini della verifica del grado di consapevolezza, partecipazione e consultazione in relazione al SCR. In particolare, deve essere previsto:

-Un colloquio con un campione significativo dei lavoratori che deve prevedere la verifica della consapevolezza e della adeguatezza delle attività di informazione e formazione fornita ai lavoratori. Le interviste al personale devono coprire tutte le mansioni, così come individuate nella valutazione dei rischi condotta dalla azienda, nonché, ove pertinente, gli appaltatori (es. attività di manutenzione, mensa, pulizie) operanti all'interno dell'azienda.
-Un colloquio con un campione degli addetti alle squadre antincendio e primo soccorso, onde verificare tra l'altro la consapevolezza circa il proprio ruolo nell'ambito delle attività di protezione.

Alla riunione di chiusura deve essere presenti l'Alta Direzione, il personale di livello manageriale con responsabilità in relazione alla salute e sicurezza dei lavoratori, il rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza ed il Medico Competente.

Con riferimento alla gestione alla valutazione della conformità legislativa, l'organizzazione deve dimostrare che ha raggiunto ed è in grado di mantenere la piena conformità legislativa.
Nel corso della verifica iniziale ed in quelle periodiche di sorveglianza/rinnovo, IIP Srl valuta con continuità la conformità a tuttii requisiti del Sistema correlati con la conformità legislativa.
Ogni non conformità che implichi la inadeguatezza del Sistema a rispettare i requisiti cogenti è identificata come non conformità *Maggiore* (vedi art. 3 della parte generale del presente Regolamento), comunicata immediatamente all'organizzazione e gestita di conseguenza.
Solo in casi eccezionali, pur in presenza di tale tipologia di non conformità, IIP Srl si riserva il rilascio/mantenimento della certificazione, purché sussistano i seguenti elementi:

- ✓ l'organizzazione ha attivato ed è in corso di implementazione un piano strutturato e dettagliato per il raggiungimento della piena non conformità entro una data definita, ove possibile concordato con l'Autorità competente.
- ✓ sono stati affrontati tutti i rischi al fine di assicurare che non via siano attività. processi o situazioni che possano condurre a gravi infortuni o malattie professionali.
- ✓ durante tale periodo di transizione l'organizzazione ha messo in atto tutte le azioni per assicurare che i rischi siano ridotti e controllati.

3.3.4 Obblighi delle organizzazioni certificate

Oltre a quanto prescritto all'art.6 della parte generale del presente Regolamento, l'organizzazione si impegna a comunicare ad IIP Srl ogni infortunio significativo, e le relative azioni intraprese, compresa la analisi delle cause ed azioni correttive. IIP si riserva di effettuare audit speciali (vedi par. 6.2.2)

3.3.5 Organizzazioni Multisito

Ad integrazione di quanto riportato al par. 7 del presente regolamento, il campionamento dei siti subordinato alla analisi del livello di rischio associato alle attività ed alla natura dei processi aziendali inclusi nello scopo di certificazione.
Il campionamento non è consentito in situazioni in cui esistono siti multipli che non svolgono attività/processi simili e nel caso di organizzazioni ad alta complessità (cosi come classificate dal documento IAF MD 05)

Allegato 4 Regole particolari per la certificazione dei SGE secondo ISO 50001

4.1 Generalità

L'organizzazione richiedente la certificazione del proprio Sistema di Gestione dell'Energia, deve disporre di un Sistema di Gestione dell'Energia adeguato all'attività oggetto di certificazione e convalida, documentato ed applicato, in conformità alla normativa di riferimento.
Prima della verifica ispettiva di valutazione del Sistema di Gestione dell'Energia è richiesto alla organizzazione di aver attuato almeno un ciclo completo di verifiche ispettive interne ed un riesame da parte della direzione.

4.2 Gestione della Verifica Ispettiva

4.2.1 Documentazione del Sistema di Gestione dell'Energia

L'organizzazione deve disporre di un SGE documentato secondo i requisiti della UNI EN ISO 50001.
Tali documenti devono in ogni caso comprendere

- ✓ Definizione del campo di applicazione del Sistema di Gestione dell'Energia,
- ✓ I risultati della analisi dei rischi/opportunità da affrontare
- ✓ I risultati dell'Analisi Energetica
- ✓ I processi del SGE determinati sulla base della analisi del contesto/ dei requisiti delle parti interessate rilevanti ed ai risultati alla determinazione dei rischi e delle opportunità

4.2.2 Gestione della verifica ispettiva di fase 1

La verifica ispettiva di fase 1 viene eseguita per:

- Confermare lo scopo e i confini del Sistema di Gestione dell'Energia
- Riesame delle informazioni disponibili sulla struttura, macchinari, sistemi e processi dell'organizzazione per lo scopoe campo di applicazione identificato.
- Conferma del personale effettivo coinvolto nel SGE, le fonti energetiche, gli usi significativi di energia e il consumo annuale di energia, al fine di confermare la durata di audit.
- Riesame dei risultati documentati del processo di pianificazione
- Riesame di una lista di opportunità di miglioramento delle performance energetiche opportunamente identificate come anche dei pertinenti obiettivi, traguardi e piani di azione.

L'Organizzazione deve essere in possesso delle autorizzazioni necessarie o quantomeno deve avere presentato la domanda di autorizzazione completa e corretta con un anticipo non inferiore al tempo che la legge concede all'autorità competente per rilasciare l'autorizzazione, nonché in grado di produrre evidenze oggettive inerenti a formali solleciti inoltrati nei confronti delle autorità interlocutrici, successivamente alle scadenze di legge a cui tali autorità sarebbero state tenute a conformarsi. Tale terminesi può considerare interrotto laddove l'autorità richieda integrazioni alla documentazione trasmessa, fino alla trasmissione della risposta. Qualora la legge non indichi un termine specifico, questo dovrebbe essere reperito in regolamenti di carattere generale sui procedimenti amministrativi o nei regolamenti interni di cui l'autorità competente si è dotata per gestire gli specifici iter.
Se nessun termine temporale può comunque essere reperito, si considera applicabile un termine di sei mesi (a meno dei casi in cui la legislazione preveda il cosiddetto "silenzio-diniego").
L'assenza di un'autorizzazione (o la mancata presentazione della domanda nei termini sopra indicati) è una non conformità maggiore; in ogni caso non può essere rilasciato il certificato prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di presentazione della domanda di autorizzazione.

Con riferimento a quanto detto al precedente par. 5.5.3, l'esecuzione della fase 2 può avvenire immediatamente (quindi senza intervallo temporale dalla fase 1) nel seguente caso: fascia di addetti tra 1-20 con livello di complessità basso (a tale fine si considera la classificazione riportata nel documento IAF MD5).

In ogni caso non è possibile procedere con la fase 2 qualora:

- la documentazione del Sistema risulti non adeguata
- non siano stati pianificati ed eseguiti gli audit interni ed il riesame della direzione.
- non siano stati correttamente definiti i processi ed i relativi aspetti ambientali associati
- non sia stata verificata la completa conformità legislativa.

4.2.3 Gestione della verifica ispettiva fase 2: miglioramento continuo

Durante la fase di Stage 2 saranno raccolte le necessarie evidenze per dimostrare il miglioramento delle performance energeticheal fine di poter considerare la proposta di certificazione. La conferma del miglioramento delle performance energetiche è richiesta per il rilascio della certificazione iniziale.

4.2.4 Gestione della verifica ispettiva di mantenimento: miglioramento continuo

Durante l'audit di mantenimento saranno ricercate le necessarie evidenze che dimostrino che l'organizzazione ha messo in atto azioni per il miglioramento delle prestazioni energetiche

4.2.5 Gestione della verifica ispettiva di Rinnovo: miglioramento continuo

Durante l'audit di Rinnovo saranno ricercate le necessarie evidenze che dimostrino il raggiungimento del miglioramento delle prestazioni energetiche da parte della organizzazione, al fine di poter considerare la proposta di rinnovo della Certificazione. La conferma del miglioramento delle performance energetiche è richiesta per il rilascio del Rinnovo della Certificazione.
L'audit di Rinnovo deve inoltre prendere in considerazione eventuali cambiamenti nella struttura, macchinari, sistemi o processi.

4.2.6 Organizzazioni multisito

Limitatamente al Sistema di Gestione dell'Energia, la Funzione Centrale deve gestire i seguenti aspetti:

- Analisi dei dati provenienti da tutti i siti e con riferimento ai dati connessi con le prestazioni energetiche:
- Definizione di pertinenti criteri per la definizione e l'eventuale aggiornamento della Baseline energetica, delle variabili rilevanti e degli Indicatori di Performance Energetica.
- Criteri coerenti per stabilire obiettivi e programmi e i relativi piani di azione per sito.
- Processi centralizzati per la valutazione dell'applicabilità ed efficacia dei Piani di Azione e gli Indicatori di Performance Energetica.
- Dati di performance Energetica aggregati centralmente al fine di mostrare la performance energetica dell'intera organizzazione, se pertinente.

Limitatamente al Sistema di Gestione dell'Energia, in occasione dello stage 1, il valutatore confermerà/stabilirà il campionamento dei siti sulla base delle seguenti informazioni:

- Risultati degli audit interni e riesami della Direzione o precedenti audit di certificazione
- Variazione significativa delle dimensioni dei siti
- Variazioni significative nell'organizzazione dei turni e processi di lavoro o procedure
- Complessità del Sistema di Gestione dell'Energia
- Processi effettuati nei differenti siti
- Modifiche rispetto all'ultimo audit di certificazione
- Maturità del sistema di gestione dell'energia e conoscenza dell'organizzazione
- Complessità delle fonti energetiche, usi energetici e requisiti legali e di altra natura.
- Dispersione geografica.

Il numero minimo di siti visitati per ogni audit è il seguente:
Certificazione Iniziale: ll numero dei siti è pari a $\sqrt{x}$ detto x il numero dei siti, arrotondato all'intero superiore,
Sorveglianza: La dimensione del campione annuale è la radice quadrata delle sedi/siti corretta con un coefficiente 0,6 ($y=0,6\sqrt{x}$), arrotondata all'intero superiore.
Rinnovo: Lo stesso della certificazione iniziale. Tuttavia, nel se il SGE ha dimostrato di essere efficace su un periodo di tre anni caso in cui nel precedente ciclo di audit il sistema risulti efficace, il campione potrà essere ridotto a $y=0,8\sqrt{x}$, arrotondato all'intero superiore
La funzione centrale deve essere auditata in ogni audit del ciclo triennale. Tale audit deve includere il riesame delle prestazioni energetiche di tutti i siti inclusi nel certificato.

Allegato 5 Regole particolari per la certificazione dei SMS secondo PAS 24000

5.1 Generalità

Il presente allegato definisce i rapporti fra l'Istituto Italiano dei Plastici S.r.l. e le Organizzazioni che intendono ottenere e mantenere la certificazione di Sistema di Gestione Sociale secondo la specifica PAS 24000.

Lo scopo della certificazione dei sistemi di gestione sociale (in seguito SMS) delle Organizzazioni è di assicurare in modo indipendente, attraverso una verifica iniziale e successive sorveglianze con un adeguato livello di fiducia, che l'Organizzazione opera in conformità alle normative di riferimento ed alle prescrizioni di IIP S.r.l.

L'Organizzazione si impegna a conformarsi ed a mantenersi conforme a tutti i requisiti di legge e di natura cogente (quali Direttive, Leggi, Regolamenti) applicabili. Essa è responsabile della corretta ed esaustiva applicazione dei requisiti di legge.

L'organizzazione dichiara, sottoscrivendo la domanda di certificazione, di essere consapevole che la conformità alle leggi comunitarie, nazionali e locali costituisce un prerequisito per l'accesso alla certificazione.

La certificazione riguarda solo la conformità del sistema di gestione dell'Organizzazione alla norma di riferimento e non costituisce pertanto un attestato del rispetto dei predetti requisiti cogenti e non rappresenta un'alternativa alle attività di verifica proprie delle autorità competenti.

l'organizzazione rimane pertanto l'unica responsabile dell'osservanza delle disposizioni legislative in vigore relative agli aspetti sociali, con esclusione di qualsiasi responsabilità od obbligo di garanzia da parte di I.I.P. S.r.l.

La certificazione non solleva l'organizzazione da tutte le responsabilità derivanti dalle sue inadempienze nei riguardi degli obblighi contratti con i propri clienti.

5.2 Attività pre-certificativa

Le informazioni inviate dalla organizzazione in sede di richiesta di certificazione devono comprendere l'identificazione dei principali aspetti sociali.

La documentazione inoltre deve contenere i dettagli circa il personale operante sia presso l'organizzazione così come di quello operante al di fuori della organizzazione.

5.3 Gestione della verifica ispettiva

5.3.1 Documentazione del Sistema di Gestione

L'Organizzazione deve disporre di un SMS che comprenda tutte le informazioni documentate richieste dalla specifica di riferimento PAS 24000.

Con riferimento alla specifica PAS 24000, tali informazioni documentate devono in ogni caso comprendere:

- Definizione del campo di applicazione del Sistema di Gestione.
  Il campo di applicazione deve comprendere tutte le attività prodotti e servizi sotto il controllo o influenza dell'organizzazione che possano avere impatto sulle prestazioni sociali.
- I rischi e le opportunità da affrontare.
- I processi e le azioni necessarie per affrontare rischi e opportunità nella misura necessaria per potere ritenere che processi ed azioni siano eseguiti come pianificato.

5.3.2 Gestione della verifica ispettiva – fase 1

La fase 1, che deve permettere la comprensione dell'architettura del SMS, in riferimento al contesto dei processi, dei rischi presenti nei siti da sottoporre ad audit e del livello di preparazione dell'organizzazione che ha richiesto la certificazione, comprensivo della consapevolezza delle risorse umane, prevede principalmente la verifica dei seguenti aspetti:

- riesame della conformità delle informazioni documentate ai requisiti normativi,
- verifica che il Sistema di Gestione comprenda un processo solido, dinamico e partecipato di valutazione dei rischi per i diritti umani e per gli aspetti sociali, compresi quelli derivanti dai processi messi in essere da fornitori che operano, anche in modo sporadico, presso il/i sito/i certificando,
- verifica della conformità dell'Organizzazione agli aspetti legislativi cogenti,
- verifica dei requisiti di prestazione sociale di cui all'allegato A della specifica PAS 24000,
- verifica del piano di lavoro annuale,
- verifica che la valutazione dei relativi rischi sia concretamente, l'input per il processo di miglioramento continuo; che tali obiettivi di miglioramento siano supportati da una pianificazione e programmazione gestionale e finanziaria.
- verifica che il piano di formazione e di informazione delle risorse umane, ivi inclusa la formazione sui diritti umani, sia definito in base alla relativa analisi delle esigenze ed attuato,
- verifica dello stato di implementazione degli elementi principali del SMS tra i quali gli audit interni e il riesame di direzione,
- verifica che sia stata definita una procedura per l'analisi dei reclami, delle Non Conformità, degli incidenti e degli infortuni,
- riesame della assegnazione di risorse per l'audit di Fase 2 e definizione con l'organizzazione dei dettagli dell'audit di Fase 2.

In ogni caso non è possibile procedere con la fase 2 qualora:

- la documentazione del Sistema di Gestione risulti non adeguata,
- non sia stata adeguatamente effettuata la valutazione dei rischi,
- non vi sia una evidenza sufficiente della capacità dell'organizzazione di rispettare gli obblighi di conformità,
- non sia stato predisposto il piano di lavoro annuale.

5.3.3 Gestione della verifica ispettiva – fase 2 e verifiche successive

Gli audit devono prevedere interviste:

- alla Alta Direzione ed ai suoi rappresentanti,
- ai lavoratori e loro rappresentanti, se istituiti,
- al/ai RLS onde verificare il suo/loro coinvolgimento/consultazione circa la valutazione dei rischi ed in generale circa tutte le attribuzioni previste al RLS.

Le interviste ai lavoratori, a tutti i livelli e funzioni applicabili, devono richiedere un tempo adeguato ai fini della verifica del grado di consapevolezza, partecipazione e consultazione in relazione al SMS. In particolare, deve essere previsto:

-Un colloquio con un campione significativo dei lavoratori che deve prevedere la verifica della consapevolezza e della adeguatezza delle attività di informazione e formazione fornita ai lavoratori.

Con riferimento alla gestione alla valutazione della conformità legislativa, l'organizzazione deve dimostrare che ha raggiunto ed è in grado di mantenere la piena conformità legislativa.

Nel corso della verifica iniziale ed in quelle periodiche di sorveglianza/rinnovo, IIP Srl valuta con continuità la conformità a tutti i requisiti del Sistema di Gestione correlati con la conformità legislativa.

Ogni non conformità che implichi la inadeguatezza del Sistema di Gestione a rispettare i requisiti cogenti è identificata come non conformità Maggiore (vedi art. 3 della parte generale del presente Regolamento), comunicata immediatamente all'organizzazione e gestita di conseguenza.

Solo in casi eccezionali, pur in presenza di tale tipologia di non conformità, IIP Srl si riserva il rilascio/mantenimento della certificazione, purché sussistano i seguenti elementi:

- l'organizzazione ha attivato ed è in corso di implementazione un piano strutturato e dettagliato per il raggiungimento della piena conformità entro una data definita, ove possibile concordato con l'Autorità competente.
- sono stati affrontati tutti i rischi al fine di assicurare che non via siano attività, processi o situazioni che possano condurre a gravi infortuni o malattie professionali.
- durante tale periodo di transizione l'organizzazione ha messo in atto tutte le azioni per assicurare che i rischi siano ridotti e controllati.

5.3.4 Obblighi delle organizzazioni certificate

Oltre a quanto prescritto all'art.6 della parte generale del presente Regolamento, l'organizzazione si impegna a comunicare ad IIP Srl ogni situazione di rischio di violazione dei diritti umani, e le relative azioni intraprese, compresa la analisi delle cause ed azioni correttive. IIP si riserva di effettuare audit speciali (vedi par. 6.2.2)

5.3.5 Organizzazioni Multisito

Ad integrazione di quanto riportato al par. 7 del presente regolamento, il campionamento dei siti è subordinato alla analisi del livello di rischio per i diritti umani associato alle attività ed alla natura dei processi aziendali inclusi nello scopo di certificazione.