

# REGOLAMENTO CERTIFICAZIONE SISTEMI GESTIONE

Indice Ed.	Rev	Data Revisione	Causa della modifica al documento	Redazione	Verifica	Autorizzazione Emissione
1	0	02.01.2007	Prima emissione	RSGQ	DG	AU
..	..	..	..	..	..	..
C	05	17.01.2020	Aggiornamento per ISO 27001 – gestione rilievi Accredia	RSGQ	DG	AU
C	06	28.08.2020*	Gestione rilievi Accredia §15	RSGQ	DG	AU

\*in vigore dal 30/09/2023

## SOMMARIO

<b>0. PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INDIRIZZI POLITICI</b> .....	<b>3</b>
<b>2. ACCREDITAMENTO</b> .....	<b>3</b>
<b>3. REQUISITI PER LA CERTIFICAZIONE:</b> .....	<b>3</b>
<b>4. PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE</b> .....	<b>4</b>
4.1 RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE .....	4
4.2 OFFERTA PER LA CERTIFICAZIONE.....	4
4.2.1 GESTIONE ORGANIZZAZIONI MULTI SITO .....	4
4.3 DOMANDA DI CERTIFICAZIONE .....	6
4.4 COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	6
4.5 PRE-AUDIT (FACOLTATIVO) .....	6
4.6 PIANIFICAZIONE DELL’AUDIT .....	6
4.7 AUDIT E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO.....	6
4.8 AUDIT INIZIALE .....	7
4.9 AUDIT DI FASE 1 .....	7
4.10 AUDIT DI CERTIFICAZIONE (FASE 2) .....	8
4.11 AUDIT SUPPLEMENTARI .....	9
4.12 AUDIT CON BREVE PREAVVISO O SENZA PREAVVISO .....	10
4.13 AZIONI CONSECUTIVE ALL’AUDIT DI CERTIFICAZIONE (FASE 2).....	10
4.14 FACOLTÀ DI UTILIZZO DI RISORSE ESTERNE.....	10
<b>5. PROCEDURA DI MANTENIMENTO/SORVEGLIANZA</b> .....	<b>11</b>
<b>6. ESTENSIONE/RIDUZIONE DELLA CERTIFICAZIONE</b> .....	<b>11</b>
<b>7. PROCEDURA DI RINNOVO</b> .....	<b>11</b>
<b>8. TRASFERIMENTO DI CERTIFICAZIONE DA ALTRO ENTE</b> .....	<b>12</b>
<b>9. SOSPENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE</b> .....	<b>13</b>
<b>10. REVOCA DELLA CERTIFICAZIONE</b> .....	<b>14</b>
<b>11. RINUNCIA ALLA CERTIFICAZIONE</b> .....	<b>15</b>
<b>12. RECLAMI, RICORSI E CONTENZIOSI</b> .....	<b>15</b>
<b>13. USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO</b> .....	<b>15</b>
13.1 STRALCIO REGOLAMENTO ACCREDIA PER L’UTILIZZO DEL LOGO (ODC = ENTE) .....	16
<b>14. INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL’ART. 13 E DELL’ART. 14 DEL REG. UE 2016/679</b> .....	<b>16</b>
<b>15. DIRITTI E DOVERI DELL’ENTE</b> .....	<b>16</b>
15.1 MODIFICHE AL REGOLAMENTO .....	16
15.2 CAUSA DI FORZA MAGGIORE .....	17
15.3 OBBLIGHI DELL’ENTE .....	17
<b>16. DIRITTI E DOVERI DELL’ORGANIZZAZIONE</b> .....	<b>17</b>
16.1 MODIFICHE AL SISTEMA DI GESTIONE DELL’ORGANIZZAZIONE.....	17
16.2 OSSERVATORI ED ISPETTORI DEGLI ENTI DI ACCREDITAMENTO .....	17
16.3 OBBLIGO DI INFORMAZIONE SUI PROCEDIMENTI LEGALI.....	18
<b>17. PRESCRIZIONI AGGIUNTIVE PER IL SETTORE EA 28 SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 – ORGANIZZAZIONI OPERANTI IN ITALIA</b> .....	<b>18</b>
17.1 SCOPO DI CERTIFICAZIONE.....	18
17.2 ATTIVITÀ OPERATIVE E TEMPI DI AUDIT .....	20
17.3 UTILIZZO DI EVIDENZE DOCUMENTALI .....	21
17.4 CRITERI PER LA REDAZIONE E GESTIONE DEI CERTIFICATI DI CONFORMITÀ .....	21
17.5 PRECISAZIONI IN MERITO ALLA CERTIFICAZIONE DEI CONSORZI OPERANTI NEGLI APPALTI PUBBLICI .....	22
17.6 PRECISAZIONI IN MERITO ALLA QUALIFICAZIONE DEI CONTRAENTI GENERALI .....	23
<b>18. PRESCRIZIONI AGGIUNTIVE PER LA CERTIFICAZIONE DI SISTEMI GESTIONE ANTICORRUZIONE</b> .....	<b>24</b>
18.1 GENERALITÀ.....	24
18.2 ORGANIZZAZIONI CHE POSSONO RICHIEDERE LA CERTIFICAZIONE E POSSIBILI ESCLUSIONI.....	24
18.3 OBBLIGHI DI COMUNICAZIONI DA PARTE DELL’ORGANIZZAZIONE CERTIFICATA O IN FASE DI CERTIFICAZIONE .....	24
18.4 INFORMAZIONI RICHIESTE ALL’ORGANIZZAZIONE IN FASE DI DOMANDA DI CERTIFICAZIONE .....	25
18.5 REQUISITI PER IL RILASCIO/MANTENIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE.....	25
<b>19. PRESCRIZIONI PER LA CERTIFICAZIONE DI SISTEMI GESTIONE DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI (ISMS) SECONDO LA NORMA UNI CEI ISO/IEC 27001</b> .....	<b>26</b>
<b>20. NOTE CONCLUSIVE</b> .....	<b>26</b>

## 0. PREMESSA

L'Organismo di Certificazione **DIMITTO ITALIA Srl** nel seguente documento verrà denominato **Ente** e l'Organizzazione cliente verrà denominata **Organizzazione**.

Il presente Regolamento è parte integrante dell'offerta economica inviata all'**Organizzazione** che fa richiesta dei servizi di certificazione. Tramite la firma di accettazione dell'offerta l'**Organizzazione** dichiara di aver visionato il presente regolamento e di accettare le regole in esso contenute. Le norme si intendono nell'edizione vigente. In caso di periodi di transizione derivanti dall'aggiornamento delle norme stesse, potranno essere emessi dall'**Ente** documenti integrativi che disciplineranno il periodo di transizione. Tali documenti non sostituiscono ma integrano il presente regolamento.

## 1. INDIRIZZI POLITICI

L'**Ente** è un Organismo che opera secondo i criteri generali definiti dalla Norma ISO 17021-1 e che, quale Organismo indipendente, provvede a fornire alle aziende richiedenti, servizi di valutazione e di certificazione di conformità dei propri Sistemi di Gestione alle prescrizioni delle Norme di riferimento. L'**Ente** si rivolge a tutti i soggetti presenti sul mercato, senza preconcetti discriminatori, al fine di non precludere o limitare l'accesso alla certificazione a chiunque lo richieda, indipendentemente dalle dimensioni e dall'appartenenza a qualsiasi gruppo o associazione. L'**Ente** non effettua alcun servizio di consulenza finalizzato a implementare sistemi di gestione.

## 2. ACCREDITAMENTO

L'**Ente** è organismo di certificazione che lavora nell'ambito di tutti i settori merceologici per i quali possiede le competenze. L'**Ente** è accreditato Accredia - Ente Italiano di Accreditamento. Dettaglio in merito agli accreditamenti, sono disponibili sul sito internet [www.dimitto.com](http://www.dimitto.com).

Nel momento in cui l'**Ente** acquisisce un nuovo schema o settore di accreditamento, provvederà, dopo la prima verifica utile, alla ri-emissione dei certificati attivi senza aggravio di costi. I Certificati emessi in tale ambito rechneranno, oltre al logo dell'**Ente**, il logo dell'ente di accreditamento, mentre quelli emessi per settori EA non coperti da accreditamento, non recano il logo dell'ente di accreditamento. Un certificato emesso è coperto dall'accREDITAMENTO nel momento in cui il settore merceologico/schema è accreditato, indipendentemente dalla presenza o meno del logo dell'ente di accreditamento. L'**Ente** non emette certificati fuori accreditamento per quei settori merceologici per cui risulta accreditato.

## 3. REQUISITI PER LA CERTIFICAZIONE:

Per ottenere la certificazione del Sistema di Gestione l'**Organizzazione** deve:

1 - aver istituito, attuato e mantenuto attivo un Sistema di Gestione in totale ottemperanza ai requisiti della Norma di riferimento (ad esempio: Sistema Qualità SGQ in conformità alla ISO 9001). Il Sistema di gestione si intende completamente operativo quando:

- è applicato;
- risultano individuati e gestiti tutti gli obblighi cogenti riferiti ai prodotti/processi oggetto di certificazione;
- risultano programmati ed effettuati gli audit interni;
- è stato svolto e documentato almeno un riesame del sistema da parte della Direzione;
- sono stati definiti gli obiettivi ed i processi necessari ad ottenere risultati in accordo con i requisiti dell'Organizzazione e con le politiche aziendali;
- sono stati sviluppati tali processi;
- sono stati effettuati e registrati monitoraggi e misure dei processi rispetto alle politiche, agli obiettivi ed ai requisiti cogenti di prodotto/processo;
- sono state messe in atto azioni per il miglioramento continuo dei processi.

2 - disporre della documentazione e delle registrazioni previste dalle Norme oggetto di certificazione.

#### **4. PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE**

La Certificazione riguarda esclusivamente la conformità dei sistemi di gestione rispetto alle norme di riferimento, il rispetto delle disposizioni di legge vigenti è di esclusiva responsabilità dell'azienda certificata. Possono accedere alla certificazione tutte le **Organizzazioni** che ne fanno richiesta, presentando all'**Ente** formale richiesta di quotazione attraverso l'apposito "Questionario Informativo", e che si impegnino a rispettare quanto previsto dal contratto con l'**Ente** stesso e dal presente Regolamento nell'ultima versione applicabile. L'accettazione della domanda, il rilascio della certificazione e il mantenimento della sua registrazione comportano il pagamento degli importi concordati. Il mancato adempimento di tali obblighi, alla scadenza stabilita, comporta la sospensione o la revoca del certificato secondo quanto previsto ai §9 e §10.

##### **4.1 Richiesta di Certificazione**

L'**Organizzazione** interessata alla certificazione può richiedere un'offerta all'**Ente**, inviando il modulo "Questionario Informativo", disponibile sul sito web [www.dimitto.com](http://www.dimitto.com), compilato in ogni sua parte (tale modulo è compilato dalla stessa **Organizzazione** che si assume la responsabilità dei dati in esso riportati), unitamente ai documenti eventualmente richiesti. Per la certificazione di **Organizzazioni** estere valgono le stesse condizioni che regolano le **Organizzazioni** italiane, ad eccezione dei Regolamenti Tecnici Accredia che normalmente si applicano solo per **Organizzazioni** operanti in Italia, salvo eventuali disposizioni particolari nel rispetto degli accordi presi dall'**Ente** in campo internazionale.

##### **4.2 Offerta per la Certificazione**

L'**Ente**, in base ai dati contenuti nel "Questionario Informativo", valuta la propria capacità di svolgere la commessa, esaminando lo scopo della certificazione, le eventuali esclusioni, il numero degli addetti, l'ubicazione di eventuali sedi e/o cantieri, il settore IAF per cui è richiesta la certificazione e la disponibilità di auditor qualificati nel settore. Dopo aver effettuato tali valutazioni, predispone l'offerta economica per la/le certificazione/i richiesta/e secondo quanto previsto dal tariffario vigente. In riferimento ai sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, sono inclusi nel calcolo gli addetti che operano sotto lo stesso sistema di gestione, messi a disposizione dall'Organizzazione che si certifica, in altri siti, che devono essere verificati periodicamente. Altri fattori considerati per la verifica totale e parziale degli altri siti sono: livello di rischio associati ad attività svolte in questi siti, accordi contrattuali, certificazioni di altri enti, statistiche su incidenti e near miss.

Il costo dell'attività di certificazione è proporzionale al numero di giorni/uomo necessari alla valutazione del sistema di gestione dell'**Organizzazione** ed è basato sulle dimensioni aziendali (numero di dipendenti, siti e loro dislocazione geografica), sulla complessità dei prodotti/processi/servizi e sul tipo di certificazione richiesta, così come prescritto nei documenti IAF di riferimento.

Nell'offerta viene specificato separatamente:

- il costo dell'audit di certificazione (suddiviso per Fase 1 e Fase 2) o Rinnovo;
- il costo degli audit di sorveglianza/mantenimento (per le offerte con due o più schemi le giornate per ogni sorveglianza/mantenimento non potranno essere inferiori a 1,5);
- le eventuali spese aggiuntive (costi di trasferta dell'auditor, audit supplementari, remissioni del certificato o altri costi specificati);
- la durata dell'eventuale audit di rinnovo (valore puramente indicativo);
- le motivazioni adottate per la determinazione dei giorni uomo di audit.

##### **4.2.1 Gestione Organizzazioni Multi Sito**

Un'Organizzazione si definisce multi-sito quando opera su più siti permanenti facenti capo ad un unico ufficio centrale che abbia istituito un sistema conforme alla normativa di riferimento.

Le attività che devono essere gestite dalla funzione centrale dell'**Organizzazione** sono:

- Valutazione delle necessità di addestramento;
- Controllo della documentazione e delle sue modifiche;
- Riesame del sistema di gestione da parte della direzione;
- Gestione dei reclami;
- Valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive;
- Pianificazione ed esecuzione degli audit interni e valutazione dei loro risultati.

Il multi-sito consente il campionamento dei siti purché:

- i processi di tutti i siti siano sostanzialmente dello stesso genere e siano svolti con metodi e procedure simili. In presenza di processi differenti questi devono essere collegati (esempio: produzione di elementi in un luogo, assemblaggio degli stessi in un altro);
- il sistema di gestione sia gestito e amministrato a livello centrale e sia sottoposto al riesame da parte della direzione centrale.

Per la determinazione del campionamento dei siti e per la definizione dei giorni/uomo di audit, al fine dell'emissione dell'offerta, si fa riferimento ai documenti IAF-MD-05, IAF-MD-22 e a quanto previsto dal documento IAF-MD-01.

Prima dell'audit iniziale da parte dell'**Ente**, l'**Organizzazione** deve aver effettuato un audit interno per ogni sito e verificato la conformità del suo sistema di gestione alla norma di riferimento.

L'**Ente** pianifica il campionamento dei siti valutando anche:

- Requisiti connessi a variabili locali;
- Settori o attività che rientrano nello scopo;
- Dimensione dei siti;
- Presenza di cantieri temporanei;
- Variazioni nell'attuazione del sistema di gestione nati da esigenze locali (esempio: sistemi contrattuali o normativi differenti).

In caso di **Organizzazioni** che erogano servizi, è possibile escludere dalla certificazione eventuali siti momentaneamente non pronti per essere auditati, previa comunicazione da parte dell'Organizzazione stessa.

Sulla base delle informazioni fornite dall'**Organizzazione**, l'**Ente** stabilisce il piano di campionamento applicabile. Questa attività è effettuata nel corso del processo di audit e può essere effettuata anche dopo aver ultimato l'audit presso la sede centrale. In ogni caso l'Ente comunica all'ufficio centrale i siti da campionare.

L'Ente rilascia un singolo certificato con il nome e l'indirizzo della sede centrale dell'Organizzazione e un allegato per ognuno dei siti. Per eventuali non conformità maggiori e/o minori rilevate in un singolo sito durante gli audit, l'Organizzazione deve valutare se le stesse sono relative a carenze imputabili a più siti e se del caso, deve adottare azioni correttive sia presso la sede centrale che presso gli altri siti. Se le non conformità maggiori e/o minori non risultano essere del suddetto tipo, l'**Organizzazione** deve fornire adeguate evidenze e motivazioni per limitare l'estensione delle azioni correttive adottate. In caso di non conformità maggiori, anche su un solo sito, l'iter di certificazione è totalmente sospeso fino alla loro risoluzione, inoltre non è ammesso escludere il/i sito/siti nei quali siano emerse le non conformità maggiori. L'**Organizzazione** deve tenere informato l'**Ente** sulla chiusura di qualsiasi sito coperto dalla certificazione, in mancanza di tali informazioni l'Ente potrà procedere alla sospensione o revoca della certificazione. È sempre possibile aggiungere nuovi siti, in sede di audit di sorveglianza, rinnovo certificazione o a seguito di appositi audit straordinari richiesti dall'**Organizzazione**.

Per le Organizzazioni che si certificano per sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, L'**Ente** effettua le seguenti attività:

- Valuta il rischio associato alla natura delle attività svolte e dei processi svolti in ogni sito, incluso nello scopo di certificazione, per stabilire la possibilità o meno di campionamenti (eventuali riduzioni/aumenti dei tempi saranno comunque indicati sull'offerta);

- Valuta l'eventuale campionamento, che non sarà effettuato in caso di Organizzazioni ad alta complessità, così come definite nel documento IAF MD-22 nella sua edizione vigente, e in presenza di siti multipli che non svolgono le stesse attività e processi. Anche in presenza di attività e processi simili, si considerano le particolarità operative di ogni sito (tecnologia, impianti, quantità di sostanze pericolose, ambiente di lavoro) prima di procedere con eventuale campionamento;
- Valuta che il campionamento dei siti, sia rappresentativo di tutti i processi, attività e livelli di rischi esistenti nell'**Organizzazione**.

### 4.3 Domanda di Certificazione

L'**Organizzazione** che intende accettare l'offerta di certificazione, la invia all'**Ente** timbrata e firmata dal suo Legale Rappresentante.

Tale azione testimonia la chiara volontà dell'**Organizzazione** a procedere con la pratica di certificazione, accettando quanto stabilito nei termini, nelle condizioni generali di contratto e nel presente Regolamento.

Al ricevimento dell'accettazione, l'**Ente** esegue un riesame ed invia all'**Organizzazione** una conferma d'ordine che da inizio all'iter di certificazione.

### 4.4 Comunicazione delle attività

Per ogni audit, la data e i nominativi dei componenti del Team di Audit vengono comunicati per iscritto. L'**Organizzazione** ha facoltà di presentare ricorso (scritto e motivato) circa la designazione dei componenti del Team di Audit. In assenza di notifica di esigenze di variazioni nei 5 giorni successivi al ricevimento della comunicazione, le date e gli auditor comunicati si ritengono tacitamente confermati. Nel caso in cui l'**Organizzazione** comunichi l'indisponibilità a ricevere l'audit oltre i termini sopra definiti, l'**Ente** si riserva il diritto di fatturare comunque il costo dell'attività già svolte come da contratto in essere.

### 4.5 Pre-Audit (facoltativo)

L'**Organizzazione** può richiedere all'**Ente** l'effettuazione di un pre-audit per la valutazione dello stato di conformità alla norma di riferimento del proprio sistema di gestione. Tale verifica è documentata ma non ha effetti sul successivo processo di valutazione della conformità per il rilascio della certificazione.

Il rapporto rilasciato in copia all'**Organizzazione** viene conservato nel relativo dossier, ma non influisce sulla durata dell'audit di certificazione e i rilievi emersi durante il pre-audit non vengono verificati durante l'audit di certificazione. Il costo del pre-audit viene concordato fra l'**Ente** e l'**Organizzazione** e fatturato a parte.

Per non incorrere nel rischio di prestare attività di consulenza, l'**Ente** esegue, su richiesta un solo pre-audit presso l'**Organizzazione** la cui durata non può essere superiore ai 2 (due) giorni/uomo per ogni schema richiesto.

### 4.6 Pianificazione dell'Audit

L'**Ente** invia formale comunicazione all'**Organizzazione** con i nominativi del Team di Audit.

Il Lead Auditor incaricato concorda con l'**Organizzazione** le date per l'audit e successivamente invia il piano di Audit, tenendo conto dei turni di lavoro effettuati. Per la pianificazione di Fase 1, di norma, il piano di audit è sostituito dalle informazioni inviate in occasione della conferma d'ordine.

La Direzione dell'Organizzazione ha l'obbligo di essere presente durante la riunione finale di ogni audit (fase 1, fase 2, sorveglianze ecc...). In caso di audit condotti secondo il Sistema di Gestione SSL è indispensabile che siano a disposizione per le interviste, oltre ai lavoratori, anche: datore di lavoro, RSPP, RLS, medico competente ed eventuali subappaltatori. L'Organizzazione ha l'obbligo di convocare alla riunione di chiusura anche queste figure chiavi per il Sistema di Gestione SSL (in caso di assenza vanno registrate giustificazioni a riguardo).

### 4.7 Audit e sicurezza sui luoghi di lavoro

L'**Organizzazione** si impegna a fornire all'**Ente** un'informativa completa e dettagliata relativa ai rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro in cui sono destinati ad operare gli auditor. L'**Organizzazione** si impegna altresì a promuovere, attraverso il proprio incaricato, la cooperazione e il coordinamento ai fini dell'attuazione delle misure e degli interventi di

protezione e prevenzione dai rischi sul lavoro che incidono sull'attività lavorativa dei valutatori incaricati dall'**Ente**, e che richiedono la tutela sia dei lavoratori che di tutti gli altri soggetti che operano o che comunque sono presenti nel medesimo ambiente di lavoro.

#### **4.8 Audit Iniziale**

Lo schema di Certificazione dei Sistemi di Gestione prevede la suddivisione dell'audit iniziale in due fasi denominate Fase 1 e Fase 2. La Fase 1 e la Fase 2 sono svolte in momenti differenti ed entrambe vengono effettuate presso l'Organizzazione. Per le certificazioni SGQ, la Fase 1 e la Fase 2 possono essere consecutive.

Per le certificazioni SGA e/o SGSSL tale possibilità si può applicare solo ad organizzazioni con meno di 10 addetti e con impatto ambientale basso o limitato e/o rischi associati bassi. In Tali casi l'**Organizzazione** deve essere consapevole che la pianificazione della Fase 2 potrebbe non essere accurata e che l'eventuale rilevazione di una Carenza classificabile come Non Conformità Maggiore in Fase 1, non permetterebbe il buon esito della Fase 2, sebbene già pianificata.

#### **4.9 Audit di Fase 1**

La Fase 1 viene svolta presso l'**Organizzazione**, al fine di acquisire un quadro complessivo delle attività. L'**Organizzazione** si impegna a rendere disponibile le risorse necessarie a garantire il regolare svolgimento dell'audit.

L'audit di Fase 1 ha lo scopo di:

- sottoporre ad audit la documentazione del sistema di gestione;
- valutare la localizzazione e le condizioni particolari del sito;
- intraprendere uno scambio d'informazioni con il personale al fine di stabilire il grado di preparazione per l'audit di Fase 2;
- riesaminare lo stato e la comprensione riguardo i 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 riguardanti il campo di applicazione del sistema di gestione, i processi e la(e) localizzazione(i) del cliente, compresi i relativi aspetti legali e regolamentati e la conformità ad essi (per esempio qualità, ambiente, aspetti legali relativi all'attività, rischi associati, ecc.);
- riesaminare l'assegnazione di risorse per l'audit di Fase 2 e concordare i dettagli dell'audit di Fase 2;
- mettere a fuoco la pianificazione dell'audit di Fase 2, acquisendo una sufficiente conoscenza del sistema di gestione e delle attività del sito del cliente, con riferimento ai possibili aspetti significativi;
- valutare se gli audit interni e il riesame da parte della direzione siano stati pianificati ed eseguiti e che il livello di attuazione del sistema di gestione fornisca l'evidenza che il cliente è pronto per l'audit di Fase 2.

In modo particolare, in caso di certificazione di SGSSL, si valuterà che:

- il Sistema di Gestione SSL comprenda un processo solido, dinamico e partecipato di identificazione dei pericoli e valutazione dei relativi rischi. Tale processo deve avere come output le informazioni necessarie alla valutazione delle cause dei rischi e delle relative misure tecnico-gestionali di protezione e prevenzione;
- esistano dei programmi e/o sistemi di manutenzione e che questi siano adeguati ed efficaci (ad esempio, sistemi di Manutenzione Programmata (PMS) per gli impianti o parti di essi particolarmente critiche);
- il processo di individuazione ed analisi dei pericoli e la valutazione dei rischi, sia descritto in una specifica Procedura, che riporti i criteri di monitoraggio nel tempo di tali rischi e che coinvolga il personale addetto ai diversi processi;
- l'individuazione, l'analisi dei pericoli e la valutazione dei relativi rischi siano concretamente l'input per il processo di miglioramento continuo. La valutazione dei rischi deve coprire tutti i possibili pericoli, compresi quelli derivanti dai processi messi in essere da fornitori che operano, anche in modo sporadico, o quelli relativi alla presenza di visitatori presso il sito certificato;
- la procedura di cui sopra sia sostanziale e realmente applicata;

- esistano degli indicatori prestazionali per la Prevenzione e Protezione, relativi ai processi ed alle attività;
- esistano degli adeguati obiettivi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, che tali obiettivi siano supportati da una programmazione e pianificazione tecnica e finanziaria e che obiettivi e indicatori siano coerenti con la valutazione dei rischi;
- i responsabili dei diversi processi e/o attività relative alla sicurezza, previsti dalla legislazione vigente, siano stati addestrati sui principi della gestione e sulle tecniche per la sicurezza e che abbiano una buona conoscenza di tali argomenti;
- per l'esercizio dell'attività del sito, l'Organizzazione sia in possesso di tutte le necessarie licenze relative alla sicurezza;
- il Sistema di Gestione SGSSL sia progettato per mettere in pratica la Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- il livello di implementazione del sistema suggerisca l'opportunità di procedere con l'Audit in Fase 2, avendo verificato la capacità del Sistema stesso di farsi carico e gestire le eventuali Non Conformità;
- i risultati degli Audit interni diano evidenza della conformità ai requisiti dello standard di riferimento;
- sia stato programmato almeno il primo Riesame della Direzione e che questo supervisioni l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione SSL;
- il Sistema di Gestione SSL tenga traccia e risponda alle principali istanze delle parti interessate;
- siano valutati documenti aggiuntivi e valutate per tempo le esigenze di specifiche competenze per l'esecuzione dell'Audit di Fase 2;
- ad ogni lavoratore sia stato affidato un ruolo ben definito e noto, con la chiara definizione delle responsabilità per la salute e sicurezza sul Lavoro;
- il piano di formazione ed informazione delle risorse umane sia definito in base alla relativa analisi delle esigenze e sia attuato;
- l'analisi del coinvolgimento delle risorse umane sia inserita nel reporting del Sistema di Gestione SSL ed opportunamente valorizzata per impostare adeguate Azioni Preventive;
- sia stata definita una Procedura per l'analisi delle Non Conformità, degli incidenti, dei "near miss" (quasi incidente) e degli infortuni, atta a determinare le cause degli stessi eventi, al fine di predisporre, ove necessario, le opportune Azioni Correttive.

Solo dopo aver completato la Fase 1, e in base alle conclusioni emerse, sarà possibile eseguire la Fase 2.

Il tempo massimo che può intercorrere tra Fase 1 e Fase 2 è di sei mesi, superato tale limite, dovrà essere ripetuto l'Audit di Fase 1. Le risultanze eventualmente riscontrate sono denominate Carenze (CA), saranno indicate quelle che, se non gestite e risolte potrebbero diventare Non Conformità Maggiori in Fase 2 non rendendo possibile la proposta di certificazione da parte del team di Audit. Nel caso di carenze relative all'applicazione di requisiti legislativi, non connessi neppure indirettamente con il campo di applicazione della certificazione, il Team di Audit ne prenderà evidenza tramite registrazione nell'apposita sezione del rapporto di Audit.

#### **4.10 Audit di Certificazione (Fase 2)**

A conclusione dell'audit di Fase 1 è possibile pianificare l'Audit di Fase 2, con le limitazioni/prescrizioni indicate nel precedente § 4.9. L'**Organizzazione** si impegna a rendere disponibile le risorse necessarie a garantire il regolare svolgimento dell'Audit.

La Fase 2 viene svolta presso l'**Organizzazione** al fine di verificare la corretta applicazione del Sistema di Gestione. L'obiettivo della Fase 2 è:

- a) verificare la corretta gestione di eventuali Carenze rilevate nella Fase 1;
- b) confermare che l'**Organizzazione** attui le proprie politiche, obiettivi e procedure;
- c) confermare che il Sistema di Gestione sia conforme a tutti i requisiti dello standard di riferimento e stia raggiungendo gli obiettivi di politica dell'**Organizzazione**.



Le modalità di conduzione dell'audit non differiscono dalla Fase 1 (riferimento al § 4.9). In Fase 2 i rilievi eventualmente riscontrati sono classificati in Non Conformità Maggiori (NC) e Non Conformità Minori (NCmin).

Un rilievo si definisce "Non Conformità Maggiore" a fronte di:

- 1) assenza e/o mancato rispetto di un requisito espresso da:
  - a. Norma di riferimento
  - b. Requisito cogente di prodotto/processo
  - c. Presente regolamento
  - d. Regolamenti dell'**Organismo** di Accreditamento
  - e. Elementi che possano invalidare l'efficacia e/o il funzionamento del Sistema di Gestione stesso
- 2) più Non Conformità Minori (NCmin) relative ad uno stesso requisito della Norma;
- 3) una Non Conformità Minore (NCmin) che permanga nel tempo con le stesse caratteristiche.

Un rilievo si definisce "Non Conformità Minore" (NCmin) quando un requisito espresso dalla norma di riferimento e/o dei regolamenti dell'Ente applicabili e/o dei regolamenti dell'Organismo di Accreditamento, venga parzialmente applicato/rispettato senza però invalidare l'efficacia e/o funzionamento del Sistema di gestione stesso.

In riferimento agli Audit SGSSL, può essere declassata come NCmin, in casi eccezionali, una NC maggiore riferita a requisiti legali, per la quale l'Organizzazione sia in grado di dimostrare i seguenti elementi:

- la presenza di un Piano di Adeguamento concordato con l'autorità competente che permetta il raggiungimento della piena conformità;
- Tale Piano deve essere già in fase di attuazione nell'audit di Fase 2.
- Tale Piano deve essere considerato come priorità nell'ambito del sistema salute e sicurezza.

Il gruppo di audit deve raccogliere evidenze tali da confermare che il sistema salute e sicurezza sia in grado di raggiungere la conformità richiesta, attraverso la piena attuazione del programma di adeguamento concordato con le autorità competenti, nei tempi previsti dal piano stesso.

Un commento non è un rilievo, si definisce "Commento" (C) un'opportunità di spunti di miglioramento nella documentazione e/o attuazione del Sistema di Gestione dell'**Organizzazione**, fatta salva la conformità ed efficacia del medesimo.

L'**Organizzazione** è tenuta a comunicare formalmente, entro 15 giorni dalla data dell'audit, le proposte di Azioni Correttive per i rilievi emersi, le cause che le hanno generate ed i relativi tempi di attuazione, su propria modulistica o sul modulo Dimitto scaricabile dal sito internet. Le proposte di azione correttive saranno soggette a verifica ed approvazione da parte del Lead Auditor. La chiusura delle azioni correttive, in caso di Non Conformità Maggiore, dovrà avvenire entro sei mesi dalla Fase 2, pena la decadenza della validità dell'audit di Fase2.

Le azioni correttive si intendono accettate, da parte dell'**Ente**, qualora l'**Organizzazione** non riceva comunicazione contraria entro trenta giorni dalla loro trasmissione.

In caso di Non Conformità Maggiore, è necessario prevedere un audit supplementare (§ 4.11) che potrà essere documentale o sul campo. La verifica dell'efficacia delle azioni a seguire per la gestione di Non Conformità Minori, di norma, sono valutate in occasione dell'audit successivo.

Tutti i rilievi emersi durante l'audit e contenuti nel Rapporto saranno confermate dall'**Ente**, che in seguito a verifica potrebbe richiedere integrazioni entro 30 giorni. Trascorso tale termine, le conclusioni contenute nel Rapporto si intendono automaticamente approvate. Nel momento in cui la pratica è completa viene inviata al Comitato di Delibera per la decisione sull'emissione del certificato.

#### **4.11 Audit Supplementari**

L'**Ente** ha facoltà di pianificare un audit supplementare in seguito a:

- chiusura di rilievi riscontrati durante un audit;
- segnalazioni/reclami ricevuti dall'**Ente** sull'**Organizzazione**;

- cambiamenti organizzativi/societari, che prevedano modifiche sostanziali;
- richieste di estensione/riduzione campo di applicazione;
- procedimenti di riattivazione della certificazione a seguito di sospensione;
- conoscenza diretta o indiretta da parte dell'Ente, circa il verificarsi di seri incidenti o infrazioni legislative, in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- indagini conseguenti a inadempienze di conformità legislativa.

I costi aggiuntivi degli audit supplementari sono a carico dell'**Organizzazione** e valutati in base a quanto riportato nell'offerta sottoscritta dall'**Organizzazione**.

Inoltre, potrebbe essere necessario eseguire audit supplementari per la gestione di rilievi riscontrati da Accredia in occasione delle verifiche periodiche presso l'Ente. In questi casi l'Organizzazione deve rendersi disponibile allo svolgimento di tale attività entro i 90gg successivi alla comunicazione da parte dell'Ente. I costi relativi a questa tipologia di audit saranno a carico dell'Ente.

#### **4.12 Audit con breve preavviso o senza preavviso**

Potrebbe essere necessario che L'Ente conduca audit con breve preavviso o senza preavviso su **Organizzazioni** certificate al fine di indagare su reclami, in risposta a sostanziali modifiche, come azione conseguente a sospensione della certificazione oppure per indagare in caso di incidente grave.

Allo stesso modo Accredia può condurre, senza preavviso, audit presso l'Ente, presso le **Organizzazioni** certificate o presso eventuali società che operano in outsourcing per l'Ente. A seguito dell'identificazione di situazione critiche (segnalazioni/reclami oggettivamente motivati), Accredia può disporre nei confronti dell'Ente e dei suoi clienti certificati, attività di Market Surveillance Visit.

I costi aggiuntivi degli audit supplementari sono a carico dell'**Organizzazione** e valutati in base a quanto riportato nell'offerta sottoscritta dalla stessa. Nel caso in cui l'audit sia svolto a fronte di reclamo da parte del mercato, i costi saranno a carico dell'Organizzazione solo se a conclusione dovessero emergere situazioni non conformi.

#### **4.13 Azioni consecutive all'audit di Certificazione (Fase 2)**

In base alle risultanze emerse nel corso dell'audit, l'Ente verifica l'intero dossier e decide sull'invio della pratica al Comitato di Delibera che valuterà circa il rilascio della certificazione.

Il Comitato di Delibera ha facoltà di:

- Deliberare la certificazione approvando l'emissione del certificato;
- Deliberare la certificazione indicando modifiche e/o limitazioni;
- Richiedere indagini supplementari prima di deliberare;
- Non deliberare la certificazione, ritenendo il livello di implementazione del sistema non adeguato al rilascio.

Il Comitato di Delibera può ritenere necessario un audit supplementare presso l'**Organizzazione**, nel caso in cui le evidenze oggettive raccolte non supportino pienamente il giudizio di conformità. In tal caso, qualsiasi attività supplementare di audit deve essere formalmente comunicata, concordata e pianificata con l'**Organizzazione**.

L'esito del Rapporto di Fase 2, comunicato all'**Organizzazione** durante la riunione finale, potrebbe essere confermato e/o modificato in funzione delle risultanze dell'audit supplementare effettuato da Lead Auditor diverso da quello incaricato per i primi audit. Tali tipologie di audit sono a totale carico dell'Ente.

A seguito dell'approvazione del Comitato di Delibera, viene emesso il "Certificato di conformità". Dopo le opportune verifiche amministrative che attestino l'avvenuto pagamento delle fatture da parte dell'**Organizzazione**, si procede con la spedizione del Certificato in originale.

#### **4.14 Facoltà di utilizzo di risorse esterne**

Per lo svolgimento delle attività oggetto del contratto, l'Ente potrà avvalersi tanto di personale dipendente, quanto di soggetti esterni che operano per suo conto, purché debitamente qualificati e contrattualizzati. Tali soggetti sono tenuti al rispetto di tutti i doveri gravanti sull'Ente inclusi quelli in materia di indipendenza e riservatezza.

## 5. PROCEDURA DI MANTENIMENTO/SORVEGLIANZA

L'Ente attua procedure per il mantenimento/sorveglianza dei sistemi di gestione certificati al fine di verificare la permanenza della conformità ai requisiti richiesti dalla norma.

Tale controllo è espletato mediante audit di sorveglianza effettuati, solitamente, con cadenza annuale. È opportuno precisare che la cadenza degli audit di sorveglianza è decisa dal Comitato di Delibera al momento dell'esame degli esiti dell'audit di certificazione (anche su proposta del Lead Auditor), pertanto esse possono avere scadenza anticipata. In ogni caso deve essere effettuato almeno un audit ogni anno solare, tranne casi eccezionali motivati con apposita autorizzazione da parte dell'Ente.

Il programma degli audit di sorveglianza è proposto dal Lead Auditor in base ai risultati dell'ultimo audit effettuato, in modo da coprire, durante tutto il triennio di validità del certificato, l'intero Sistema di Gestione dell'Organizzazione. Anche il programma triennale è approvato dal Comitato di Delibera in fase di decisione finale per l'emissione del certificato, le date indicate sul piano delle sorveglianze possono essere anticipate in base alle esigenze dell'Organizzazione e/o dell'Ente, sempre garantendo almeno un audit ogni anno solare. L'audit di prima sorveglianza riferito al primo ciclo di certificazione dovrà essere effettuato massimo entro 12 mesi dalla decisione della certificazione (data di delibera), pena la sospensione del certificato. L'audit di seconda sorveglianza dovrà essere effettuato entro 24 mesi dalla decisione della certificazione (data di delibera), in caso di giustificate motivazioni comunicate dall'Organizzazione all'Ente sarà possibile posticipare la sorveglianza per un massimo di 3 mesi. Tale regola sarà applicata anche per tutte le sorveglianze successive ai rinnovi. In caso di NC Maggiori è necessario che l'Organizzazione predisponga ed invii al Lead Auditor un piano di Azione Correttiva entro 15gg dall'audit. Il Lead Auditor provvederà, al massimo entro tre mesi, a chiudere le NC Maggiori, in caso contrario si procederà con la sospensione del certificato (§9).

Fanno eccezione i casi particolari derivanti da disposizioni di carattere superiore, esempio Regolamento Tecnico Accredia RT-05, per **Organizzazioni** operanti nel settore EA28 per lo Schema Qualità in Italia (§17).

In occasione degli audit di sorveglianza l'Ente emette la fattura relativa alle attività, anticipatamente rispetto alla data dell'audit. È cura dell'Organizzazione provvedere al pagamento della fattura prima dell'esecuzione dell'audit.

In caso contrario il Team di Audit potrà emettere una Non Conformità Maggiore con chiusura da attuarsi entro 3 mesi pena la sospensione/revoca della certificazione.

## 6. ESTENSIONE/RIDUZIONE DELLA CERTIFICAZIONE

L'Organizzazione può richiedere estensioni o riduzioni della certificazione, che possono riguardare: ambito d'applicazione, prodotti/servizi, siti, ecc....

La richiesta di estensione/riduzione deve essere inoltrata per iscritto all'Ente unitamente alla documentazione comprovante le modifiche apportate al sistema di gestione.

L'Ente valuterà le richieste e comunicherà all'Organizzazione la necessità di audit supplementari per valutare la conformità alle richieste fatte. Gli audit supplementari sono condotti secondo quanto riportato al §4.11.

## 7. PROCEDURA DI RINNOVO

Prima della scadenza del certificato, l'Organizzazione deve sottoscrivere l'offerta di rinnovo ricevuta dall'Ente. Fatta pervenire all'Ente l'offerta sottoscritta, si procede come indicato ai § 4.4, 4.6 e 4.7, si fa presente che per consentire il rinnovo, tutte le fasi (esecuzione della verifica e Delibera) devono avvenire prima della scadenza del certificato stesso (entro tre anni dalla data di emissione).

Se le attività di rinnovo non saranno completate con successo entro la data di scadenza del certificato si procederà, secondo applicabilità, come segue:

a) *L'attività di rinnovo è iniziata prima o dopo della data di scadenza della certificazione ed è stata completata positivamente entro 6 mesi della data di scadenza della certificazione*

A seguito della scadenza del certificato è possibile, entro 6 mesi, ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (completamento dell'audit di rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità maggiori e relativa delibera).

In questo caso si rimette il certificato ed è possibile, a scelta dell'Organizzazione, indicare le date di validità secondo due opzioni:

- Evidenziare sul certificato il periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.
- Non riportare la data iniziale del ciclo precedente, ma la data di emissione deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo, e la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente.

La durata della verifica è pari ad un audit di rinnovo.

b) *L'attività di rinnovo è iniziata prima o dopo la data di scadenza della certificazione ma è terminata oltre i 6 mesi dalla data di scadenza*

A seguito della scadenza del certificato, anche dopo i 6 mesi, è possibile ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (completamento dell'audit di rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità maggiori e relativa delibera).

In questo caso si rimette il certificato ed è possibile, a scelta dell'Organizzazione, indicare le date di validità secondo due opzioni:

- Evidenziare sul certificato il periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.
- Non riportare la data iniziale del ciclo precedente, ma la data di emissione deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo, e la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente.

La durata della verifica è pari ad un audit di Fase 2.

c) *L'attività di rinnovo è iniziata dopo 6 mesi dalla data di scadenza del certificato*

Verrà effettuato un audit iniziale (o integrata la verifica eventualmente già iniziata, fino ad arrivare ad una durata pari ad uno Fase 1 + Fase2), emettendo un nuovo certificato senza mantenere la storicità del certificato.

Non si tratta quindi di rinnovo ma di una nuova certificazione.

d) In tutti i casi precedenti, e quindi quando l'attività di audit viene iniziata e/o completata dopo la scadenza del certificato, l'Ente può sempre decidere di effettuare un audit iniziale (Fase 1 + Fase 2), emettendo un nuovo certificato senza mantenere la storicità del certificato.

Eventuali tempi di sospensione del certificato non consentono lo slittamento della data di scadenza.

## **8. TRASFERIMENTO DI CERTIFICAZIONE DA ALTRO ENTE**

Si intende per trasferimento di una certificazione il riconoscimento da parte dell'**Ente** di un certificato di Sistema di Gestione che esista e sia valido, allo scopo di emettere un proprio certificato.

Il certificato da trasferire si ritiene esistente e valido se emesso da altro Ente accreditato da ente firmatario di accordi di mutuo riconoscimento MLA IAF, in caso contrario l'**Ente** considera l'**Organizzazione** nuovo cliente e procederà con l'iter previsto per le nuove certificazioni.

In caso di subentro l'**Organizzazione** si impegna a fornire all'**Ente** le seguenti informazioni/documenti:

- comunicazione scritta, delle motivazioni che hanno portato alla richiesta di trasferimento (allegato A del Questionario Informativo);
- dichiarazione che il certificato in loro possesso non è sospeso/revocato o minacciato di sospensione da parte dell'emittente (allegato A del Questionario Informativo);
- dichiarazione di assenza procedure legali con gli organi di vigilanza per il mancato rispetto di requisiti legislativi (allegato A del Questionario Informativo);
- documentazione, in copia, relativa all'intero iter di certificazione in loro possesso, compreso lo stato dei rilievi, riscontrati dall'ente cedente;
- elenco dei reclami ricevuti da propri clienti e le azioni intraprese;
- copia del certificato in essere;
- copia della Visura camerale.

Ricevuta tutta la documentazione, l'**Ente** provvede ad effettuare il riesame al fine di verificare:

- che le attività dell'**Organizzazione** ricadano nel campo di accreditamento dell'**Ente**;
- le motivazioni della richiesta;
- che il certificato dell'**Organizzazione**, di cui si chiede il trasferimento, sia valido in termini di autenticità, durata, scopo ed esclusioni eventuali;
- lo stato attuale delle eventuali NC aperte ed i rapporti dei precedenti audit dell'ente cedente;
- gli eventuali reclami/ricorsi ricevuti dall'**Organizzazione** e le azioni da essa intraprese per risolverli;
- contattare, in caso di necessità, l'ente cedente per iscritto richiedendo informazioni sulla validità del certificato.

A seguito dei risultati del riesame, nei casi ritenuti necessari, l'Ente potrà prevedere un sopralluogo presso l'**Organizzazione**. Se il certificato è stato emesso da Organismo non accreditato da ente firmatario accordi MLA IAF, oppure il Riesame preliminare non è stato sufficiente a verificare la situazione, l'**Ente** comunicherà all'**Organizzazione** che essa sarà considerata nuovo cliente precisandone i motivi, pertanto l'iter seguirà quanto previsto per le nuove certificazioni. Nel caso in cui il certificato sia stato emesso da Enti che abbiano cessato l'attività o che siano stati revocati dall'ente di accreditamento, oltre al riesame documentale, l'**Ente** effettuerà sempre un Audit Supplementare in azienda per verificare "de facto" la conformità alla norma del Sistema di Gestione aziendale. L'accoglimento della richiesta di trasferimento sarà subordinato all'esito dell'audit stesso.

Nel caso in cui il riesame preventivo abbia dato esito positivo, si procede all'emissione dell'offerta. Nel momento in cui l'**Organizzazione** accetta l'offerta, l'**Ente** delibera ed emette il certificato mantenendo inalterate le date di prima emissione e di scadenza, indicando come data di emissione corrente la data della decisione finale dell'**Ente**. L'**Ente** comunicherà, a mezzo e-mail, all'Ente precedente l'avvenuto trasferimento del certificato e pianificherà gli audit secondo l'originaria frequenza. La mancata ottemperanza di tutte le condizioni di cui sopra, o il fornire notizie fuorvianti all'**Ente**, bloccherà l'avvio dell'iter di trasferimento, o il perfezionamento dello stesso.

## 9. SOSPENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE

La certificazione può essere sospesa, per un periodo massimo di 6 mesi, nel caso in cui:

- si riscontrino Non Conformità Maggiori nel corso di un audit di sorveglianza, non chiuse entro 3 mesi (§ 5);
- l'organizzazione rifiuti la presenza di Accredia (Ente Unico di Accreditamento) durante gli audit previsti (in questo caso la sospensione potrà essere di massimo tre mesi);
- a seguito di audit supplementare, se si constati il permanere di tutte o di maggior parte delle Non Conformità precedentemente segnalate (Azioni Correttive non intraprese o non efficaci);
- l'**Organizzazione** non attui le Azioni Correttive richieste entro il tempo prestabilito;
- si riscontrino gravi carenze relative al sistema di gestione dell'**Organizzazione** sulla base di reclami, azioni legali ed altre evidenze oggettive anche non derivanti da verifiche ispettive, esempio gravi incidenti o violazioni legali

per sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro che abbiano comportato l'intervento delle Autorità Preposte;

- l'**Organizzazione** non permetta di effettuare gli audit di mantenimento/sorveglianza con la cadenza temporale prevista;
- l'**Organizzazione** faccia un uso scorretto o ingannevole della certificazione;
- l'**Organizzazione** non rispetti i termini di pagamento dei costi di certificazione;
- l'**Organizzazione** non accetti eventuali modifiche ai regolamenti di certificazione;
- l'**Organizzazione** leda con il proprio comportamento la reputazione dell'Ente;

L'**Organizzazione** può richiedere volontariamente e motivatamente all'**Ente** la sospensione della certificazione per un periodo non superiore a sei mesi. Il periodo di sospensione non modifica le date di validità del certificato.

La sospensione viene comunicata dal Legale Rappresentante dell'**Ente**, a mezzo lettera raccomandata o posta certificata, indicando la data di decorrenza, il divieto di utilizzare il logo dell'**Ente** e le condizioni necessarie per la riattivazione del certificato. Il Certificato sarà riattivato dall'**Ente** solo dopo aver accertato il ripristino della conformità ai requisiti.

Qualora le cause che hanno portato alla sospensione non siano eliminate entro i termini stabili, l'**Ente** procederà alla revoca della certificazione.

## 10. REVOCA DELLA CERTIFICAZIONE

La revoca e la conseguente cancellazione e ritiro della certificazione del sistema di gestione viene proposta dall'**Ente** ed approvata dal Comitato di Delibera nei seguenti casi:

- inosservanza dei requisiti e prescrizioni contenuti nel presente regolamento;
- mancata eliminazione, nei tempi stabiliti, delle cause che hanno provocato la sospensione della certificazione;
- sistema di gestione che non garantisce il rispetto dei requisiti cogenti di prodotto e/o servizio;
- mancata capacità del Sistema di Gestione di tenere sotto controllo i requisiti cogenti derivanti da leggi per la salute e sicurezza sul lavoro o leggi ambientali (in caso di certificati SGSSL e/o SGA)
- si riscontrino gravi carenze relative al sistema di gestione dell'**Organizzazione** sulla base di reclami, azioni legali ed altre evidenze oggettive anche non derivanti da verifiche ispettive, esempio gravi incidenti o violazioni legali per sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro che abbiano comportato l'intervento delle Autorità Preposte;
- ripetuta inosservanza degli impegni assunti con l'**Ente**;
- l'organizzazione rifiuti la presenza di Accredia (Ente Unico di Accreditamento) durante gli audit previsti (previo tre mesi di sospensione);
- cessazione delle attività per le quali l'**Organizzazione** ha ottenuto la certificazione del sistema di gestione;
- fallimento o liquidazione.

Le revoche relative a:

- persistenza della condizione di morosità;
- richiesta da parte dell'Organizzazione

vengono decise direttamente dall'Ente senza l'intervento del Comitato di Delibera.

La decisione di revoca della certificazione del sistema di gestione viene comunicata all'**Organizzazione** mediante lettera raccomandata o posta certificata da parte del Legale Rappresentante dell'**Ente**.

A seguito di revoca l'**Organizzazione** si impegna a:

- restituire l'originale del certificato all'**Ente** e a non utilizzarne le eventuali copie e riproduzioni;
- eliminare dalla carta intestata, documentazione tecnica e pubblicitaria ogni riferimento o simbolo della certificazione;
- sospendere immediatamente l'uso del logo e del marchio dell'**Ente**.

La revoca della certificazione non dà diritto ad alcun rimborso sulle attività già effettuate e fatturate.

## 11. RINUNCIA ALLA CERTIFICAZIONE

L'**Organizzazione** può rinunciare alla certificazione del Sistema di Gestione in suo possesso:

- alla scadenza del triennio;
- in caso di variazione delle norme di riferimento;
- in caso di non accettazione di eventuali revisioni del presente regolamento;
- in caso di non accettazione delle variazioni delle condizioni economiche;
- per recesso del contratto motivatamente (ad esempio: cessazione dell'attività o cessione di ramo di azienda a soggetto giuridico diverso, disposizioni di legge, ecc.);
- in caso di trasferimento della certificazione ad altro organismo.

L'**Ente**, preso atto della rinuncia e delle sue motivazioni, invia formale comunicazione all'**Organizzazione**.

## 12. RECLAMI, RICORSI E CONTENZIOSI

L'Organizzazione ha la facoltà di presentare reclami in forma scritta. Il reclamo è la manifestazione esplicita e documentata di insoddisfazione dell'Organizzazione rispetto ad alcuni aspetti riguardanti l'Ente:

- aspetti amministrativi;
- aspetti tecnici e prestazionali;
- mancata accettazione delle decisioni prese nell'ambito delle attività di audit.

Il reclamo va indirizzato al Legale Rappresentante di Dimitto entro 15 giorni dall'evento scatenante, facendo esplicito riferimento alla situazione verificatasi (in accordo al presente paragrafo).

L'**Ente** provvederà a registrare il reclamo ricevuto, ad analizzare la situazione descritta e a dare una risposta scritta (a cura del Legale Rappresentate) all'Organizzazione entro 30 giorni dal ricevimento, con l'esito dell'accertamento e le relative decisioni.

Nel caso in cui si arrivi al ricorso per non accettazione da parte delle decisioni comunicate a fronte dei reclami, sarà responsabilità del Legale Rappresentante dell'**Ente** gestire tutte le attività e intraprendere tutte le azioni necessarie a tutelare l'immagine e la reputazione dello stesso. Per questo la risoluzione è demandata ad un collegio arbitrale composto da tre membri, nominati uno (esperto nel settore) da ciascuna delle due parti contendenti ed il terzo con funzioni di Presidente, nominato in accordo dagli altri due arbitri.

In mancanza di accordo, il contenzioso sarà demandato al Presidente del tribunale di Milano.

Le spese sostenute sono interamente a carico della parte soccombente. Il foro competente è quello di Milano.

## 13. USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO

L'**Organizzazione** una volta ricevuto il Certificato e il relativo logo da parte dell'**Ente**, ha il diritto di dare pubblicità all'ottenimento della certificazione del proprio Sistema di Gestione nei modi che ritiene più opportuni, purché sia fatto sempre corretto riferimento all'oggetto e ai limiti della certificazione ottenuta. La certificazione è rilasciata all'**Organizzazione** limitatamente alla norma, alle attività certificate e ai siti (unità operative) riportati nel certificato e non è trasferibile o estendibile ad altre unità o attività. L'utilizzo del logo e del certificato e la loro diffusione, devono essere riferite esclusivamente ai servizi/prodotti oggetto degli audit effettuati e alle certificazioni di conformità rilasciate dall'**Ente**. Il logo di certificazione può essere utilizzato su documenti, cancelleria, materiale pubblicitario, pubblicazioni, presentazioni, carta intestata, biglietti da visita, siti web, fatture, DDT, cartelli ed insegne dell'Organizzazione, mezzi e veicoli aziendali. Tale utilizzo deve essere sempre abbinato con il marchio e/o ragione sociale dell'Organizzazione certificata evidenziando eventuali aspetti non coperti dalla certificazione in possesso. Tale facoltà non può essere trasferita a terzi. In caso di utilizzo del logo di certificazione sui siti web non è possibile riportare il link del sito dell'**Ente**.

## **Caratteristiche generali del logo:**

- il logo può essere ingrandito o ridotto purché ne vengano rispettate le proporzioni e il colore (Codici Pantone: Pantone Black C e Pantone 1945 C) e ne venga assicurata la perfetta leggibilità;
- l'utilizzo del logo non deve poter dare adito ad errate interpretazioni, in particolare non deve poter essere confuso con un marchio di certificazione di prodotto, non deve pertanto essere apposto su prodotti né su loro imballi primari (imballi in diretto contatto con il prodotto); il logo non deve essere apposto su certificati e rapporti di prova, analisi o taratura emessi dai laboratori;
- l'utilizzo del logo deve immediatamente cessare nel caso di decadenza, sospensione o revoca della certificazione; in tali casi l'organizzazione deve provvedere all'eliminazione dello stesso da tutti i documenti sui quali era stato riportato.

Per i settori accreditati il certificato riporterà anche il logo dell'ente di accreditamento Accredia che potrà essere utilizzato dall'**Organizzazione** nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Accredia per l'utilizzo del logo RG-09 revisione vigente. Per Maggior chiarezza si riporta, nel paragrafo successivo, stralcio del Regolamento Accredia.

### **13.1 Stralcio Regolamento Accredia per l'Utilizzo del Logo (OdC = Ente)**

*"È consentito l'utilizzo del Marchio ACCREDIA, congiuntamente a quello dell'OdC, su carta intestata e documenti in genere (ad eccezione di qualsiasi documentazione tecnica riguardante i prodotti realizzati) o su beni e mezzi strumentali utilizzati per la realizzazione dei processi rientranti nell'ambito del sistema di gestione certificato (quali veicoli commerciali, edifici, nonché camici e tute da lavoro e simili) ad esclusione degli oggetti che si configurano come prodotti oggetto di specifica certificazione, specie se cogente o regolamentata (macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale, ecc..).*

*Per utilizzi su beni e mezzi strumentali, l'abbinamento dei due Marchi deve essere completato con l'aggiunta di una dizione del tipo Organizzazione con sistema di gestione certificato (per esempio qualità, ambiente), nome del CAB e norma applicabile ...*

*I rapporti di prova e/o certificati di taratura emessi da Laboratori e/o i rapporti di prove valutative emessi da un PTP e/o documenti associati ad un materiale di riferimento emessi da un RMP, il cui sistema di gestione per la qualità sia stato certificato da un OdC di sistema di gestione aziendale non devono mai riportare il Marchio dell'OdC con o senza il riferimento all'eventuale accreditamento dell'OdC medesimo.*

*Per i rapporti di prova emessi da Laboratori di prova, i certificati di taratura emessi da Laboratori di taratura, i rapporti di prove valutative emessi da PTP, i documenti associati ad un materiale di riferimento emessi da RMP, e i relativi documenti di offerta, è consentito l'utilizzo della sola dizione Organizzazione con sistema di gestione certificato, indicando il tipo di sistema di gestione (per esempio qualità, ambiente) e la norma applicabile. ...*

*Nel caso di certificazione di servizi, è consentita l'apposizione del Marchio ACCREDIA, abbinato a quello dell'OdC (o soluzione equivalente rappresentata dalla scritta di cui al Par. 6.3), sui mezzi strumentali utilizzati per la fornitura del servizio, con l'aggiunta della dizione "servizio certificato".*

*Nel caso di servizi solo parzialmente certificati, la dizione deve essere integrata con le necessarie limitazioni ("... limitatamente a ..."). L'abbinamento dei due Marchi (o soluzione equivalente) su documenti tecnici, cataloghi e materiale pubblicitario deve essere posto esclusivamente in corrispondenza dei prodotti/servizi rientranti nello scopo di accreditamento.*

*Per l'utilizzo del Marchio ACCREDIA congiunto a quello dell'OdC (o soluzione equivalente), nel caso di certificazione di prodotti, il Regolamento dell'OdC deve prevedere i casi in cui le dimensioni del prodotto e dell'imballaggio/confezione non consentano il rispetto dei vincoli dimensionali ...*

*Non è consentito l'utilizzo del Marchio ACCREDIA, né del marchio dell'OdC, né, tantomeno, del marchio congiunto, in alcun tipo di documentazione tecnica che possa richiamare in qualche modo il prodotto, quando l'Organizzazione è in possesso di un Sistema di gestione certificato (es.: dichiarazioni di conformità ai fini della marcatura CE, certificati di collaudo, ecc..). ... "*

## **14. INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 E DELL'ART. 14 DEL REG. UE 2016/679**

L'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 è consultabile su sito [www.dimitto.com](http://www.dimitto.com) sezione download o su richiesta ai nostri uffici.

## **15. DIRITTI E DOVERI DELL'ENTE**

### **15.1 Modifiche al regolamento**

È facoltà dell'**Ente** modificare o aggiornare il presente documento, anche a seguito di modifiche del documento normativo di riferimento, imposte dagli Enti di Accreditamento, o in base alle procedure interne di certificazione.



L'Ente darà comunicazione delle modifiche all'**Organizzazione** che, qualora non intenda conformarsi, avrà la facoltà di rinunciare al contratto entro 15 giorni successivi a detta comunicazione.

Copia aggiornata del presente regolamento è reperibile sul sito [www.dimitto.com](http://www.dimitto.com).

## **15.2 Causa di forza maggiore**

L'Ente sarà esentato dagli obblighi derivanti dal contratto stipulato con l'**Organizzazione** e non sarà ritenuto responsabile in nessun modo, qualora non dovesse essere in grado di adempiere ai propri impegni a causa di circostanze ragionevolmente imprevedibili.

## **15.3 Obblighi dell'Ente**

Nel caso in cui l'Ente venga a conoscenza, tramite atti ufficiali o organi di stampa, di vicende imputabili alle organizzazioni proprie clienti che rivelino violazioni di norme di legge, confermate o ipotizzate, pertinenti allo scopo di certificazione, dovrà mettere in atto un riesame formale e documentato, registrare le motivazioni delle eventuali azioni intraprese e informare Accredia dell'accaduto. Accredia potrà richiedere ulteriori informazioni e dettagli, astenendosi in ogni caso dal richiedere dati giudiziari, come previsto dalle disposizioni vigenti in tema di privacy.

## **16. DIRITTI E DOVERI DELL'ORGANIZZAZIONE**

La certificazione rilasciata dall'Ente sul sistema di gestione non solleva l'azienda dagli obblighi di legge derivanti dai processi e servizi forniti e dagli obblighi contrattuali verso i propri clienti. In particolare, si ricorda che nessuna responsabilità può essere sollevata all'Ente per inadempienze legislative.

L'Ente non è responsabile di inadeguatezze o danni di alcun tipo provocati dall'attività dell'**Organizzazione** o dai suoi prodotti, processi o servizi. Le modifiche organizzative e strutturali che l'**Organizzazione** fa per accedere alla certificazione sono esclusiva responsabilità dell'**Organizzazione** stessa. Si precisa che il rilascio di un certificato per un sistema di gestione non corrisponde all'attestazione della conformità legislativa, né che il ruolo degli Auditor è regolatorio.

### **16.1 Modifiche al Sistema di Gestione dell'Organizzazione**

Durante il periodo di validità della certificazione rilasciata, l'**Organizzazione** deve notificare per iscritto all'Ente (via fax, lettera o e-mail) ogni modifica sostanziale (organizzativa e/o documentale) del suo Sistema di Gestione, descrivendo la natura e la portata dei cambiamenti effettuati.

In caso di procedure concorsuali volontarie o coatte amministrative, l'**Organizzazione** deve darne comunicazione all'Ente entro 10gg lavorativi. In ipotesi di amministrazione controllata con prosecuzione dell'attività, l'Ente potrà subordinare il mantenimento della certificazione all'effettuazione di audit supplementare.

In caso di gravi incidenti ambientali o infortuni sul lavoro l'**Organizzazione** deve darne comunicazione all'Ente entro 10gg lavorativi. In tal caso l'Ente può decidere di effettuare un audit straordinario per verificare l'assenza di rischi ambientali e/o per la sicurezza e salute ed il ripristino di condizioni accettabili di sicurezza.

L'Ente ha facoltà di sospendere o revocare la certificazione in caso di esito negativo di tale verifica.

### **16.2 Osservatori ed Ispettori degli Enti di Accreditamento**

Allo scopo di accertare che le modalità di valutazione adottate dall'Ente siano conformi alle norme di riferimento, Accredia (Ente di Accreditamento), garante delle certificazioni emesse può richiedere:

- la partecipazione di suoi osservatori agli audit effettuati dall'Ente. L' **Organizzazione** deve consentire l'accesso ai propri locali agli auditor dell'Ente, agli eventuali osservatori o esperti tecnici nonché agli ispettori di Accredia in accompagnamento all'Ente, ed assisterli durante gli audit, anche se comunicati con preavviso minimo
- l'effettuazione di visite presso l'Organizzazione certificata, direttamente con proprio personale. L'**Organizzazione** deve consentire l'eventuale visita condotta direttamente dal personale Accredia. La partecipazione di osservatori agli audit e/o l'eventuale visita condotta direttamente dal personale Accredia, è preventivamente concordata con breve preavviso (di norma 7 giorni) tra l'Ente e l'**Organizzazione**. Qualora l'Organizzazione non conceda il

proprio benessere, la validità del certificato verrà sospesa per un massimo di 3 mesi. Trascorsi i 3 mesi, in assenza di benessere alla verifica, la sospensione si trasformerà in revoca. L'Organizzazione dovrà mettere a disposizione di Accredia tutta la documentazione dei precedenti audit effettuati dall'**Ente**.

Le modalità di accertamento utilizzate da Accredia sono riportate nei relativi regolamenti e/o comunicazioni/circolari disponibili sul sito web [www.accredia.it](http://www.accredia.it).

L'Organizzazione può invitare ad assistere agli audit propri osservatori (come i consulenti) a condizione che essi rispettino il ruolo di osservatore e non intervengano in modo attivo nel processo di audit.

### **16.3 Obbligo di informazione sui procedimenti legali**

L'**Organizzazione** deve informare l'**Ente**, entro 10gg lavorativi a mezzo fax, lettera raccomandata o posta certificata, di inadempienze legislative segnalate dalla pubblica autorità relative a, violazioni di leggi, disposizioni regolamentari e procedimenti giudiziari per responsabilità o violazioni di leggi relative al prodotto/servizio per cui è stata rilasciata la certificazione. Tale obbligo si estende, in caso di incidenti e/o infortuni e/o malattie professionali riconosciute, per le **Organizzazioni** che hanno un sistema di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro certificate. Per le imprese certificate ISO 37001, per maggiori dettagli si rimanda al §18.3 del presente regolamento.

In questi casi, l'**Ente** effettua un'indagine che potrà comportare Audit Straordinari sul Campo, così come definito al §4.12. A conclusione dell'indagine, l'**Ente** adotterà i seguenti provvedimenti:

- chiusura della valutazione con archiviazione;
- intensificazione delle verifiche (§4.11);
- sospensione della certificazione (§9);
- revoca (§10).

## **17. PRESCRIZIONI AGGIUNTIVE PER IL SETTORE EA 28 SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 – ORGANIZZAZIONI OPERANTI IN ITALIA**

Il paragrafo si applica alle certificazioni rilasciate in Italia per i Sistemi di Gestione Qualità in conformità alla ISO 9001, nel settore EA 28, in ottemperanza ai requisiti contenuti nel Regolamento Accredia RT-05 "Prescrizioni per la valutazione e la certificazione dei sistemi di gestione per la qualità delle imprese di costruzione ed installazione di impianti e servizi (sett. EA 28)", ultima versione applicabile, disponibile sul sito [www.accredia.it](http://www.accredia.it).

### **17.1 Scopo di certificazione**

Lo scopo di certificazione deve fare riferimento esclusivamente ai processi realizzativi su cui l'**Organizzazione** ha dato evidenza di operare nel momento della verifica, attraverso valutazione di cantieri e/o evidenze documentali, infatti è possibile considerare nell'oggetto della certificazione anche i processi realizzativi che l'**Organizzazione** dimostra di aver correttamente eseguito in passato (a condizione che la realizzazione non sia conclusa da oltre 3 anni).

L'oggetto del certificato deve essere formulato secondo i criteri di cui sopra, utilizzando le Macro-tipologie complesse e affini, individuate nell'Allegato 1 del Regolamento Tecnico Accredia RT-05 riportate alla fine del presente punto.

La terminologia da utilizzare sarà sintetica e limitata a quanto effettivamente oggetto di verifica.

**ALLEGATO 1: TABELLA FORMULAZIONE SCOPI DI CERTIFICAZIONE**

MACROTIPOLOGIA	NACE	PROCESSO REALIZZATIVO (PER) AFFINITÀ		TIPOLOGIA DI OPERE	ESEMPI SCOPO IN PRIMA CERTIFICAZIONE	
		COMPLESSE	AFFINI E COERENTI		PROCESSO REALIZZATIVO DA CAMPIONARE IN CANTIERE	PROCESSO REALIZZATIVO DA CAMPIONARE DOCUMENTALMENTE
Opere di costruzione di ingegneria edile, inclusi beni immobili sottoposti a tutela	41	COSTRUZIONE	RISTRUTTURAZIONE MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edifici residenziali</li> <li>• Industriali (fabbriche, officine, capannoni)</li> <li>• Carceri</li> <li>• Ospedali</li> <li>• Scuole</li> <li>• Caserme</li> <li>• Uffici</li> <li>• Teatri</li> <li>• Stadi</li> <li>• Stazioni ferroviarie e metropolitane</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Edificio residenziale o industriale o carcere o ospedale o scuola o caserma o ufficio o teatro o stadio o stazione ferroviaria/metropolitana	RISTRUTTURAZIONE O MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
	41	RESTAURO	RISTRUTTURAZIONE MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edifici residenziali</li> <li>• Edifici storici</li> <li>• Chiese</li> <li>• Teatri</li> <li>• Stazioni ferroviarie</li> <li>• etc...</li> </ul>	RESTAURO E MANUTENZIONE DI beni immobili sottoposti a tutela ai sensi delle disposizioni in materia di beni culturali e ambientali	MANUTENZIONE DI beni immobili sottoposti a tutela
Opere infrastrutturali per la mobilità e opere d'arte nel sottosuolo	42.1	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strade*</li> <li>• Autostrade*</li> <li>• Ponti*</li> <li>• Viadotti*</li> <li>• Ferrovie*</li> <li>• Linee tranviarie*</li> <li>• Metropolitane*</li> <li>• Funicolari*</li> <li>• Piste aeroportuali* (* e relative opere complementari)</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Strade o autostrade o ponti o viadotti o ferrovie o linee tranviarie, metropolitane, funicolari o piste aeroportuali	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
	42.1	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallerie naturali</li> <li>• Trafori</li> <li>• Passaggi sotterranei</li> <li>• Tunnel</li> <li>• etc.</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Gallerie naturali, trafori, passaggi sotterranei, tunnel, etc...	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
Opere per la produzione di energia elettrica	42.2	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianti per la produzione di energia elettrica</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Impianti per la produzione di energia elettrica	MANUTENZIONE DI Impianti per la produzione di energia elettrica
	42.2	INSTALLAZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianti per la trasformazione alta/media tensione</li> <li>• Impianti per la distribuzione di energia elettrica in corrente</li> </ul>	INSTALLAZIONE DI Impianti per la trasformazione alta/media tensione e per la distribuzione di energia elettrica in corrente	MANUTENZIONE DI una tipologia di impianti fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
Opere idrauliche a rete, marittime e fluviali, inclusa la costruzione di dighe (togliere la parte non applicabile)	42.2	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquedotti</li> <li>• Gasdotti</li> <li>• Oleodotti</li> <li>• Opere di irrigazione e di evacuazione</li> </ul>	COSTRUZIONE DI acquedotti, gasdotti, oleodotti, opere di irrigazione e di evacuazione	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
	42.9	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dighe</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Dighe	MANUTENZIONE DI Dighe
	42.9	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dragaggi</li> <li>• Porti</li> <li>• Moli</li> <li>• Banchine</li> <li>• Pennelli</li> <li>• Piattaforme</li> <li>• Pontili</li> <li>• Difese costiere</li> <li>• Scogliere</li> <li>• Condotte sottomarine.</li> </ul>	COSTRUZIONE, ESECUZIONE DI Dragaggi, porti, moli, banchine, pennelli, piattaforme, pontili, difese costiere, scogliere, condotte sottomarine	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
	42.9	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canali navigabili</li> <li>• Bacini di espansione</li> <li>• Sistemazione delle foci</li> <li>• Consolidamento alvei/argini</li> <li>• Sistemazione idraulica</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Canali navigabili, bacini espansione, sistemazione foci, consolidamento alvei, argini sistemazione idraulica	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
Impianti tecnologici termo-fluidi (idraulici, di riscaldamento, condizionamento, gas, antincendio) elettrici-elettronici (elettrici, telefonici, radiotelevisivi, reti dati)	43.2	INSTALLAZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianti</li> <li>• Elettrici</li> <li>• Elettronici</li> <li>• Idraulici</li> <li>• Di riscaldamento</li> <li>• Di condizionamento</li> <li>• A gas</li> <li>• Antincendio</li> </ul>	INSTALLAZIONE DI Impianti elettrici, elettronici, idraulici, di riscaldamento, condizionamento, gas, antincendio	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
Opere di riqualificazione ambientale	43.9	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opere ed impianti di bonifica e protezione ambientale</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Opere ed impianti di bonifica e protezione ambientale	MANUTENZIONE DI una tipologia di opere fra quelle non verificate in cantiere e presenti nel campo di applicazione
	43.9	COSTRUZIONE	MANUTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opere di ingegneria naturalistica</li> </ul>	COSTRUZIONE DI Opere di ingegneria naturalistica	MANUTENZIONE DI Opere di ingegneria naturalistica

## 17.2 Attività operative e tempi di audit

Al fine di valutare con esattezza i tempi di audit è necessario in fase di riesame della domanda verificare il numero degli addetti, compreso i subappaltatori, dichiarati dall'Organizzazione, mediante calcolo del rapporto tra il fatturato medio dell'impresa dell'ultimo triennio, riferito allo scopo di certificazione, ed il reddito pro-capite di riferimento del settore determinato convenzionalmente nella misura di € 120.000 per le opere di costruzioni generali e di € 170.000 per le opere impiantistiche.

**Valutazione Iniziale (Fase 1 + Fase 2)** – L'audit deve essere effettuato sia in sede che in cantiere, i tempi saranno valutati ed eventualmente incrementati in funzione del numero dei cantieri, della loro ubicazione, della loro complessità e delle evidenze documentali da reperire. Nei tempi di audit è possibile verificare un cantiere operativo e analizzare due evidenze documentali, o in alternativa due cantieri operativi (per ulteriori cantieri o ulteriori analisi documentali è necessario aumentare i tempi di audit). Lo scopo di certificazione deve fare riferimento esclusivamente ai processi realizzativi su cui l'Organizzazione intestataria ha dato evidenza di operare al momento dell'audit di certificazione, attraverso valutazione di cantieri e/o evidenze documentali. Se in uno stesso cantiere sono effettuate lavorazioni significative riconducibili a più processi realizzativi, l'audit presso quel cantiere può essere ritenuto valido per coprire il loro insieme. Nella valutazione iniziale non è possibile rilasciare certificazioni in assenza di verifiche in cantiere.

La scelta dei cantieri e delle evidenze documentali da sottoporre a verifica ispettiva iniziale e relativi aspetti logistici saranno definiti dall'Ente in occasione del riesame della domanda e dell'emissione dell'offerta per le attività di certificazione. A tal proposito l'Ente richiede l'elenco delle commesse (comprensivo di tutte le informazioni quali durata, importo e tipologia dei lavori), ricadenti nel campo di applicazione, gestite e/o in gestione nell'ultimo triennio.

Eventuali scostamenti significativi circa la disponibilità di cantieri attivi rispetto alla previsione iniziale, saranno valutati dall'Ente che provvederà alla ri-pianificazione delle attività, lasciando adeguate evidenze delle decisioni assunte nel Piano di Audit o nel Rapporto di Audit. Si precisa inoltre che:

- Nel corso della verifica iniziale deve essere valutato almeno un cantiere operativo e significativo
- Una macro-tipologia non può essere verificata mediante l'utilizzo di evidenze documentali
- Un processo realizzativo può essere verificato mediante l'utilizzo di evidenze documentali in accordo all'RT05
- La verifica in cantiere di un'attività complessa (es. costruzione), consente di inserire nello scopo del certificato attività affini e coerenti (es. ristrutturazione, manutenzione) solo a seguito di valutazione di evidenze documentali.

**Sorveglianze periodiche** – L'audit di sorveglianza annuale dovrà prevedere almeno un audit in cantiere/sito, in modo che, nell'arco di tempo di validità della certificazione (le 2 verifiche di sorveglianza e l'audit di rinnovo), tutti i processi realizzativi rientranti nello scopo di certificazione siano sottoposti a verifica. Data la particolarità del settore e per tener conto di eventuali periodi d'inattività delle imprese coinvolte, le sorveglianze possono essere anticipate/posticipate fino a + tre mesi. In caso di prima sorveglianza dopo Fase 2 tale posticipo è consentito per le sole attività di cantiere, mentre la verifica in sede dovrà essere effettuata nei tempi prestabiliti.

In ogni sorveglianza, al fine di rendere più efficace l'audit, uno o più processi realizzativi possono essere verificati anche attraverso l'utilizzo di evidenze documentali (§ 17.3) In caso di accertata assenza di cantieri attivi in Italia e all'estero e limitatamente ad una sola possibilità nell'arco del triennio di validità del certificato, è possibile effettuare l'audit di sorveglianza nei tempi sopra indicati, verificando i processi realizzativi mediante evidenze documentali che possano assicurare la funzionalità ed efficacia del SGQ (§ 17.3).

In caso di accertata assenza cantieri in Italia e all'estero il Legale Rappresentante dell'Organizzazione deve darne comunicazione formale all'Ente mediante dichiarazione firmata dal Legale Rappresentante dell'azienda con la seguente clausola:

*"Il sottoscritto, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono*

*reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua responsabilità dichiara che i fatti, stati e qualità riportati nella presente comunicazione corrispondono a verità”.*

**Rinnovo della Certificazione** – L’audit di rinnovo dovrà prevedere almeno un audit in cantiere/sito per un processo realizzativo di cui allo scopo di certificazione. L’Ente richiederà l’elenco delle commesse ricadenti nel campo di applicazione, gestite e/o in gestione nell’ultimo triennio.

I criteri da seguire in occasione del rinnovo delle certificazioni sono:

- l’audit deve essere effettuato in sede ed in cantiere.
- I tempi di audit sono calcolati sulla base del documento IAF MD 5, considerando l’organico complessivo dei lavoratori dell’Organizzazione (compresi i subappaltatori) ed eventualmente incrementati in funzione della complessità dei cantieri da verificare;
- la verifica in cantiere di un’attività complessa (es. costruzione), consente di mantenere nello scopo del certificato attività affini e coerenti (es. ristrutturazione) solo a seguito di valutazione di evidenze documentali.

Nel caso di rinnovo avvenuto dopo la scadenza della certificazione, l’Ente potrà ripristinare la medesima entro sei mesi, comunicando nella banca dati di ACCREDIA la data effettiva corrispondente o successiva alla presa decisione di rinnovo (cioè la data di riattivazione del certificato), mentre la data di scadenza resterà quella basata sul ciclo di certificazione precedente.

In caso di assenza cantieri operativi in occasione del periodo previsto per la verifica di rinnovo, sarà effettuata comunque la verifica in sede, nei tempi previsti (entro la scadenza del certificato), valutando i documenti di registrazione di cantiere. Ad esito positivo della verifica potrà essere proposto il rilascio del rinnovo della certificazione, subordinandolo ad una verifica di follow-up da effettuarsi appena l’Organizzazione avrà comunicato l’avvio di attività di cantiere e comunque entro 6 mesi dal rinnovo della certificazione. Alla scadenza dei 6 mesi concessi per effettuare il follow-up, prima di procedere con la revoca del certificato, si dovrà procedere con una sospensione per un periodo non superiore ad 1 mese. Si precisa che per confermare lo scopo di certificazione, per ciascuna macro-tipologia, i processi realizzativi relativi ad attività complesse, devono essere stati oggetto di verifica almeno due volte in un cantiere operativo. È possibile valutare, nei casi di mancanza di nuove commesse in essere per la specifica macro-tipologia, un’evidenza documentale in sostituzione di un cantiere operativo, nel periodo che intercorre dalla certificazione iniziale al rinnovo o dal rinnovo al rinnovo successivo.

### **17.3 Utilizzo di evidenze documentali**

L’utilizzo delle evidenze documentali è consentito a condizione che la realizzazione non sia conclusa da oltre 3 anni.

Un’evidenza documentale può essere utilizzata solo nei casi in cui i lavori siano stati ultimati o parzialmente eseguiti, non risulta altresì applicabile nei casi di cantieri non ancora avviati. Un’evidenza documentale non può essere utilizzata nei casi di richiesta di estensione del campo di applicazione della certificazione. L’estensione di un processo realizzativo può essere concessa solo a seguito di verifica in un cantiere operativo e significativo.

### **17.4 Criteri per la redazione e gestione dei certificati di conformità**

Per l’utilizzo delle certificazioni UNI EN ISO 9001 ai fini del sistema di qualificazione previsto dal D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. e Linee Guida ANAC applicabili, non ha rilevanza su quale tipologia di commesse (categorie e classifiche) il sistema di gestione per la qualità sia stato valutato e certificato, ma ha rilevanza che lo stesso sistema si riferisca agli aspetti gestionali dell’impresa nel suo complesso ed abbia pertanto la possibilità di essere applicato a tutti i processi realizzativi dell’impresa di costruzione in quanto tale. Non è necessaria la corrispondenza tra le qualificazioni (SOA) possedute dalle imprese certificate e le attività inserite nello scopo della certificazione rilasciata ai sensi della UNI EN ISO 9001.

In riferimento al processo di progettazione si precisa quanto segue:

- può essere inserito nello scopo del certificato qualora l’Organizzazione dimostri di possedere le competenze e le risorse, interne e/o in outsourcing, previste dalle norme e Leggi applicabili;

- qualora l'attività di progettazione sia svolta per conto di Soggetti terzi, il relativo processo dovrà essere attribuito al settore merceologico IAF 34.

Nel Certificato, oltre all'indicazione delle date di prima emissione, emissione corrente e data di scadenza, saranno riportate le seguenti diciture:

- ✓ *"Per informazioni puntuali e aggiornate circa eventuali variazioni intervenute nello stato della certificazione di cui al presente certificato, si prega di contattare il n. telefonico ..... o indirizzo e-mail ....."*.
- ✓ *"Sistema di gestione per la qualità conforme alla Norma ISO 9001 valutato secondo le prescrizioni del Regolamento Tecnico RT-05"*.
- ✓ *"La presente certificazione si intende riferita agli aspetti gestionali dell'impresa nel suo complesso ed è utilizzabile ai fini della qualificazione delle imprese di costruzione ai sensi dell'articolo 84 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. e Linee Guida ANAC applicabili"*.

Nel caso di delibera di rinnovo entro sei mesi dalla scadenza, se si vuole mantenere la storicità del certificato riportando anche la data di emissione iniziale, è necessario indicare sul certificato anche il periodo in cui il certificato era scaduto e quindi non valido.

In caso di revoca del certificato l'Ente è tenuto a darne comunicazione entro cinque giorni a:

- Accredia
- SOA (per le Organizzazioni attestate)

Ogni sopravvenuta variazione, anche temporanea, dello stato della certificazione, tale da compromettere la fiducia nel buon funzionamento del sistema certificato (quali sospensioni dovute a gravi carenze del sistema stesso, modifiche dello scopo ecc...) verranno comunicate ad Accredia.

### **17.5 Precisazioni in merito alla certificazione dei consorzi operanti negli appalti pubblici**

Il presente capitolo fornisce indicazioni in merito alle modalità operative da adottare, per la definizione del settore IAF da riportare sul certificato e per la gestione delle pratiche di certificazione, in caso di certificazione di Consorzi operanti negli appalti pubblici. A tal proposito si richiamano qui di seguito le disposizioni di legge vigenti sul territorio italiano.

In particolare, considerato quanto previsto nel D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017:

- art. 84 "Sistema unico di qualificazione degli esecutori di lavori pubblici";
- art. 45 "Operatori economici";
- art. 47 "Requisiti per la partecipazione dei consorzi alle gare".

I certificati saranno attribuiti al settore IAF 35 e non al settore IAF 28. Tuttavia, è ammissibile attribuire al settore IAF 28 lo scopo di certificazione dei soggetti giuridici, di cui all' art. 45 del D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017, laddove si configurino le seguenti condizioni:

- a) il consorzio realizza direttamente con mezzi propri e/o subappalti i lavori pubblici dei quali si assume la responsabilità complessiva della buona esecuzione, nei confronti della Stazione Appaltante (es. Scopo di certificazione: progettazione e costruzione di ...);

oppure

- b) il consorzio realizza i lavori pubblici, dei quali si assume la responsabilità complessiva della buona esecuzione, nei confronti della Stazione Appaltante, mediante assegnazione della commessa ad associate, secondo le modalità consortili previste per legge, dotate di un sistema di gestione certificato, esplicitando formalmente questa scelta/vincolo nel Manuale e nello specifico sistema di gestione (opzione finalizzata a stimolare e valorizzare la qualificazione dei soci, prevalentemente adottata dai consorzi di maggiore tradizione e dimensione, con soci più evoluti). Si precisa che in questo caso il certificato non potrà essere attribuito primariamente al settore IAF 28, bensì al settore IAF 35 e solo come settore secondario al settore EA 28, stanti le disposizioni di legge vigenti di cui sopra (es. Scopo di certificazione: acquisizione e gestione di commesse aventi per oggetto la progettazione e la realizzazione, da parte dei Soci assegnatari, di ....).

Fatto salvo quanto scritto in merito al settore cui attribuire il certificato, laddove si configuri la situazione descritta al caso b), è necessario distinguere tra le seguenti modalità operative:

*caso B1)* il consorzio assegna esclusivamente ad associate con SGQ certificato: la durata degli audit sarà definita sulla base del numero di addetti dedicati all'attività tipicamente consortile. Non vengono previsti audit presso i cantieri assegnati alle associate con SGQ certificato, in quanto già verificati dagli Organismi di Certificazione che abbiano rilasciato la certificazione alle consorziate;

*caso B2)* il consorzio non si impegna ad assegnare esclusivamente ad associate con SGQ certificato: il sistema di gestione implementato prevede le modalità di applicazione del sistema alle commesse affidate ai soci e le modalità di controllo dell'applicazione da parte del Consorzio. La durata degli audit sarà definita in base al numero di addetti dedicati all'attività consortile, ed è necessario svolgere audit presso i cantieri assegnati alle associate, per verificare la conformità e l'efficacia dei servizi (esempio: predisposizione piano della qualità, gestione NC e AC/AP, audit qualità e sorveglianza tecnica sui cantieri) erogati dal consorzio alle associate non certificate al fine di garantire il rispetto del SGQ nella fase di erogazione del servizio.

## **17.6 Precisazioni in merito alla qualificazione dei contraenti generali**

*Modalità di emissione dei certificati relativi alla qualificazione di Organizzazioni che operano come Contraenti Generali*

La certificazione del sistema di gestione per la qualità aziendale dei Contraenti Generali deve essere riferita agli aspetti gestionali del Contraente Generale nel suo complesso, in relazione alle attività svolte ai sensi del TITOLO III "CONTRAENTE GENERALE" del D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017. I certificati dovranno fare riferimento alle effettive attività svolte dal Contraente Generale, le situazioni possibili sono:

- il Contraente Generale svolge solamente attività di gestione: il certificato dovrà riportare come primario il settore EA 35 e come settore secondario il settore IAF 28 (stante le disposizioni di legge vigenti e le implicazioni connesse con la partecipazione a gare di appalto pubbliche)
- il Contraente Generale svolge attività di gestione e realizzazione direttamente con mezzi propri e/o tramite subappalto delle attività di Progettazione e Costruzione, Direzione Lavori, Collaudo, Verifica dei Progetti ai fini della Validazione, delle quali il Contraente Generale si assume la responsabilità complessiva della buona esecuzione: il certificato dovrà riportare come primario il settore IAF 35 e come secondari i settori IAF 28 e IAF 34 (stante le disposizioni di legge vigenti e le implicazioni connesse con la partecipazione a gare di appalto pubbliche).

In tutti i casi il certificato di SGQ riporterà la dicitura: "Gestione delle attività di contraente generale svolte ai sensi del TITOLO III del D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017 e s.m.i." e, in calce al certificato, la seguente dichiarazione: "La presente certificazione si intende riferita agli aspetti gestionali dell'impresa nel suo complesso ed è utilizzabile ai fini della qualificazione dei contraenti generali ai sensi dell'art. 197 del D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017 e s.m.i.".

*Modalità da adottarsi per la certificazione delle Organizzazioni che intendono acquisire la qualificazione come Contraenti Generali*

Nel caso di Organizzazioni che non risultano ad oggi certificate o che non abbiano precedentemente operato come Contraenti Generali, si procederà con le procedure standard di certificazione valutandone la conformità secondo la ISO 9001 e conferendo alla stessa quei settori quali IAF 35, 28, 34 solo se sarà possibile verificare in sede di audit i relativi processi.

Sarà possibile, inoltre, riportare i riferimenti al D. Lgs. 50/2016 coordinato con il correttivo D. Lgs. 56/2017 e s.m.i. secondo le disposizioni di cui al precedente paragrafo B1, solamente nel caso in cui l'Organizzazione avrà dato evidenza di aver predisposto idonea documentazione e procedure atte a poter operare come Contraente Generale.

A seguito di successiva acquisizione di una commessa relativa alla gestione delle attività di cui al Contraente Generale, l'Organizzazione dovrà tenere prontamente aggiornato l'OdC, che dovrà eseguire una specifica verifica atta ad accertare

la corretta applicazione delle procedure adottate. Qualora nell'arco di un triennio di certificazione l'Organizzazione non avrà dato evidenza di quanto al precedente punto, la parte di scopo e i riferimenti relativi alle attività di cui al Contraente Generale verranno a decadere.

## **18 PRESCRIZIONI AGGIUNTIVE PER LA CERTIFICAZIONE DI SISTEMI GESTIONE ANTICORRUZIONE**

### **18.1 Generalità**

Il presente paragrafo definisce requisiti aggiuntivi e specifici per la certificazione dei Sistemi di Gestione Anticorruzione, rilasciati in conformità alla norma ISO 37001 edizione vigente. L'Ente rilascia la certificazione in accordo ai requisiti della norma ISO 37001 ad **Organizzazioni** che ne fanno richiesta, e il cui sistema di gestione viene riconosciuto conforme ai requisiti previsti dalla norma ISO 37001.

### **18.2 Organizzazioni che possono richiedere la certificazione e possibili esclusioni**

Qualsiasi **Organizzazione** può implementare un sistema di gestione che rispetti i requisiti della norma ISO 37001 e richiederne la certificazione. Si precisa che un sistema di gestione anticorruzione conforme alla norma ISO 37001, per essere completamente operativo, oltre a quanto stabilito dal presente Regolamento, deve assicurare che:

- Sia stata determinata la dimensione, la struttura e l'autorità decisionale dell'**Organizzazione**;
- Siano stati determinati i luoghi e i settori in cui opera l'**Organizzazione**;
- Sia stata determinata la natura, la dimensione e la complessità delle attività e delle operazioni dell'**Organizzazione**;
- Sia stato determinato un modello di business dell'**Organizzazione**;
- Siano state individuate le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione anticorruzione e i loro requisiti;
- Siano stati individuati i soggetti sui quali l'**Organizzazione** ha il controllo e le entità che esercitano il controllo sulla **Organizzazione**;
- Siano stati determinati soci in affari dell'**Organizzazione**;
- Sia stata determinata la natura e la portata delle interazioni con i funzionari pubblici;
- Siano stati individuati gli obblighi e i doveri di legge, regolamentari, contrattuali e professionali applicabili.

L'**Organizzazione** deve predisporre un documento in cui è determinato lo scopo, considerando quanto previsto dai requisiti 4.1, 4.2 e 4.5 della Norma ISO 37001 e delle informazioni documentate così come previste dal punto 7.5 della Norma ISO 37001. Non è possibile escludere dal sistema di gestione siti o processi che operino nella stessa nazione, infatti la certificazione viene rilasciata ad un soggetto giuridico nella sua interezza, per tutti i suoi dipartimenti/filiali, processi e attività svolte. È possibile limitare l'applicazione a specifiche nazioni, ad esempio se un'Organizzazione ha delle sedi sia in Italia che all'estero, deve applicare la certificazione a tutti le sedi italiane, ma può escludere le sedi estere.

In questo caso potrebbe essere necessaria la valutazione di aspetti propri della casa madre, se situata all'estero, sebbene non ricompresa nello scopo del certificato.

### **18.3 Obblighi di comunicazioni da parte dell'Organizzazione certificata o in fase di certificazione**

L' **Organizzazione** certificata o in fase di certificazione deve informare, entro 10gg lavorativi, l'**Ente** in caso di coinvolgimento in situazioni critiche tali da compromettere la garanzia della certificazione (ad esempio: scandalo, crisi o coinvolgimento in procedimenti giudiziari per fenomeni corruttivi o simili; venti relativi a fenomeni di corruzione che possa aver coinvolto una o più delle sue risorse umane). L'**Organizzazione** deve inoltre comunicare le modalità di azione attuate per il contenimento degli effetti derivanti dall'evento, l'analisi delle cause, le relative azioni correttive adottate. Qualora fosse lo stesso **Ente** a reperire direttamente dal mercato informazioni circa situazioni critiche con responsabilità (scandali o procedimenti giudiziari per fenomeni corruttivi o simili) che riguardano l'**Organizzazione** certificata o in fase di certificazione, condurrà una approfondita analisi.



In questi casi, l'Ente può informare il mercato del fatto che tale **Organizzazione** è sotto osservazione, fatti salvi gli obblighi di legge e dei mercati regolamentati (per esempio **Organizzazioni** quotate in borsa).

Conclusa l'analisi l'Ente potrà:

- chiudere la valutazione con archiviazione;
- intensificare le verifiche;
- sospendere la certificazione;
- revocare la certificazione.

#### **18.4 Informazioni richieste all'Organizzazione in fase di domanda di certificazione**

In fase di richiesta offerta, (compilando il Questionario Informativo scaricabile dal sito [www.dimitto.it](http://www.dimitto.it)) l'**Organizzazione** deve fornire all'Ente, mantenendolo successivamente aggiornato, le seguenti informazioni:

- eventuale coinvolgimento, negli ultimi cinque anni, in indagini giudiziarie relative a fenomeni corruttivi;
- la quota sul fatturato derivante da contributi, compensi, fondi o finanziamenti pubblici;
- l'applicazione di eventuali misure di prevenzione e controllo dei rischi di corruzione;
- eventuale quotazione in borsa;
- partecipazione a bandi di gara nazionali o internazionali;
- possesso dei requisiti propri di un organismo di diritto pubblico.

#### **18.5 Requisiti per il rilascio/mantenimento della certificazione**

L'**Organizzazione** che intende certificarsi in conformità alla ISO 37001 deve soddisfare, inizialmente e nel tempo, sia i requisiti richiesti dalla norma di riferimento che quelli richiesti dagli Organismi di Accredimento.

In via esemplificativa e non esaustiva l'Ente verifica che l'**Organizzazione** abbia almeno:

- determinato dimensione, struttura e autorità decisionale;
- determinato luoghi e settori in cui opera;
- determinato la natura, la dimensione e la complessità delle attività e delle operazioni;
- determinato il modello di business;
- individuato le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione anticorruzione;
- individuati i soggetti sui quali ha il controllo e le entità che esercitano controllo su di essa;
- individuati i soci in affari;
- determinato la natura e la portata delle interazioni con i funzionari pubblici;
- individuati e applicati gli obblighi e i doveri di legge, regolamentari, contrattuali e professionali applicabili
- definito una policy anti-corruzione documentata, e che la stessa sia stata comunicata a tutte le parti interessate individuate;
- definito i ruoli e responsabilità del management in materia anti-corruzione;
- definito un modello di analisi del rischio per individuare i processi aziendali e le attività maggiormente esposte al rischio di reato di corruzione;
- redatto un modello organizzativo e di procedure finalizzate alla prevenzione di reati di corruzione individuati nel risk assessment;
- formato a tutti i livelli le risorse dell'Organizzazione sulle tematiche dell'anti corruzione;
- attuato opportuni controlli e due diligence in ambito finanziario, commerciale, contrattuale e sui processi di approvvigionamento;
- pianificato ed eseguito una serie di attività di reporting, monitoraggio, auditing e riesame.
- gestito, ove applicabile, delle azioni correttive e delle relative investigazioni finalizzate al miglioramento continuo.
- Definito, pianificato ed attuato azioni per il miglioramento continuo.

## **19 PRESCRIZIONI PER LA CERTIFICAZIONE DI SISTEMI GESTIONE DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI (ISMS) SECONDO LA NORMA UNI CEI ISO/IEC 27001.**

Si faccia riferimento al Regolamento RG-RSSI-IT-C00 Regolamento Certificazione ISO 27001 scaricabile dal sito [www.dimitto.com](https://www.dimitto.com) nell'area download - <https://www.dimitto.com/download/>

## **20. NOTE CONCLUSIVE**

La firma sull'offerta emessa dall'**Ente** presuppone che l'**Organizzazione** abbia letto compreso e recepito il presente regolamento, in particolare i seguenti paragrafi:

1 "Indirizzi politici"

2 "Accreditamento"

9 "Sospensione della certificazione"

10 "Revoca della certificazione"

12 "Reclami, ricorsi e contenziosi"

13 "Uso del logo e del certificato"

16 "Diritti e doveri dell'organizzazione"

17 (se del caso) "Prescrizioni aggiuntive per il settore EA 28 Sistema di Gestione ISO 9001 – Organizzazioni operanti in Italia"

18 (se del caso) "Prescrizioni aggiuntive per la certificazione di sistemi gestione anticorruzione"