

## Regolamento per la Certificazione dei Sistemi di Gestione

15	11.11.22	Adeguamento Regolamenti Accredia	RQ	RQ	DG
14	22.11.19	Adeguamento verifica documentale Accredia	RQ	RQ	DG
13	11.11.19	Risoluzioni IAF su transfer della Certificazione	RQ	RQ	DG
12	05.11.18	Adeguamento Regolamento (UE) n. 679/2016	RQ	RQ	DG
11	15.05.18	Modifica § 10	RQ	RQ	DG
10	02.01.18	Adeguamento RT05 rev.2	RQ	RQ	DG
9	10.10.16	Adeguamento 17021-1:15	RQ	RQ	DG
8	29.04.16	Inserimento § 11.5	RQ	RQ	DG
7	28.12.15	Adeguamento verifica documentale Accredia	RQ	RQ	DG
6	02.10.15	Modifica § 14	RQ	RQ	DG
5	02.12.13	Rilievi Accredia § 3	RQ	RQ	DG
4	29.10.10	Modifica § 3.8	RQ	RQ	DG
3	20.10.10	Adeguamento Accredia	RQ	RQ	DG
2	30.05.09	Rilievi Sincert	RQ	RQ	DG
1	30.05.08	Emissione	RQ	RQ	DG
Em.	Data	Descrizione	Redazione	Verifica	Approvazione

---

15	11.11.22	Adeguamento Regolamenti Accredia	RQ	RQ	DG
14	22.11.19	Adeguamento verifica documentale Accredia	RQ	RQ	DG
13	11.11.19	Risoluzioni IAF su transfer della Certificazione	RQ	RQ	DG
12	05.11.18	Adeguamento Regolamento (UE) n. 679/2016	RQ	RQ	DG
11	15.05.18	Modifica § 10	RQ	RQ	DG
10	02.01.18	Adeguamento RT05 rev.2	RQ	RQ	DG
9	10.10.16	Adeguamento 17021-1:15	RQ	RQ	DG
8	29.04.16	Inserimento § 11.5	RQ	RQ	DG
7	28.12.15	Adeguamento verifica documentale Accredia	RQ	RQ	DG
6	02.10.15	Modifica § 14	RQ	RQ	DG
5	02.12.13	Rilievi Accredia § 3	RQ	RQ	DG
4	29.10.10	Modifica § 3.8	RQ	RQ	DG
3	20.10.10	Adeguamento Accredia	RQ	RQ	DG
2	30.05.09	Rilievi Sincert	RQ	RQ	DG
1	30.05.08	Emissione	RQ	RQ	DG
Em.	Data	Descrizione	Redazione	Verifica	Approvazione

## INDICE

1. Scopo.....	4
2. Indirizzi politici.....	4
3. Riferimenti.....	5
4. Termini e definizioni.....	5
5. Trattamento dei dati personali e riservatezza.....	5
6. Condizioni generali.....	6
7. Condizioni economiche.....	6
7.1. Tariffe.....	6
7.2. Condizioni di pagamento.....	7
8. Doveri e Diritti.....	7
8.1. Doveri generali dell'organizzazione.....	7
8.2. Doveri dell'organizzazione relativi all'audit.....	8
8.3. Doveri dell'organizzazione specifici per il settore IAF28.....	8
8.4. Doveri dell'organizzazione relativi all'uso della certificazione e del marchio di Istituto Meridiana e di Accredia.....	9
8.5. Diritti dell'organizzazione.....	9
8.6. Doveri dell'Istituto Meridiana.....	9
8.7. Diritti dell'Istituto Meridiana.....	10
9. Notifica di modifica dei requisiti di certificazione.....	11
9.1. Notifica di modifiche alle norme per la certificazione dei sistemi di gestione ed ai Regolamenti Accredia.....	11
9.2. Notifica di modifiche al presente regolamento.....	11
9.3. Notifica di modifiche da parte di un'organizzazione.....	11
10. Processo di certificazione.....	12
10.1. Presentazione della domanda di certificazione e riesame.....	12
10.2. Audit di Certificazione.....	12
10.3. Audit di sorveglianza.....	16
10.4. Audit di rinnovo della certificazione.....	17
10.5. Criteri per la definizione dei cantieri da sottoporre ad audit e relative metodologie di valutazione.....	19
11. Audit Speciali.....	19
11.1. Audit di estensione del campo di applicazione della certificazione.....	19
11.2. Riduzione del campo di applicazione.....	20
11.3. Audit supplementare e straordinario.....	20
11.4. Audit con breve preavviso.....	21
11.5. Market Surveillance Visit settore IAF 28.....	21
12. Trasferimento della Certificazione.....	21
13. Cessione, fitto, conferimento di azienda/ramo d'azienda.....	22
14. Trasformazione di società e variazione di denominazione e sede.....	22
15. Certificazione di organizzazioni multisito.....	23
16. Uso del marchio e del certificato.....	24
17. Sospensione della certificazione.....	24
18. Recesso dal contratto di certificazione e rinuncia alla certificazione.....	26
19. Revoca della Certificazione.....	26
20. Ricorsi.....	27
21. Contenziosi.....	28
22. Reclami.....	28
23. Rinuncia, sospensione e revoca dell'accreditamento.....	29

**Il presente documento è di proprietà dell'Istituto Meridiana, esso non può essere riprodotto o diffuso, in parte o completamente, se non su autorizzazione scritta del Legale Rappresentante.**

## 1. Scopo

Il presente Regolamento per la Certificazione dei Sistemi di Gestione definisce le condizioni contrattuali tra le organizzazioni richiedenti la certificazione del proprio sistema di gestione e l'Istituto Meridiana. Il regolamento stabilisce le modalità per l'accesso, il rilascio, la sorveglianza, l'estensione, la riduzione, il rinnovo, la sospensione, la revoca e la pubblicità della certificazione. Insieme all'offerta economica, che definisce le condizioni economiche, costituisce il contratto di certificazione legalmente valido.

Lo scopo è quello di garantire che:

1. l'accesso alla certificazione sia aperto a tutte le organizzazioni, che ne facciano richiesta in osservanza al presente regolamento, senza che siano applicate politiche o procedure discriminatorie per impedire o limitare l'accesso alla certificazione. In particolare, al fine di evitare discriminazioni di carattere finanziario ed economico o relative alle dimensioni dell'organizzazione o all'appartenenza a particolari associazioni, l'Istituto Meridiana utilizza un tariffario in cui sono descritte le condizioni economiche applicate. L'accesso alla certificazione è, comunque precluso alle organizzazioni che hanno procedimenti giudiziari in corso;
2. i criteri con cui sono valutati i sistemi di gestione delle organizzazioni siano chiaramente definiti. Nei casi in cui per particolari caratteristiche del settore o del prodotto/servizio fornito dall'organizzazione siano necessari chiarimenti circa l'applicazione delle norme, questi saranno sviluppati da un Gruppo di Lavoro competente ed imparziale, che redigerà una Linea Guida, approvata dal Comitato Tecnico e riesaminata dal Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, e messa a disposizione di Accredia e di tutti gli interessati.

## 2. Indirizzi politici

L'Istituto Meridiana rilascia certificazione dei Sistemi di Gestione con accreditamento rilasciato da Accredia (Ente Italiano di Accreditamento – Dipartimento Organismi di Certificazione e Ispezione), con registrazione SGQ 076A i cui estremi sono disponibili sul sito [www.accredia.it](http://www.accredia.it).

Per infondere fiducia a tutte le parti coinvolte, l'Istituto Meridiana svolge la propria attività secondo i principi dell'imparzialità, competenza, responsabilità, trasparenza, riservatezza, rapida ed efficace risposta ai reclami e approccio basato sul rischio.

L'Istituto Meridiana si impegna a svolgere, con diligenza ed integrità professionale, la valutazione di conformità del sistema di gestione dell'organizzazione, rispetto alle prescrizioni della norma e dei documenti di riferimento, assicurando che le decisioni inerenti il rilascio della certificazione siano prese da persone diverse (Comitato Tecnico) da coloro che hanno condotto l'audit e a rilasciare il certificato di conformità, in caso di esito positivo del procedimento. Le attività di valutazione della conformità non devono essere compromesse da pressioni di natura commerciale, finanziaria o di altro tipo.

L'Istituto Meridiana non intende, né può assumere alcun obbligo circa l'esito positivo dell'audit di conformità e, quindi, in merito all'emissione del certificato.

L'Istituto Meridiana non svolge attività di consulenza di alcun tipo. Non assiste le organizzazioni nella realizzazione e/o mantenimento di un sistema di gestione, non offre o fornisce servizi di audit interni ai propri clienti certificati, né dispone di strutture collegate che svolgono tale attività e non certifica un sistema di gestione, per il quale ha fornito servizi di audit interni, prima di due anni dalla conclusione degli audit stessi.

L'Istituto Meridiana non certifica un sistema di gestione per il quale ha effettuato audit interni per un minimo di due anni a seguito del completamento di tali audit, né affida all'esterno attività di audit ad una società di consulenza in materia di sistema di gestione.

Le attività dell'Istituto Meridiana non sono pubblicizzate o offerte in collegamento all'attività di una società di consulenza di sistema di gestione. L'Istituto Meridiana adotterà misure per correggere affermazioni inappropriate da parte di qualsiasi soggetto che dichiari, o sottintenda, che la certificazione sarebbe più semplice, più facile, più rapida o meno costosa, qualora fosse richiesta all'Istituto Meridiana stesso e viceversa. L'Istituto Meridiana non impiega in audit o in altre attività di certificazione, nei due anni successivi alla fine della prestazione di consulenza, auditor esterni e/o interni che hanno svolto attività di consulenza sul sistema di gestione, comprese quelle che opera a livello direzionale.

L'Istituto Meridiana adotterà misure per rispondere a qualsiasi minaccia alla propria imparzialità derivante dalle azioni di altre persone, organismi o organizzazioni.

Tutto il personale dell'Istituto Meridiana, sia interno che esterno, comitati compresi hanno sottoscritto un preciso impegno di riservatezza, al fine di garantire che il loro operato si svolga in modo imparziale e libero da pressioni commerciali, finanziarie o di altra natura, che ne compromettano l'imparzialità; e si impegnano a segnalare ogni situazione a loro nota che possa costituire un conflitto d'interessi.

Qualora una relazione costituisca una minaccia inaccettabile all'imparzialità, la certificazione non viene rilasciata.

L'applicazione del presente regolamento è assicurata dal Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità. Esso è composto da membri designati da enti rappresentativi delle parti interessate alla certificazione in modo da assicurare imparzialità di giudizio senza il predominio di singoli interessi, come appresso descritto.

L'Istituto Meridiana è una società a responsabilità limitata, iscritta alla CCIAA di Benevento, quindi può assumere responsabilità legali per tutte le sue attività. Il sostegno finanziario dell'Istituto Meridiana è garantito dalle quote sociali e dai compensi percepiti a fronte delle attività erogate previste da Statuto, come è possibile leggere dal bilancio societario regolarmente depositato e sottoposto all'esame del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità. L'Istituto Meridiana ha elaborato un'opportuna analisi di ogni rischio di compromissione dell'imparzialità, impegnandosi a riesaminarla, documentandone gli esiti, motivandone le conclusioni tratte e ha redatto il un piano quinquennale, business-plan, nel quale ha pianificato il numero di certificati da rilasciare, il fatturato da realizzare, le risorse e i mezzi da impiegare, potenzialità di

sviluppo ed una valutazione economica. Tale business-plan è sottoposto al Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità che ne verifica la compatibilità e l'accettabilità rispetto ai requisiti di imparzialità ed indipendenza. Per coprire le responsabilità che derivano dalle proprie operazioni in ciascun campo di attività e delle aree geografiche in cui opera, ha stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile; e ha sottoscritto un contratto di mutuo riconoscimento con un altro organismo di certificazione accreditato Accredia, per assicurare la continuità dei contratti sottoscritti con le organizzazioni clienti.

L'Istituto Meridiana eroga anche servizi di certificazione riferiti ad attività, schemi, settori, norme di riferimento non accreditati. In questi casi le certificazioni emesse non rientrano nell'ambito di accreditamento rilasciato da Accredia all'Istituto Meridiana.

Qualora l'Istituto Meridiana ottenga successivamente l'accreditamento nel settore di attività, lo stesso provvederà a rimettere il certificato con i riferimenti dell'accreditamento.

I requisiti applicati per le attività svolte sotto accreditamento valgono comunque anche per le attività, schemi e/o settori non ancora accreditati.

Da statuto l'Istituto Meridiana può svolgere anche attività di formazione a soggetti esterni, garantendo sempre l'imparzialità e l'indipendenza delle attività erogate in conformità alla Guida IAF MD 5.

### 3. Riferimenti

La principale norma di riferimento è la UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1: ur "Valutazione della conformità - Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione".

Tutte le altre norme di riferimento applicabili sono elencate nel documento "Linea Guida delle Leggi e Norme tecniche" presente sul sito [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

In caso di difforme interpretazione valgono nell'ordine: regolamenti/leggi cogenti, prescrizioni Accredia (contrattuali), Norme Europee EN (applicate secondo l'EA/IAF) e/o ISO/IEC (applicate secondo EA/IAF), guide ISO/IEC, norme nazionali.

### 4. Termini e definizioni

Per i termini utilizzati nei documenti del sistema di gestione dell'Istituto Meridiana si rimanda alle norme ISO 17021-1: ur, ISO 9001:ur e ISO 19011:ur.

### 5. Trattamento dei dati personali e riservatezza

I dati personali direttamente forniti dall'organizzazione, ovvero tramite terzi, sono e saranno trattati dall'Istituto Meridiana in conformità al Regolamento (UE) n. 679/2016 e al D. Lgs. n.101 del 10/08/2018, al fine di assicurare un corretto svolgimento dei rapporti contrattuali con l'organizzazione stessa, sia sul piano legale sia sul piano commerciale.

L'organizzazione viene informata che, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n.101 del 10/08/2018:

1. i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'attività, saranno trattati con la massima riservatezza per consentire lo svolgimento delle attività dell'Istituto Meridiana;
2. i dati saranno registrati e conservati in archivi cartacei e/o informatici e potranno essere oggetto di trattamento anche da parte degli Organismi preposti al controllo del mercato della qualificazione delle imprese quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per il solo settore IAF 28, Autorità per la Vigilanza dei Lavori Pubblici, ANAC, Accredia, SOA, etc. e non verranno comunicati o diffusi ad altri soggetti, se non in stretta ottemperanza ad obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria e da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge;
3. il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Meridiana Srl, con sede legale in Via Cirignano (Villette Sirio), 82016 – Montesarchio (BN). Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Legale Rappresentante della società;
4. l'organizzazione potrà esercitare i propri diritti ed avere accesso ai propri dati, così come previsto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e dal D. Lgs. n.101 del 10/08/2018;
5. il mancato conferimento dei dati personali può comportare l'impossibilità da parte dell'Istituto Meridiana di gestire il rapporto con il soggetto interessato.

L'Istituto Meridiana definisce nel presente regolamento le modalità adottate per salvaguardare la riservatezza delle informazioni ottenute o derivanti dall'esecuzione delle attività di certificazione, a tutti i livelli della propria struttura (personale interno, esterno, comitati, gruppi di lavoro, fornitori di servizi e tutti coloro che operano per suo conto).

L'Istituto Meridiana informa l'organizzazione cliente in anticipo circa le informazioni che intende rendere pubbliche. Tutte le altre informazioni, tranne quelle rese pubbliche dall'organizzazione cliente, sono considerate confidenziali.

Le informazioni su una particolare organizzazione cliente o persona, tranne quanto richiesto dalla norma che regola l'attività degli organismi di certificazione o dalla normativa cogente, non saranno divulgate a terzi senza il consenso scritto dell'organizzazione stessa o persona. Nei casi in cui la legislazione richieda all'Istituto Meridiana di divulgare informazioni riservate a una terza parte, l'organizzazione cliente o la persona interessata sarà portata a conoscenza in anticipo delle informazioni fornite, salvo contraria disposizione di legge.

L'Istituto Meridiana comunica ad Accredia e, per il solo settore IAF 28, all'ANAC, i dati delle organizzazioni certificate e i dati relativi alle revoche delle certificazioni secondo le modalità da questi definite.

Le informazioni riguardanti l'organizzazione cliente provenienti da fonti diverse da quelle del cliente stesso (es. da un reclamo, dalle Autorità, da Accredia, etc.) sono trattate come informazioni riservate, in maniera conforme alla politica dell'Istituto Meridiana.

Tutto il personale interno ed esterno dell'Istituto Meridiana compresi il Comitato Tecnico, i Gruppi di Lavoro, il Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, nonché il personale di enti esterni e tutte le persone che operano per conto dell'Istituto

Meridiana, sottoscrivono obbligatoriamente l'impegno a non divulgare a terzi eventuali informazioni raccolte durante le attività di audit e l'iter di certificazione, in assenza di autorizzazione scritta dell'organizzazione, per garantire il trattamento in riservatezza delle informazioni ottenute o derivanti dall'attività di certificazione.

L'Istituto Meridiana dispone e utilizza apparecchiature e dispositivi che garantiscono il trattamento in sicurezza delle informazioni riservate (accesso ad ogni PC con password, documenti e registrazioni proprie o delle organizzazioni in un archivio sotto chiave).

Quando le informazioni riservate sono rese disponibili ad altri organismi, l'Istituto Meridiana informa l'organizzazione cliente di tali azioni.

## 6. Condizioni generali

Condizione perché un'organizzazione possa essere certificata è che:

- accetti il presente regolamento, con la sottoscrizione dell'ultima pagina;
- abbia implementato un sistema di gestione in conformità ai requisiti della norma ed a quelli cogenti applicabili da almeno tre mesi e lo mantenga conforme per l'intero periodo di validità della certificazione;
- identificare e tenere sotto controllo i requisiti specificati per i relativi prodotti/servizi, ivi compresi quelli cogenti per leggi e regolamenti (es. possesso delle autorizzazioni richieste);
- non abbia procedimenti giudiziari in corso o condanne passate in giudicato legate alle attività per le quali si richiede al certificazione;
- abbia effettuato almeno un riesame della direzione ed un ciclo completo di audit interno su tutti i processi e/o attività oggetto di certificazione.

La certificazione e il suo mantenimento sono subordinati al regolare pagamento degli importi definiti nell'offerta economica.

La certificazione rilasciata dall'Istituto Meridiana riguarda solo la conformità dei sistemi di gestione dell'organizzazione alla norma di riferimento volontaria, e, pertanto, non costituisce un attestato del rispetto di tutti i requisiti di legge e di natura cogente applicabili, né sono alternative a quelle intraprese da autorità competenti.

L'Istituto Meridiana, in ogni caso, ha la responsabilità di verificare che il sistema di gestione dell'organizzazione sia in grado di gestire efficacemente l'osservanza delle leggi e norme cogenti relativamente ai prodotti forniti e/o servizi erogati, pur non assumendosi alcuna responsabilità diretta in ordine all'adeguatezza delle scelte tecniche adottate dall'organizzazione, né in ordine all'accertamento della conformità ai requisiti di legge.

L'organizzazione è l'unica responsabile, verso se stessa e verso terzi, del corretto svolgimento delle proprie attività, della conformità delle stesse e dei prodotti/servizi erogati alle normative applicabili ed alle aspettative dei clienti e dei terzi, in genere.

L'organizzazione accetta, altresì, di adeguarsi ai requisiti dell'Istituto Meridiana per le attività di valutazione e certificazione e di essere disposta a fornire ogni utile informazione richiesta.

Nel caso in cui la richiesta di certificazione dell'organizzazione non possa essere accettata, l'Istituto Meridiana comunica tale eventualità in forma scritta a mezzo R/R o posta elettronica certificata, chiarendo anche le motivazioni che ne hanno determinato il rifiuto.

## 7. Condizioni economiche

### 7.1. Tariffe

Il costo della certificazione è definito nell'offerta economica e si ottiene moltiplicando i tempi di audit per il corrispettivo orario, considerando che un giorno/uomo (g/u) è pari a 8h (ore). L'importo comprende anche le spese di certificazione/rinnovo e registrazione, che possono essere ripartite nei tre anni di validità della certificazione.

I tempi di audit determinati nella offerta sono definiti in accordo alla prescrizioni Accredia e al documento IAF MD5 u.r. e sono calcolati sulla base dei dati forniti dall'organizzazione nella scheda informativa. Non viene conteggiato nel tempo di audit sopra determinato, il tempo speso da ogni membro del gruppo, che non è assegnato come auditor (ossia esperti tecnici, traduttori, interpreti, osservatori e auditor in formazione). In caso di variazione o di difformità comunicate dall'organizzazione o rilevate dall'Istituto Meridiana (istruttoria documentale, audit, etc.), si procede ad una rimodulazione dei tempi con conseguente variazione delle condizioni economiche indicate in offerta. In tal caso, la mancata accettazione della nuova offerta comporta la sospensione immediata dell'audit e l'addebito di tutti i costi sostenuti, secondo le tariffe in vigore, per le attività svolte dall'Istituto Meridiana, quali ad es. emissione dell'offerta, preparazione e pianificazione dell'audit, selezione ed incarico al gruppo di audit, le spese di trasporto, vitto e alloggio sostenute e da sostenere per il rientro nella sede di lavoro.

Si precisa che le "Spese di Certificazione/Rinnovo e registrazione", indicate in offerta, possono essere ripartite nei tre anni di validità della certificazione. In caso di risoluzione anticipata del contratto di certificazione, le spese non ancora addebitate saranno inserite nella fattura relativa alla risoluzione, come previsto nel presente Regolamento.

L'audit, per i settori che prevedono lavorazioni in siti esterni, temporanei o permanenti, diversi dalla sede aziendale, deve essere effettuato in sede e in cantiere/sito esterno. I tempi di audit sono calcolati, considerando l'organico complessivo dei lavoratori dell'organizzazione (sede + siti esterni/cantieri + subappaltatori) e procedendo, per il settore IAF28, alla determinazione degli "addetti equivalenti" considerando quanto dichiarato dall'organizzazione, tramite opportuno calcolo del rapporto tra il fatturato medio dell'impresa dell'ultimo triennio e il reddito procapite di riferimento del settore. Tali tempi potranno essere incrementati in funzione del numero dei cantieri, della loro ubicazione, della loro complessità e delle evidenze documentali da verificare al momento della certificazione.

L'offerta per le attività di certificazione deve essere sottoscritta dal Legale Rappresentante dell'Organizzazione insieme al

presente Regolamento per la certificazione dei sistemi di gestione, disponibile nell'ultimo aggiornamento, sul sito internet: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

Il perfezionamento del contratto di certificazione, legalmente valido, avviene con l'emissione dell'accettazione domanda, da parte dell'Istituto Meridiana, che contiene anche la comunicazione formale del gruppo di audit per garantire all'organizzazione il diritto di riacquiescenza.

La durata del contratto di certificazione decorre dalla data di emissione dell'Accettazione domanda fino alla scadenza del relativo certificato di conformità. Se l'Organizzazione non consente lo svolgimento degli audit di certificazione entro 6 mesi, l'Istituto Meridiana si riserva il diritto di richiedere l'aggiornamento dei dati forniti dall'organizzazione con la Scheda Informativa e di adeguare gli importi definiti nell'offerta economica.

Gli importi per le attività svolte dall'Istituto Meridiana sono dovuti dall'organizzazione anche in caso di mancata emissione del certificato per assenza dei requisiti di conformità.

La certificazione ha validità triennale e decorre dalla data di rilascio riportata sul certificato di conformità (data della delibera del Comitato Tecnico).

Le attività di rinnovo devono essere svolte prima della scadenza della certificazione, pena la non validità del certificato.

Per il rinnovo ai soli fini della scelta dei cantieri/siti esterni da sottoporre ad audit (es. IAF28), si devono tenere in considerazione, oltre a quanto considerato per la certificazione, le seguenti condizioni:

- non sono ammesse proroghe alle scadenze dei certificati;
- il riesame completo del sistema di gestione per la qualità da effettuarsi, in funzione della conferma per il triennio successivo, deve essere completato con sufficiente anticipo rispetto alla data di scadenza;
- in casi di accertate e gravi difficoltà dell'organizzazione nel disporre di cantieri operativi/siti esterni in occasione del periodo previsto per la verifica di rinnovo, l'Istituto effettua comunque l'audit nei tempi previsti (entro la scadenza del certificato), sia pur limitandosi, solo per ciò che attiene alle verifiche connesse alle attività di cantiere, alla valutazione dei documenti di registrazione. Ad esito positivo dell'audit nei termini sopra descritti, l'Istituto propone al Comitato Tecnico, il rilascio del rinnovo della certificazione, subordinato tuttavia all'effettuazione di un audit di follow-up, non 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 la sospensione del certificato per un periodo non superiore ad 1 mese.

Si ricorda che nello scopo di certificazione sono riportate esclusivamente le attività associate ad una o più tipologie di opere che sono state oggetto di audit, almeno due volte (di cui solamente una volta su base documentale) nel passato triennio di certificazione (fatte salve eventuali estensioni intervenute nel triennio e/o nella stessa verifica di rinnovo).

Se l'organizzazione non intende rinnovare, il certificato mantiene la validità fino alla sua scadenza naturale.

Per l'organizzazione, che non ha sottoscritto l'offerta di rinnovo nei tempi limiti stabiliti e richiede successivamente la certificazione, si applica quanto definito per la prima certificazione. L'audit di rinnovo deve essere considerato, sia come atto conclusivo del triennio trascorso, sia come base di partenza per il triennio successivo. Indipendentemente dalla data di effettiva delibera del rinnovo della certificazione, che deve avvenire in ogni caso prima della scadenza del relativo certificato, l'Istituto garantisce la continuità temporale della programmazione triennale e dei certificati emessi.

Copie aggiuntive del certificato richieste dall'organizzazione o nuove emissioni per modifiche societarie e/o variazioni di sede/denominazione sociale, estensione della certificazione saranno addebitate come da offerta.

L'organizzazione a cui è stata revocata la certificazione dall'Istituto Meridiana, può fare richiesta di certificazione solo dopo avere risolto le cause che hanno portato al provvedimento, sottoscrivendo un nuovo contratto.

## **7.2. Condizioni di pagamento**

I compensi relativi alle diverse fasi della certificazione devono essere versati all'Istituto nei tempi e con le modalità indicati nell'offerta e nelle successive comunicazioni amministrative.

Il pagamento degli importi per le attività di audit è dovuto entro la data di svolgimento dell'audit stesso.

Il pagamento per l'emissione del certificato è dovuto entro la data di emissione.

Qualora il pagamento venga effettuato con ritardo rispetto alla data indicata, l'Istituto può addebitare all'organizzazione l'interesse di mora al tasso legale vigente. Se tale ritardo si protrae oltre i 60 giorni rispetto alla data di emissione della fattura, l'Istituto può procedere alla sospensione della certificazione. Il rilascio del certificato di conformità è subordinato al saldo delle fatture precedentemente emesse.

Il mancato pagamento degli importi dovuti comporta l'avvio della procedura di recupero crediti e/o revoca della certificazione.

## **8. Doveri e Diritti**

### **8.1. Doveri generali dell'organizzazione**

L'organizzazione richiedente la certificazione/certificata deve:

- accettare quanto indicato nel presente regolamento;
- conformarsi alle prescrizioni contenute in esso, inizialmente e nel tempo, in ogni sua revisione;
- identificare e tenere sotto controllo i requisiti specificati per i relativi prodotti/servizi, ivi compresi quelli cogenti per leggi e regolamenti (es. possesso delle autorizzazioni richieste);
- compilare tutti i campi applicabili della scheda informativa al fine di consentire all'Istituto Meridiana di proporre un'offerta personalizzata in conformità ai regolamenti generali e tecnici di Accredia e alle procedure proprie. Nel caso di

organizzazioni già certificate, le informazioni si rendono necessarie per la corretta pianificazione dell'audit. Si precisa che l'organizzazione deve indicare obbligatoriamente la figura aziendale interna, la società di consulenza e/o il consulente cui si è rivolta per lo sviluppo, l'implementazione e l'eventuale mantenimento del sistema di gestione;

- consentire nei tre anni di durata del contratto lo svolgimento degli audit (in presenza o da remoto) previsti nel momento più significativo per l'attività da certificare;
- documentare il sistema di gestione in accordo alla norma di riferimento, specificando nel manuale il campo di applicazione, i requisiti esclusi con le relative motivazioni ed i processi affidati all'esterno (outsourcing) e consentite libero accesso alle registrazioni in modo da verificare che il sistema sia stato implementato ed adeguatamente mantenuto, compreso l'accesso remoto a siti informatizzati che contengono informazioni significative per l'audit;
- informare senza ritardo per iscritto l'Istituto circa aspetti che possono influenzare le capacità del sistema di gestione dell'organizzazione di continuare a soddisfare i requisiti della norma di riferimento;
- aggiornare le norme e le leggi e/o regolamenti applicabili al proprio sistema di gestione ed implementare la specificata normativa/legge nazionale od internazionale applicabile alle attività svolte ed ai prodotti/servizi oggetto della certificazione;
- rispettare gli obblighi di legge che derivano dai servizi/prodotti forniti e dagli obblighi contrattuali;
- comunicare, pena la sospensione o la revoca della certificazione, tutte le situazioni difformi rilevate dalle Autorità di controllo competenti, le eventuali sospensioni o revoche di autorizzazioni, concessioni relative ai prodotti/servizi erogati; nonché l'eventuale coinvolgimento dell'organizzazione e/o del rappresentante legale in procedimenti giudiziari/amministrativi connessi con l'attività certificata, con particolare riferimento alle leggi sulla responsabilità da prodotto/servizio difettoso. In tali casi l'organizzazione è tenuta ad informare periodicamente l'Istituto sugli sviluppi dei procedimenti stessi al fine di consentirgli l'attivazione di tutti gli opportuni provvedimenti del caso (es. audit supplementari, straordinari, con breve preavviso, sospensione, revoca della certificazione, ecc.);
- fornire a richiesta dell'Istituto, prima del rinnovo della certificazione, tutti i dati aggiornati per la predisposizione della nuova offerta.

In assenza di disposizioni cogenti, l'organizzazione si impegna a fornire all'Istituto un'informativa completa e dettagliata relativa ai rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare gli auditor dell'Istituto.

L'organizzazione ha la responsabilità del costante conseguimento dei risultati attesi relativi all'attuazione della norma di sistema di gestione e della conformità ai requisiti di certificazione.

S'impegna altresì a promuovere ed attuare, attraverso il proprio incaricato, le misure e gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi sul lavoro che incidono sull'attività degli auditor incaricati dall'Istituto e di Accredia, 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.

## 8.2. Doveri dell'organizzazione relativi all'audit

L'organizzazione richiedente la certificazione/certificata deve:

- mettere a disposizione degli auditor dell'Istituto il manuale del sistema di gestione e ogni altro documento richiesto, opportunamente aggiornato;
- richiedere l'autorizzazione per la presenza dell'eventuale consulente, in veste di osservatore, durante l'audit, garantendone il rispetto dei ruoli, pena la sospensione dell'audit;
- rispettare la data dell'audit già concordata e confermata, salvo eccezioni particolari;
- accettare eventuali audit supplementari, straordinari o con breve preavviso;
- consentire l'accesso alle proprie sedi (legale e/o operative) e siti esterni/cantieri (permanenti e/o temporanei), ivi compresi gli accessi remoti per sedi e/o siti aventi una localizzazione geografica non agevole da raggiungere a causa della notevole distanza o in condizioni di emergenza o per espressa richiesta dell'organizzazione, agli auditor dell'Istituto, agli Ispettori di Accredia in accompagnamento;
- garantire la completezza e veridicità dei documenti e delle informazioni e metterle a disposizione degli auditor incaricati dall'Istituto. Questi è esplicitamente esonerato da ogni responsabilità in caso di mancata o incompleta comunicazione di dati, come pure nel caso gli stessi non corrispondano alla reale situazione aziendale;
- garantire il rispetto delle condizioni di accesso, di sicurezza e di corretto trattamento dei dati e offrire piena collaborazione agli auditor, per lo svolgimento di tutte le attività connesse all'audit, pena la mancata concessione della certificazione ovvero la sospensione/revoca della certificazione concessa, in caso di persistente inadempienza all'obbligo medesimo;
- tenere una registrazione ordinata dei reclami ricevuti, nonché delle azioni intraprese per correggere le cause che hanno motivato tali reclami. L'Istituto ha facoltà di accedere ai singoli reclami, consultarli e valutarne la corretta gestione;
- inviare le proposte di correzione e/o azioni correttive dei rilievi emersi in sede di audit entro 10 giorni lavorativi dalla conferma rilievi dell'Istituto Meridiana;
- attuare, nei tempi e nei modi indicati, le correzioni e le azioni correttive relative ai rilievi emersi in sede di audit.

## 8.3. Doveri dell'organizzazione specifici per il settore IAF28

L'organizzazione deve:

- deve comunicare l'elenco dei cantieri/siti esterni attivi, con esclusione di quelli in sospensione dei lavori, la percentuale dello stato di avanzamento dei lavori e le attività/lavorazioni in corso. Tali cantieri devono essere significativi ed accessibili, in relazione alle fasi lavorative in corso di svolgimento, al momento della conduzione dell'audit, pena la



- sospensione dell'audit o l'emissione di un rilievo tale da non permettere l'emissione o il mantenimento del certificato di conformità. L'Istituto, nel caso in cui il numero di cantieri aperti vari in modo rilevante durante il triennio di validità del certificato, può riesaminare il "Programma di Audit" ed adeguarlo alla nuova situazione aziendale;
- rendere disponibili, durante l'audit, eventuali certificati di regolare esecuzione lavori (o equivalente), i verbali di collaudo, il libro unico, i certificati delle prove dei materiali critici (ad es. acciaio ad uso strutturale, calcestruzzo a resistenza, ecc.), le certificazioni di conformità possedute e relative qualifiche ai sensi dei regolamenti e leggi applicabili, dare evidenza della marcatura CE sui prodotti/materiali da costruzione per i quali è prevista, il POS, i contratti di appalto ed in subappalto in essere, i piani di qualità di commessa per la gestione dei contratti, eventuali disposizioni/prescrizioni della stazione appaltante/Direttore Lavori, i nominativi degli appartenenti ad eventuali ATI e/o consorzi stabili di cui l'organizzazione fa parte;
  - adempiere ai doveri previsti dalle prescrizioni particolari dei regolamenti tecnici di Accredia (ATI, consorzi e contraenti generali);
  - comunicare al committente/Direttore Lavori i nominativi degli auditor per il rilascio delle autorizzazioni per l'accesso in cantiere.

#### **8.4. Doveri dell'organizzazione relativi all'uso della certificazione e del marchio di Istituto Meridiana e di Accredia**

L'organizzazione certificata:

- deve utilizzare il marchio dell'Istituto, di Accredia ed il certificato di conformità secondo le modalità prescritte nel "Regolamento per la pubblicità della certificazione", disponibile sul sito [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it);
- deve conformarsi ai requisiti dell'Istituto nel fare riferimento allo stato della propria certificazione nei mezzi di comunicazione;
- non deve fare, né consentire affermazioni che possano trarre in inganno riguardo la propria certificazione;
- non deve utilizzare, né consentire l'uso di un documento di certificazione o di ogni sua parte, in modo da potere trarre in inganno;
- deve interrompere l'utilizzo di tutti i materiali pubblicitari che fanno riferimento alla certificazione, nel caso di sospensione o di revoca della certificazione;
- deve rettificare il materiale pubblicitario qualora il campo di applicazione della certificazione sia stato ridotto;
- non deve consentire che i riferimenti alla certificazione del suo sistema di gestione siano utilizzati in modo tale da fare intendere che l'Istituto certifichi un prodotto/servizio o un processo. Deve risultare chiaro che la certificazione attesta la conformità del sistema di gestione aziendale alla norma di riferimento scelta e non implica un giudizio positivo sulla qualità del prodotto/servizio fornito;
- non deve lasciare intendere che la certificazione si applichi ad attività che sono fuori dal campo di applicazione della certificazione;
- non deve utilizzare la propria certificazione in modo tale da potere danneggiare la reputazione dell'Istituto e/o del sistema di certificazione e compromettere la fiducia del pubblico;
- deve consentire all'Istituto di pubblicare i dati relativi allo stato della certificazione tramite l'iscrizione nell'Elenco delle Organizzazioni Certificate.

#### **8.5. Diritti dell'organizzazione**

L'organizzazione ha il diritto di:

- pubblicizzare l'avvenuta certificazione ed utilizzare il marchio dell'Istituto e di Accredia nei modi che ritiene più opportuno nel rispetto del "Regolamento per la pubblicità della certificazione" disponibile sul sito [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it);
- ricusare la presenza degli auditor dell'Istituto, qualora esistano fondati motivi di conflitto d'interesse. Ciò deve essere formalizzato per iscritto, entro il periodo di tempo stabilito nel documento di conferma dell'audit;
- richiedere informazioni di base su ogni membro del gruppo di audit;
- esprimere un giudizio sul grado di soddisfazione e comunicare per iscritto eventuali reclami. L'Istituto utilizzerà tali informazioni per attivare gli opportuni miglioramenti per il servizio reso;
- formulare delle riserve al contenuto dei rilievi riscontrati nel corso dell'audit dandone comunicazione scritta all'Istituto.

#### **8.6. Doveri dell'Istituto Meridiana**

L'Istituto deve:

- garantire la massima trasparenza ed imparzialità del proprio operato, per rilasciare una certificazione che trasmetta fiducia e che non sia compromessa a causa di pressioni di natura commerciale, finanziaria o di altro tipo;
- operare in conformità al presente regolamento, alla norma di riferimento per gli organismi che forniscono audit e certificazione dei sistemi di gestione, alla Guida IAF MD 5 e ai regolamenti e alle prescrizioni di Accredia applicabili;
- mantenere aggiornata tutta la documentazione del suo sistema di gestione, con particolare riferimento ai documenti destinati ai richiedenti la certificazione;
- limitare l'applicazione delle prescrizioni riportate nel presente regolamento, le attività di valutazione e le decisioni sulla certificazione, al campo di applicazione della certificazione stessa;
- qualora ne sia ufficialmente informato, comunicare al Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità e ad Accredia, per conoscenza, i casi in cui le organizzazioni certificate sono coinvolte in processi conseguenti alle leggi sulla responsabilità

- da prodotto/servizio difettoso o a violazioni di leggi relative ai prodotti/servizi o ai sistemi di gestione;
- fornire chiarimenti e spiegazioni sia nel caso in cui il campo di applicazione è connesso ad uno specifico programma che su richiesta scritta delle organizzazioni/terzi. Tali chiarimenti e spiegazioni, oltre ad essere forniti ad altre organizzazioni/terzi che ricadono nella stessa problematica, saranno oggetto di una guida sottoposta ad approvazione del Comitato Tecnico, al successivo riesame del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità e sarà resa disponibile ad Accredia;
  - trattare in modo appropriato i reclami e fornire una rapida ed efficace risposta. Deve definire una sistematica analisi delle segnalazioni e dei reclami provenienti dal mercato, sia a carico del proprio operato, sia a carico dei soggetti certificati, che prescriva di fornire sempre una chiara ed esaustiva risposta al reclamante. Detta analisi deve avere l'obiettivo di individuare eventuali carenze del sistema, prodotto, persona, rispetto ai riferimenti normativi di certificazione, al fine di intervenire presso le entità interessate, per ottenere i trattamenti e le azioni correttive e preventive richiesti;
  - sensibilizzare le organizzazioni certificate sull'importanza della gestione dei reclami e sulla necessità di perseguire obiettivi di miglioramento utilizzando indicatori misurabili per migliorare la qualità dei propri processi, prodotti/servizi;
  - attivare opportune metodologie, anche da remoto, per raccogliere le esigenze delle organizzazioni clienti, al fine di migliorare il servizio reso, nonché a documentarne gli esiti;
  - verificare eventuali reclami dei destinatari finali dei prodotti e servizi forniti dalle organizzazioni certificate, documentandone gli esiti;
  - pubblicizzare le informazioni che descrivono i propri processi di audit e di certificazione per rilasciare, mantenere, estendere, rinnovare, ridurre, sospendere o revocare la certificazione, nonché le informazioni relative alle attività di certificazione, le tipologie di sistema di gestione e le aree geografiche in cui opera;
  - fornire informazioni accurate e tali da non trarre in inganno i clienti o il mercato, compreso il materiale pubblicitario;
  - rendere pubblici i dati relativi allo stato delle certificazioni emesse (validità, scopo, sospensioni, rinunce, revoche), sul sito di Accredia;
  - mettere a disposizione di Accredia le informazioni richieste sulle organizzazioni certificate o in corso di certificazione;
  - salvo prescrizioni contrarie, evitare la divulgazione a terzi di informazioni relative all'organizzazione senza il consenso scritto di quest'ultima e comunque, garantire la correttezza del trattamento dei dati relativi alle attività svolte dall'organizzazione, ai sensi della normativa vigente;
  - rendere disponibili le modalità adeguate per confermare la validità di una certificazione rilasciata, su richiesta di qualunque parte comprese le Autorità competenti. In casi eccezionali, l'accesso a determinate informazioni può essere limitato su richiesta del cliente;
  - fornire, nell'ottica della cooperazione tra gli OdC emittente ed accettante, la documentazione di certificazione, le informazioni sui reclami ricevuti e qualunque altra documentazione pertinente disponibile, relativa al processo di certificazione dell'organizzazione che abbia richiesto il transfer della certificazione stessa;
  - mantenere riservata ogni informazione necessaria per valutare adeguatamente la conformità ai requisiti per la certificazione di proprietà dell'organizzazione;
  - fornire all'organizzazione il nominativo, e quando richiesto, rendere disponibili le informazioni di base su ogni membro del gruppo di audit, in tempo sufficiente per consentire alla stessa di ruscare l'incarico di singoli auditor o esperti e all'Istituto di nominare i nuovi componenti del gruppo di audit;
  - comunicare, inviando la lettera di presentazione Accredia, alle organizzazioni la presenza degli Ispettori Accredia, informandole delle motivazioni della presenza e del ruolo;
  - comunicare ad Accredia, per tutte le organizzazioni Clienti, all'Autorità Nazionale Anticorruzione ed alla SOA di riferimento (solo per organizzazioni operanti nello schema SGQ, settore IAF28, ed ove applicabile) i provvedimenti intrapresi con le relative motivazioni, entro e non oltre cinque giorni dall'annullamento e revoca o decadenza del certificato di conformità, ai sensi delle vigenti normative e cancella l'organizzazione dall'Elenco delle organizzazioni certificate;
  - informare l'organizzazione di un'eventuale rinuncia, sospensione, revoca dell'accreditamento nello schema/settore nel quale ricade la certificazione dell'organizzazione, nonché le modalità di trasferimento dei certificati in conformità a quanto indicato nel presente regolamento;
  - rilasciare la certificazione, nel rispetto dei principi di imparzialità, competenza, responsabilità, trasparenza e riservatezza;
  - impegnarsi a non fornire attività di consulenza.

### 8.7. Diritti dell'Istituto Meridiana

L'Istituto Meridiana ha il diritto di:

- verificare che l'organizzazione rispetti i requisiti contrattuali;
- avvalersi, nello svolgimento delle attività di audit e di certificazione, di personale dipendente e/o di soggetti esterni in possesso di qualifica richiesta dalle norme di riferimento. Tali soggetti sono tenuti al rispetto di tutti i doveri dell'Istituto, incluso il rispetto delle regole del sistema di gestione, quelle in materia di indipendenza, di conflitto di interesse e di trattamento dei dati;
- in caso di emergenza, utilizzare lo strumento dell'audit da remoto, secondo procedure condivise con l'organizzazione cliente, in sostituzione dell'audit in presenza presso l'organizzazione;
- esaminare i rapporti di audit del gruppo di audit, di rettificarli se è necessario e di inviare la conferma dei risultati dell'audit all'organizzazione;
- nel caso in cui l'organizzazione, entro i tempi contrattualmente previsti, comunichi di non rinnovare il contratto per la

- certificazione, agire come definito nel presente regolamento;
- ampliare il campo di applicazione degli audit del sistema di gestione ai fornitori dell'organizzazione nel caso in cui il processo, ovvero parti di questo, siano affidate a detti fornitori dell'organizzazione e questi abbiano rilevanza su quanto offerto al cliente (c.d. "outsourcing");
  - non rilasciare la certificazione ovvero sospendere/revocare la certificazione concessa, quando l'organizzazione non consente l'accesso ai propri auditor e agli Ispettori di Accredia, ai locali aziendali e alle informazioni, e non offre la piena collaborazione per lo svolgimento di tutte le attività connesse all'audit di certificazione, sorveglianza, estensione, riduzione, supplementare, straordinario, con breve preavviso e di rinnovo;
  - condurre eventuali audit supplementari, straordinari e/o con breve preavviso;
  - prendere provvedimenti precauzionali a fronte di notizie di stampa, che investono le organizzazioni clienti.

## **9. Notifica di modifica dei requisiti di certificazione**

### **9.1. Notifica di modifiche alle norme per la certificazione dei sistemi di gestione ed ai Regolamenti Accredia**

Le modifiche dei requisiti della certificazione conseguenti a variazioni delle norme per la certificazione dei sistemi di gestione e/o dei regolamenti generali e tecnici di Accredia sono comunicate dall'Istituto alle organizzazioni clienti, con l'indicazione della data in cui entreranno in vigore, seguendo il periodo transitorio stabilito dall'Ente emittente le norme e/o Accredia.

Tutte le comunicazioni inerenti le modifiche delle norme per la certificazione dei sistemi di gestione e dei Regolamenti di Accredia, oltre ai normali canali di comunicazione, possono essere comunicate anche tramite pubblicazione sul sito web, [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

L'Istituto verifica l'implementazione dei nuovi requisiti durante l'audit condotto nel periodo concordato. Particolari situazioni che richiedono tempi di attuazione imposti da Accredia, saranno comunicati dall'Istituto alle organizzazioni clienti.

Le organizzazioni possono richiedere, per iscritto, informazioni e chiarimenti in merito a cui l'Istituto risponderà. L'organizzazione qualora non intenda o non può uniformarsi alle modifiche introdotte nei tempi e nelle modalità previste, ha la facoltà di rinunciare alla certificazione tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, entro e non oltre l'entrata in vigore delle modifiche stesse.

### **9.2. Notifica di modifiche al presente regolamento**

Le modifiche al presente regolamento per variazioni delle norme di accreditamento degli organismi e/o del sistema di gestione dell'Istituto Meridiana, devono essere comunicate alle organizzazioni, che sono tenute ad adeguarsi.

Le modifiche al regolamento sono formalmente inviate o rese disponibili sul sito internet [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it) alle organizzazioni clienti, che entro 15 giorni solari dalla comunicazione devono restituire copia sottoscritta per accettazione, o inviare eventuali commenti o richieste di chiarimento, di cui l'Istituto potrà tenere conto per eventuali ulteriori modifiche ai documenti.

Allo scadere dei 15 giorni, se non pervengono osservazioni scritte e non seguono ulteriori comunicazioni da parte dell'Istituto, le modifiche si intendono definitive.

Per le organizzazioni che non hanno formalizzato l'accettazione delle modifiche vige il principio del silenzio assenso.

L'organizzazione qualora non intenda o non può uniformarsi alle modifiche introdotte, ha la facoltà di rinunciare alla certificazione tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, entro e non oltre i 15 giorni solari.

Per i contratti di certificazione stipulati dopo l'entrata in vigore del nuovo regolamento, si applicano le condizioni in esso contenute; per i contratti in essere al momento dell'entrata in vigore della modifica regolamentare, l'Istituto stabilisce che il termine massimo a disposizione delle organizzazioni per l'adeguamento è pari a 2 mesi dalla comunicazione suddetta. Pertanto le sorveglianze che saranno condotte nei due mesi dall'entrata in vigore del nuovo documento, si applica il vecchio documento a meno di richieste diverse da parte dell'organizzazione. Tuttavia, se le revisioni apportate comportano cambiamenti importanti, l'Istituto può concordare con le organizzazioni tempi diversi per la loro attuazione.

### **9.3. Notifica di modifiche da parte di un'organizzazione**

L'organizzazione certificata deve informare l'Istituto, senza ritardi, circa aspetti possono influenzare la capacità del sistema di gestione di continuare a soddisfare i requisiti della norma di riferimento per la certificazione, quali:

- aspetti legali, commerciali, organizzativi o relativi alla proprietà (es. trasferimenti di proprietà, variazioni di indirizzi, aperture di nuove sedi, variazione di denominazione sociale e ogni altra variazione di dati comunicati all'Istituto Meridiana);
- organizzazione e direzione (es. dirigenti con ruoli chiave, personale con potere decisionale o personale tecnico);
- indirizzi di contatto e siti;
- campo di applicazione delle attività dell'organizzazione compreso nel sistema di gestione certificato;
- modifiche significative del sistema di gestione e dei processi.

L'organizzazione è tenuta a comunicare formalmente all'Istituto le modifiche apportate o che intende apportare e inviare una copia del manuale e gli eventuali documenti coinvolti entro 15 giorni lavorativi dall'autorizzazione alle modifiche.

L'Istituto ha la facoltà di valutare la natura e il peso di tali modifiche sul sistema di gestione dell'organizzazione, al fine di programmare, pianificare e condurre audit supplementari per verificare la continuità del rispetto dei requisiti di certificazione e, quindi, l'eventuale modifica del programma triennale di audit o nuova emissione del certificato di conformità.

L'Istituto, in base alle informazioni ricevute, valuterà se:

- i cambiamenti comunicati non inficiano le condizioni di certificazione e pertanto si riserva di controllare la conformità alle norme di riferimento in occasione del primo audit utile;
- i cambiamenti comunicati alterano le condizioni di certificazione e pertanto richiedono l'effettuazione di un audit di valutazione supplementare;
- i cambiamenti comunicati sono di portata tale da richiedere una nuova certificazione del sistema di gestione.

L'Istituto Meridiana è tenuto a comunicare per iscritto all'organizzazione la decisione presa, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione. Le spese relative alle attività svolte dall'Istituto sono a carico dell'organizzazione, alle condizioni definite in offerta.

## **10. Processo di certificazione**

### **10.1. Presentazione della domanda di certificazione e riesame**

La domanda di certificazione deve essere presentata all'Istituto, utilizzando la scheda informativa, disponibile sul sito [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

La scheda informativa deve essere compilata con cura, chiarezza e completezza, fornendo tutte le informazioni e dati richiesti, ponendo particolare attenzione a campi obbligatori.

L'Istituto Meridiana rimanda alla compilazione della Scheda Informativa in tutti i casi in cui un'organizzazione manifesti in qualsiasi formato la propria volontà di certificare il sistema di gestione.

Se la documentazione trasmessa dall'organizzazione è incompleta o non chiara si procede alla richiesta di integrazione e/o chiarimenti in merito. Se la stessa evidenzia la presenza di condizioni ostative per il rilascio della certificazione, la direzione, in conformità ai principi dettati dalla norma ISO 17021-1, non accetta la domanda, registrando le relative motivazioni e le comunica all'organizzazione.

L'Istituto Meridiana esegue il riesame della domanda analizzando i dati ricevuti, in conformità a quanto previsto dalla norma 17021 e dalla Guida IAF MD5. In tale fase vengono identificati le aree tecniche di attività, l'impegno e le competenze degli auditor, in conformità a quanto previsto dalla Guida IAF MD 5 e negli eventuali Rapporti Tecnici elaborati da Accredia. Sulla base dei dati e delle informazioni trasmesse, l'Istituto elabora l'offerta economica secondo quanto previsto dalla IAF MD 5 e riportato nel Tariffario in vigore. L'offerta, tra l'altro, contiene i prezzi con i relativi elementi valutazione utilizzati e l'impegno in giorni/uomo per:

1. Audit di Certificazione, suddiviso in:
  - Fase 1, comprendente: esame della documentazione e verifica dell'impostazione del sistema di gestione;
  - Fase 2, comprendente: valutazione del sistema di gestione;
2. Audit di Sorveglianza per il mantenimento della certificazione;
3. Eventuali Audit Supplementari;
4. Audit di Rinnovo della certificazione.

Ad esito positivo del riesame della domanda l'Istituto, invia all'organizzazione l'offerta economica, comunicando che il Regolamento per la certificazione dei sistemi di gestione, risulta disponibile nell'ultimo aggiornamento, sul sito internet: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

Ricevuti l'offerta e regolamento per la certificazione firmati dal legale rappresentante dell'organizzazione, l'Istituto provvede al suo riesame per verificare se sono state apportate modifiche ai documenti contrattuali inviati.

Il perfezionamento del contratto di certificazione, legalmente valido, avviene con l'emissione dell'accettazione domanda, da parte dell'Istituto, che contiene anche la comunicazione formale del gruppo di audit individuato, in modo da consentire all'organizzazione il diritto di ricasazione.

### **10.2. Audit di Certificazione**

L'Istituto conduce l'audit iniziale di certificazione del sistema di gestione in due fasi: Fase 1 e Fase 2, a fronte di tutti i requisiti della norma di riferimento e delle prescrizioni contenute nel presente regolamento.

L'Istituto non prevede l'effettuazione di audit preliminari, antecedenti o coincidenti con l'avvio del processo di certificazione e comunque non coincidenti con la Fase 1.

L'audit di Fase 2 non può essere condotto oltre i 6 mesi dall'audit di Fase 1, se le condizioni riscontrate in Fase 1 lo permettono, può essere condotto consecutivamente allo stesso.

Nel determinare l'intervallo fra le Fasi 1 e 2 si devono considerare le esigenze dell'organizzazione per la risoluzione delle aree di potenziale criticità identificate durante Fase 1. L'Istituto può anche avere l'esigenza di rivedere le proprie disposizioni per la Fase 2. Qualora vi fossero modifiche significative che potrebbero avere impatto sul sistema di gestione, l'Istituto considera la necessità di ripetere la Fase 1 in tutto o in parte. L'organizzazione viene informata qualora i risultati della Fase 1 possano portare al rinvio o alla cancellazione della Fase 2.

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

L'audit di Fase 1 è svolto presso la sede dell'organizzazione ed è finalizzato alla valutazione della documentazione e del grado di preparazione dell'organizzazione per l'effettuazione dell'audit di Fase 2.

Ha inizio con una riunione di apertura, cui partecipa la direzione dell'organizzazione o un suo rappresentante, in cui il responsabile del gruppo di audit spiega le finalità, le modalità di svolgimento delle attività, presenta i membri del gruppo, concorda eventuali modifiche al piano di audit, stabilisce un canale ufficiale di comunicazione.

L'audit di Fase 1 ha, inoltre, lo scopo di:

- riesaminare le informazioni documentate del sistema di gestione dell'organizzazione;
- valutare la localizzazione e le condizioni particolari del sito dell'organizzazione e intraprendere uno scambio di informazioni con il personale dell'organizzazione al fine di stabilire il grado di preparazione per l'audit di Fase 2;
- riesaminare lo stato e la comprensione dell'organizzazione 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 per stabilire il campo di applicazione del sistema di gestione, i processi e la/e localizzazione/i, compresi i relativi aspetti legali e regolamentati a cui l'organizzazione deve conformarsi. Questa deve dare evidenza della documentazione comprovante la conformità legislativa, deve dimostrare di conoscere la normativa di settore cogente applicabile. Nella Fase 1, l'auditor deve tenere conto anche degli altri audit (es. audit di II parte, ispezioni ASL, ecc);
- riesaminare l'assegnazione di risorse necessarie all'Istituto per l'audit di Fase 2 e concordarne i dettagli con l'organizzazione;
- acquisire una sufficiente conoscenza del sistema di gestione e delle attività del sito dell'organizzazione cliente, con riferimento ai possibili aspetti significativi, per la pianificazione dell'audit di Fase 2;
- verificare l'adeguatezza del manuale di gestione, indicando le esclusioni, i processi in outsourcing, i processi speciali ed eventuali rilievi, che dovranno essere risolti nel corso dell'audit
- verificare che il sistema di gestione dell'organizzazione sia adeguato e risulti operativo da almeno tre mesi a fare data dall'audit e 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 l'organizzazione è pronta per l'audit di Fase 2;
- confermare le esclusioni previste dall'organizzazione, valutandone le motivazioni adottate e la reale non influenza del processo/requisito sulla sua responsabilità a fornire prodotti/servizi che siano conformi ai requisiti dei clienti e a quelli cogenti applicabili. Eventuali esclusioni non giustificate dovranno essere verbalizzate all'organizzazione come non conformità;
- identificare i cantieri/siti esterni da verificare ed effettuare se necessario una visita agli stessi, per la valutazione delle condizioni particolari degli stessi, dell'adeguata assegnazione delle risorse, della significatività e/o della complessità delle lavorazioni in corso, ecc...
- elaborare il piano di audit per la Fase 2.

Le risultanze dell'audit di Fase 1 sono documentate nel rapporto di audit Fase 1, per consentire una decisione informata circa la certificazione o del relativo mantenimento.

L'audit può concludersi con:

1. Esito Positivo: non sono presenti rilievi oppure solo osservazioni e/o commenti, pertanto si può procedere con l'audit di Fase 2;
2. Esito Negativo: sono presenti non conformità o un numero elevato di osservazioni. In tal caso non si può procedere con l'audit di Fase 2. Per la chiusura dei rilievi si richiede: Valutazione Documentale o un nuovo Audit Fase 1. L'auditor redige il rapporto di audit Fase 1 e invia la documentazione all'Istituto, che la riesamina, procede con la conferma dei rilievi e attende la risoluzione degli stessi. Una volta ricevute le evidenze della risoluzione dei rilievi, l'Istituto stabilisce la data per l'audit di Fase 2, in accordo con l'organizzazione e l'auditor.

## **Audit di Fase 2**

L'audit di Fase 2 è dedicato alla valutazione del funzionamento del sistema di gestione, ponendo in primo piano i processi realizzativi e risalendo attraverso tutti i processi di supporto, all'esame dell'applicazione di ogni requisito di norma, adottando criteri di campionamento che assicurino la rappresentatività e la significatività, in relazione alla criticità dei processi esaminati. E' svolto a fronte di tutti i requisiti della norma di riferimento, delle prescrizioni contenute nel presente Regolamento e delle prescrizioni contenute nei regolamenti tecnici di Accredia, ove presenti.

L'audit di Fase 2 è svolto presso il/i sito/i dell'organizzazione e deve almeno comprendere le attività riportate di seguito:

- l'osservazione delle attività/processi (es. cantieri, stabilimenti produttivi, uffici, filiali, ecc..) ed esame di documenti e registrazioni; le informazioni e le evidenze circa la conformità a tutti i requisiti della norma o di altro documento normativo applicabile al sistema di gestione;
- il monitoraggio, la misurazione, la rendicontazione e il riesame delle prestazioni, con riferimento agli obiettivi ed ai traguardi definiti (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo);
- il sistema di gestione dell'organizzazione con particolare riferimento alla gestione e controllo dei documenti e delle registrazioni anche se questi sono gestiti su supporti informatici (in termini di identificazione, di presenza di loghi/marchi registrati, di codifica, dello stato di revisione, di distribuzione, di presenza di riferimenti normativi obsoleti, ecc.) e le prestazioni con riferimento al rispetto delle prescrizioni legali;
- la tenuta sotto controllo dei processi dell'organizzazione;
- gli audit interni e il riesame da parte della direzione;
- la responsabilità della direzione per le politiche dell'organizzazione;
- i collegamenti fra i requisiti normativi, la politica, gli obiettivi ed i traguardi delle prestazioni (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo), tutte le prescrizioni legali applicabili, le responsabilità, la competenza del personale, le attività, le procedure, i dati di prestazioni e le risultanze e le conclusioni degli audit interni.

I dati e le evidenze raccolte sono registrati sui documenti di audit in possesso degli auditor e valutati al fine di emettere un giudizio di conformità ed efficacia del sistema di gestione e/o sottolineare gli eventuali spunti di miglioramento.

L'esito dell'audit di Fase 2 viene registrato sul rapporto di audit, per consentire una decisione informata circa la certificazione o del relativo mantenimento.

Il rapporto di Fase 2, in aggiunta al rapporto di Fase 1 riporta:

- eventuali variazioni apportate al piano di audit;
- il programma di audit per il triennio di validità della certificazione, definendo un campionamento dei requisiti e dei processi da sottoporre ad audit durante le sorveglianze e le date presunte di tali audit. Devono essere segnalate anche eventuali situazioni che possono richiedere una revisione complessiva del sistema di gestione e gli aspetti significativi da vedere negli audit successivi.

L'audit di Fase 2 può concludersi con due proposte formulate dall'auditor:

1. Esito Positivo (non esistono motivi che bloccano il rilascio/mantenimento della certificazione), non sono emerse non conformità, ma solo osservazioni o commenti. L'organizzazione deve inviare all'Istituto Meridiana le proposte di correzione/azioni correttive nei tempi previsti dal contratto;
2. Esito Negativo (esistono motivi che bloccano il rilascio/mantenimento della certificazione), sono emerse non conformità o un numero tale di osservazioni, che bloccano il processo di certificazione. In questo caso, l'auditor segnala sul rapporto la necessità di un audit supplementare o di una valutazione documentale per la verifica della risoluzione delle non conformità riscontrate e il processo di certificazione resta bloccato fino alla chiusura dei rilievi.

L'Istituto suddivide i rilievi, ossia i riscontri ottenuti dal gruppo di audit nel corso dell'audit in:

*Non Conformità:* mancato soddisfacimento, da parte dell'organizzazione, di un requisito stabilito dai riferimenti normativi applicabili al sistema di gestione o situazioni che sollevano dubbi significativi in merito alla capacità del sistema di gestione dell'organizzazione di conseguire i risultati previsti.

La condizione di non soddisfacimento di un requisito può essere dovuta a:

- mancata o insufficiente presa in considerazione del requisito medesimo e/o mancata o insufficiente definizione dei criteri e modalità adottati per il soddisfacimento del requisito stesso;
- mancata o insufficiente attuazione pratica di suddetti criteri e modalità, inizialmente (applicazione del requisito) e nel tempo (mantenimento del requisito);
- ad entrambe le cause di cui ai precedenti sotto punti.

Ai fini delle prescrizioni contenute nel presente Regolamento, un rilievo viene classificato come non conformità quando il mancato soddisfacimento del corrispondente requisito, nelle forme sopra specificate, è tale da compromettere il valore della certificazione richiesta, in termini di efficace e credibile assicurazione della conformità dell'oggetto della stessa.

Il comportamento adottato dall'Istituto nei confronti dell'organizzazione, in presenza di non conformità formalizzate a carico della stessa, può variare, a seconda del livello di rischio generato dalla stessa, come di seguito specificato:

- non conformità di carattere applicativo, per le quali la valutazione dell'azione intrapresa deve avvenire attraverso un successivo audit supplementare presso l'organizzazione;
- non conformità di carattere documentale per le quali la valutazione dell'azione intrapresa deve avvenire attraverso un successivo audit documentale presso la sede dell'Istituto Meridiana.

*Osservazione:* mancato soddisfacimento del requisito, pur essendo indicativo di un comportamento inadeguato da parte dell'organizzazione e come tale necessitante di una correzione, non è tale da compromettere immediatamente il valore della certificazione richiesta, in termini di efficace e credibile assicurazione della conformità dell'oggetto della stessa (anomalia che si presenta in maniera puntuale);

*Commento:* quando non è conseguente al riscontro di una situazione oggettiva di mancato soddisfacimento di un requisito, ma è finalizzato a prevenire che tale situazione si verifichi (in quanto potenzialmente realizzabile) e/o a fornire indicazioni per il miglioramento delle prestazioni dell'organizzazione.

### **Analisi delle cause delle non conformità ed efficacia delle correzioni e delle azioni correttive**

L'Istituto richiede all'organizzazione di analizzare le cause e di descrivere le correzioni e le azioni correttive specifiche adottate o pianificate per eliminare, entro un tempo prestabilito, le non conformità rilevate.

L'Istituto riesamina le correzioni, le cause identificate e le azioni correttive proposte dall'organizzazione per stabilire se queste siano accettabili. L'Istituto verifica l'efficacia di ogni trattamento e azione correttiva adottata. Viene registrata l'evidenza ottenuta per supportare la risoluzione delle non conformità. L'organizzazione è informata del risultato del riesame e della verifica e qualora siano necessari un audit aggiuntivo completo, un audit aggiuntivo limitato, ovvero un'evidenza documentata (da confermarsi durante audit successivi) per verificare l'efficacia della correzione e delle azioni correttive.

La verifica dell'efficacia della correzione e dell'azione correttiva può essere eseguita sulla base di un riesame della documentazione fornita dall'organizzazione o, dove necessario, attraverso una verifica su campo.

In particolare, la gestione dei rilievi avviene nel rispetto delle seguenti prescrizioni:

*Non Conformità:* l'organizzazione è tenuta a comunicare per iscritto all'Istituto Meridiana, entro 10 giorni lavorativi dalla conferma rilievi, la proposta di correzione e di azione correttiva con un'adeguata analisi delle cause, relativa a ciascun rilievo, specificando le responsabilità e la data limite d'attuazione. L'Istituto le inoltra all'auditor che valuta le correzioni, le azioni correttive e le date proposte. Se non le ritiene adeguate, richiede all'organizzazione di riformularle. Per le non conformità applicative, l'auditor procede alla pianificazione dell'audit supplementare presso l'organizzazione, per verificare l'efficacia delle azioni attuate. Qualora non sia possibile verificare l'attuazione delle correzioni e delle azioni correttive relative ad ogni

eventuale non conformità applicativa entro sei mesi dopo l'ultimo giorno di Fase 2, l'Istituto condurrà un'altra Fase 2 prima di raccomandare il rilascio della certificazione.

Per le non conformità documentali, l'organizzazione invia le evidenze documentali, l'Istituto le inoltra all'auditor che verifica l'efficacia delle azioni attuate. Se non le ritiene adeguate, richiede all'organizzazione di integrare la documentazione prodotta. In presenza di non conformità, la certificazione non viene rilasciata fino alla conferma dell'avvenuta applicazione delle necessarie correzioni, chiusura delle corrispondenti azioni correttive e relativa verifica di efficacia da parte dell'auditor dell'Istituto. Ove le non conformità vengono evidenziate nell'ambito delle attività di sorveglianza, si applicano le modalità specificate nei pertinenti paragrafi del Regolamento;

*Osservazione:* l'organizzazione è tenuta a comunicare per iscritto all'Istituto, entro 10 giorni lavorativi dalla conferma rilievi, la proposta di correzione e di azione correttiva con un'adeguata analisi delle cause, relativa a ciascun rilievo, specificando le responsabilità e la data limite d'attuazione. L'Istituto le inoltra all'auditor che valuta le correzioni, le azioni correttive e le date proposte. Se non le ritiene adeguate, richiede all'organizzazione di riformularle.

L'auditor dell'Istituto verifica l'efficacia delle azioni attuate nel corso del primo audit utile;

*Commento:* non è richiesto un immediato, formale, riscontro ai rilievi formulati in veste di commenti. Tuttavia devono essere presi in carico dall'organizzazione ed il grado di recepimento degli stessi sarà verificato dall'Istituto in occasione del primo audit utile. Nel caso in cui non risultino adeguatamente valutati, i commenti vengono trasformati in osservazione e si applicano le condizioni previste nel presente Regolamento.

### **Audit di Fase 2 nel settore IAF 28**

Il metodo di verifica e il numero dei cantieri da sottoporre a verifica ispettiva, sono stabiliti in base ai criteri di seguito descritti. Per meglio comprendere le modalità operative adottate, si specifica quanto segue:

1. per Processo Realizzativo di un'opera s'intende l'insieme di attività associate a tipologie di opera volte all'analisi, pianificazione e realizzazione degli obiettivi a partire da specifiche richieste del mercato (es. progetto, contratto, bando, invito), in tutte le sue caratteristiche e fasi evolutive, nel rispetto di precisi vincoli (contesti, tempi, costi, risorse, scopi);

2. per Attività s'intende l'applicazione di specifiche abilità, strumenti e tecniche al fine di conseguire i relativi obiettivi. Nell'ambito dei processi realizzativi si distinguono attività complesse e attività affini e coerenti. A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) per l'attività di costruzione di edifici concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti anche per l'attività di ristrutturazione/manutenzione di edifici;
  - b) per l'attività di costruzione strade concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti anche per l'attività di manutenzione di strade;
  - c) per l'attività di installazione impianti concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti anche per l'attività di manutenzione di impianti. Sulla base di quanto sopra indicato si specifica che non è applicabile il contrario. Eventuali eccezioni dovranno essere adeguatamente motivati e documentati dall'OdC;
3. Per Macrotipologia si intende un raggruppamento di processi realizzativi interessati da attività complesse, affini e/o coerenti associate a più tipologie di opere che vengono identificate con una ampia terminologia, tipo "opere di ingegneria civile, infrastrutturale per la mobilità, di impiantistica tecnologica".

A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) per l'attività di costruzione di opere di ingegneria civile concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti per tipologie di opera quali edifici residenziali, carceri, ospedali, scuole, in tutte le fasi realizzative a partire da scavi, fondazioni speciali, consolidamenti, strutture in cemento armato, installazione dei relativi impianti;
- b) per l'attività di costruzione di opere infrastrutturali per la mobilità concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti per tipologie di opera quali strade, autostrade, ponti, viadotti, ferrovie, metropolitane, piste aeroportuali;
- c) per l'attività di installazione di opere di impiantistica tecnologica concorrono abilità, strumenti, risorse che siano affini e coerenti per tipologie di opera quali impianti termofluidi, elettrici, elettronici.

Lo scopo di certificazione deve fare riferimento esclusivamente ai processi realizzativi su cui l'Organizzazione ha fornito evidenza di operare al momento dell'audit di certificazione, attraverso valutazione di cantieri e/o evidenze documentali. Il metodo di verifica e il numero dei cantieri da sottoporre a verifica ispettiva, sono stabiliti in base ai criteri di seguito descritti.

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, avviene sulla base dell'elenco delle commesse comprensivo di tutte le informazioni necessarie per una corretta ed esaustiva analisi, quali durata, importo e tipologia dei lavori), ricadenti nel campo di applicazione, gestite e/o in gestione nell'ultimo triennio), fornito dall'Organizzazione in fase di elaborazione dell'offerta. Si specifica quanto segue:

- Nel corso della verifica iniziale deve essere valutato almeno un cantiere operativo e significativo.
- Una macrotipologia non può essere verificata mediante l'utilizzo di evidenze documentali.
- Uno o più processi realizzativi possono essere verificati mediante l'utilizzo di evidenze documentali in accordo a quanto definito nel 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.

In riferimento al processo di progettazione si precisa quanto segue:

- il processo di progettazione 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.

### **Delibera della certificazione**

L'Istituto prende la decisione in merito alla certificazione, sulla base della valutazione delle risultanze e delle conclusioni dell'audit e di ogni altra informazione pertinente (per esempio informazioni di dominio pubblico, commenti sul rapporto di audit da parte del cliente).

L'Istituto garantisce che le persone che prendono le decisioni riguardanti la certificazione o il rinnovo della medesima siano differenti da quelli che hanno eseguito gli audit e abbiano le competenze richieste dalla norma.

La funzione tecnica di delibera è in capo al Comitato Tecnico, che delibera il rilascio o meno della certificazione, formalizzando la decisione su un verbale a firma dei membri del Comitato.

Qualora le informazioni a disposizione siano insufficienti per esprimere un giudizio, il Comitato Tecnico può disporre un supplemento d'indagine, rinviando la pratica all'Istituto che definirà le modalità con cui acquisire le integrazioni richieste. L'organizzazione è informata da una comunicazione ufficiale che spiega le ulteriori attività da effettuare.

La data dei successivi audit indicata nel rapporto può essere modificata dal Comitato Tecnico ed è comunicata per iscritto all'organizzazione contestualmente all'esito della delibera.

Quando la certificazione non è concessa, l'Istituto comunica per iscritto all'organizzazione le ragioni di tale decisione e l'organizzazione può presentare ricorso in accordo a quanto previsto nel presente regolamento.

L'organizzazione certificata riceve il certificato di conformità in italiano su carta. La data effettiva riportata sul certificato non può essere antecedente alla data della decisione di certificazione (delibera del Comitato Tecnico).

Per il settore IAF28, i certificati di conformità rilasciati a seguito di valutazioni condotte nel rispetto delle prescrizioni di cui al RT05, sono redatti in accordo alle seguenti disposizioni "editoriali", nonché conformemente a quanto previsto dai vigenti regolamenti Accredia applicabili.

Il certificato rilasciato all'organizzazione riporta il marchio Accredia soltanto per i settori nei quali l'Istituto è accreditato. Nel caso in cui l'organizzazione intenda modificare il campo di attività riportato nel certificato, deve farne richiesta scritta all'Istituto Meridiana che deciderà le modalità di svolgimento dell'audit documentale e/o audit straordinario.

### **Iscrizione nell'Elenco delle Organizzazioni Certificate dell'Istituto Meridiana**

L'Istituto Meridiana fornisce informazioni puntuali sullo stato di validità dei singoli certificati emessi, attraverso l'iscrizione nell'Elenco delle Organizzazioni Certificate disponibile sul sito internet [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

Tale documento è di esclusiva proprietà dell'Istituto Meridiana e gestito in accordo alle prescrizioni del sistema di gestione. L'Istituto Meridiana comunica anche ad Accredia, con i tempi e le modalità da questi definite, lo stato di validità dei singoli certificati emessi sotto accreditamento, attraverso il sistema di comunicazione PPC. I certificati emessi sono pubblicati sul sito di Accredia [www.accredia.it](http://www.accredia.it).

La revoca/rinuncia della certificazione, per il solo settore IAF28, deve essere comunicata all'Autorità Nazionale Anticorruzione e ad Accredia, secondo le disposizioni applicabili. I certificati revocati saranno eliminati dall'elenco dei certificati online, dalla data di delibera del Comitato Tecnico. L'Istituto, su richiesta di qualunque parte, rilascia una dichiarazione formale per confermare la validità di una certificazione rilasciata e comunica a terzi sia previa richiesta sia su base volontaria informazioni puntuali sullo stato di validità dei singoli certificati emessi.

### **10.3. Audit di sorveglianza**

Nel periodo di validità della certificazione, l'Istituto è tenuto ad effettuare le attività periodiche di sorveglianza alle organizzazioni certificate, finalizzate alla verifica del mantenimento della conformità alla norma di riferimento e ai requisiti cogenti per leggi e regolamenti (es. possesso di Autorizzazioni per svolgere attività connesse all'oggetto della certificazione).

L'attività di mantenimento della certificazione è subordinata al versamento degli importi indicati nell'offerta.

L'Istituto svolge le proprie attività di sorveglianza in modo tale che le aree e le funzioni rappresentative, coperte dal campo di applicazione del sistema di gestione, siano monitorate su base regolare, tenendo conto delle modifiche intervenute all'organizzazione certificata ed al suo sistema di gestione.

Gli audit di sorveglianza sono audit in campo o in condizioni di emergenza da remoto, ma non sono necessariamente audit dell'intero sistema e devono essere pianificati unitamente alle altre attività di sorveglianza, in modo che l'Istituto possa continuare ad avere fiducia che, il sistema di gestione certificato, continui a rispettare i requisiti nel periodo intercorrente fra gli audit svolti nel triennio di certificazione.

Ogni sorveglianza deve comprendere:

- audit interni e riesame della direzione;
- un riesame delle azioni intraprese a seguito dei rilievi (NC, Osservazioni e Commenti) identificati durante il precedente audit;
- il trattamento dei reclami;
- l'efficacia del SG in riferimento al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione certificate e dei risultati attesi del rispettivi SG;
- l'avanzamento delle attività pianificate, finalizzate al miglioramento continuo;
- il controllo operativo su base continua;



- il riesame di ogni modifica;
- l'utilizzo di marchi e/o di ogni altro eventuale riferimento alla certificazione.

Pertanto nel triennio di validità della certificazione, almeno una volta all'anno (anno solare), fatta eccezione negli anni di rinnovo della certificazione, l'Istituto svolge audit di sorveglianza, seguendo il programma di audit proposto dall'auditor nell'audit iniziale di certificazione/rinnovo e approvato dal Comitato Tecnico.

La data del primo audit di sorveglianza, successivo alla certificazione iniziale, non deve superare i 12 mesi dalla data di decisione di certificazione. Può essere necessario variare la frequenza degli audit di sorveglianza per agevolare fattori quali stagioni o certificazione di sistemi di gestione aventi durata limitata.

L'Istituto comunica la data possibile dell'audit e il nominativo dell'auditor all'organizzazione, con la comunicazione sorveglianza, dando l'opportunità alla stessa, per giustificati motivi, di recusare il gruppo di audit e/o chiedere uno spostamento della data dell'audit.

L'Istituto Meridiana non effettua audit utilizzando 2 auditor per 0,5 g/u, salvo motivate giustificazioni.

L'audit di sorveglianza può concludersi con due proposte formulate dall'auditor:

1. Esito Positivo (non esistono motivi che bloccano il rilascio/mantenimento della certificazione), non sono emerse non conformità, ma solo osservazioni o commenti. L'organizzazione deve inviare all'Istituto le proposte di correzione/azioni correttive nei tempi previsti dal contratto;
2. Esito Negativo (esistono motivi che bloccano il rilascio/mantenimento della certificazione), sono emerse non conformità o un numero tale di osservazioni, che bloccano il processo di certificazione. In questo caso, l'auditor segnala sul rapporto la necessità di un audit supplementare o di una valutazione documentale per la verifica della risoluzione delle non conformità riscontrate e il processo di certificazione resta bloccato fino alla chiusura dei rilievi.

Gli esiti delle attività di sorveglianza vengono analizzati dall'Istituto e a seguito delle risultanze delle valutazioni di sorveglianza (rapporti degli auditor), si procede come segue:

a) in caso di Esito Positivo: viene confermato il mantenimento della certificazione, tramite la conferma rilievi, con relative richieste di trattamenti e azioni correttive per le eventuali osservazioni rilevate, e con la successiva accettazione delle proposte di risoluzione da parte dell'auditor. Il Comitato Tecnico effettua, con cadenza semestrale, l'approvazione generale delle sorveglianze concluse con positivamente.

b) in caso di Esito Negativo, il/i rilievo/i vengono esaminati e confermati dall'Istituto. In tali casi, l'organizzazione è tenuta a comunicare per iscritto all'Istituto Meridiana, entro 10 giorni lavorativi dalla conferma rilievi, la proposta di correzione e di azione correttiva con un'adeguata analisi delle cause, relativa a ciascun rilievo, specificando le responsabilità e la data limite d'attuazione. L'Istituto le inoltra all'auditor che valuta le correzioni, le azioni correttive e le date proposte. Se non le ritiene adeguate, richiede all'organizzazione di riformularle. Per le non conformità applicative, l'auditor procede alla pianificazione dell'audit supplementare presso l'organizzazione, per verificare l'efficacia delle azioni attuate. Per le non conformità documentali, l'organizzazione invia le evidenze documentali, nei tempi previsti, l'Istituto le inoltra all'auditor che verifica l'efficacia delle azioni attuate. Se non le ritiene adeguate, richiede all'organizzazione di integrare la documentazione prodotta. Un volta chiuse le non conformità l'auditor invia la documentazione di sorveglianza all'Istituto, che valuta la completezza e la correttezza della documentazione di commessa e, se l'esito è positivo, predisporre la relazione di proposta al Comitato Tecnico, che è chiamato a deliberare sulla sorveglianza della certificazione.

In ogni caso l'audit supplementare o la valutazione documentale deve concludersi tre mesi dalla data dell'audit. Nel caso in cui l'organizzazione non procede alla chiusura dei rilievi riscontrati nelle modalità e nei tempi definiti, la commessa viene sottoposta al Comitato Tecnico per la decisione in merito alla sospensione/revoca della certificazione.

c) nel caso in cui venga riscontrata una situazione di non conformità particolarmente critica, in termini di numerosità e gravità delle violazioni, e/o nel caso in cui vengano rilevati, a carico dell'organizzazione, comportamenti professionalmente scorretti, la commessa viene sottoposta direttamente al Comitato Tecnico.

### **Sorveglianze nel settore IAF 28**

La sorveglianza annuale dovrà prevedere almeno un audit in cantiere/sito, in modo tale che, nell'arco di tempo di validità della certificazione (quindi durante le 2 verifiche di sorveglianza e l'audit di rinnovo), tutti i processi realizzativi, indipendentemente dalle tipologie di opere, rientranti nello scopo di certificazione siano sottoposti a verifica.

Inoltre, data la particolarità del settore e per tener conto di eventuali periodi d'inattività delle imprese coinvolte, le tolleranze sugli intervalli di sorveglianza possono essere ampliate fino a + tre mesi, limitatamente alle sole attività di cantiere, rispetto all'anno solare previsto dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1. Non si potrà comunque andare oltre i 23 mesi previsti dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1. 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 in accordo a quanto definito nel RT05. 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, l'Organismo potrà effettuare comunque l'audit di sorveglianza nei tempi sopra indicati, verificando i processi realizzativi mediante l'utilizzo di evidenze significative documentali che possano assicurare la funzionalità ed efficacia del SGQ. L'Istituto Meridiana dovrà comunque mantenere adeguate registrazioni dell'avvenuto accertamento della sussistenza di tale condizione particolare (mancanza cantiere) mediante dichiarazione firmata dal Legale Rappresentante dell'Organizzazione.

### **10.4.Audit di rinnovo della certificazione**

Lo scopo dell'audit di rinnovo della certificazione è quello di confermare la conformità continua e l'efficacia del sistema di gestione nel suo complesso, nonché la continua pertinenza ed applicabilità al campo di applicazione della certificazione.

L'audit di rinnovo della certificazione è pianificato e condotto, presso l'organizzazione o in condizioni di emergenza da remoto, per valutare il continuo soddisfacimento di tutti i requisiti della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo e deve essere pianificato e condotto nel tempo dovuto al fine di predisporre il rinnovo prima della scadenza del certificato.

L'audit di rinnovo della certificazione prende in considerazione le prestazioni del sistema di gestione nell'arco del periodo di certificazione e comprende il riesame dei precedenti audit di sorveglianza, i cui rapporti vengono forniti dal responsabile di schema all'auditor con l'incarico per l'audit.

Le attività di audit di rinnovo della certificazione possono avere necessità di un audit di Fase 1, qualora si siano verificate modifiche significative nel sistema di gestione, nell'organizzazione, o nel contesto in cui il sistema di gestione opera (per esempio modifiche nella legislazione). Le modifiche possono verificarsi in ogni momento durante il ciclo di certificazione e l'Istituto Meridiana potrebbe avere l'esigenza di eseguire un audit speciale che potrebbe essere o meno un audit in due fasi.

In caso di siti multipli o di certificazioni emesse dall'Istituto a fronte di più norme di sistema di gestione, la pianificazione dell'audit sarà tale da garantire un'adeguata copertura.

Il rinnovo è subordinato all'esito positivo di un nuovo audit completo che comprende l'analisi della documentazione e l'audit in campo che accerti quanto segue:

- l'efficacia del sistema di gestione nella sua globalità, alla luce di modifiche interne ed esterne, e la sua continua pertinenza ed applicabilità al campo di applicazione della certificazione;
- l'impegno dimostrato a mantenere l'efficacia ed il miglioramento del sistema di gestione al fine di rafforzare le prestazioni complessive;
- l'efficacia del sistema di gestione in riferimento al conseguimento degli obiettivi del cliente ed i risultati attesi del rispettivo sistema di gestione.

L'audit di rinnovo deve essere svolto prima della scadenza del certificato. Non sono ammesse proroghe alla scadenza del certificato.

Quando, durante un audit di rinnovo della certificazione, emergono rilievi, i tempi limite per l'attuazione di correzioni e/o azioni correttive saranno definiti dall'Istituto in modo da permettergli l'effettuazione di tutte le azioni conseguenti entro la data di scadenza del certificato.

L'Istituto prende le decisioni circa il rinnovo della certificazione basandosi sui risultati dell'audit, nonché sui risultati del riesame del sistema nell'arco del periodo di certificazione e sui reclami ricevuti da parte degli utilizzatori della certificazione.

La data di scadenza del certificato di rinnovo deve essere calcolata tre anni dopo la delibera di rinnovo del Comitato Tecnico.

Il certificato di rinnovo ha un termine di validità di tre anni che decorre dalla data della scadenza del precedente certificato, per garantire la continuità temporale dei certificati emessi.

L'Istituto Meridiana prende le decisioni circa il rinnovo della certificazione basandosi sui risultati dell'audit, nonché sui risultati del riesame del sistema nell'arco del periodo di certificazione e sui reclami ricevuti da parte degli utilizzatori della certificazione.

La data di scadenza del certificato di rinnovo deve essere calcolata tre anni dopo la delibera di rinnovo del Comitato Tecnico.

Il certificato di rinnovo ha un termine di validità di tre anni che decorre dalla data della scadenza del precedente certificato, per garantire la continuità temporale dei certificati emessi.

Se non risulta completato l'audit di rinnovo o sono scaduti i tempi per verificare l'attuazione delle correzioni e delle azioni correttive per ogni eventuale non conformità maggiore prima della data di scadenza della certificazione, il rinnovo non può essere deliberato e la validità della certificazione non può essere prorogata. L'organizzazione deve essere informata e l'Istituto deve spiegare le relative conseguenze.

Se le attività di rinnovo non sono completate con successo entro la data di scadenza del certificato occorre procedere, secondo applicabilità, come segue:

*a) L'attività di rinnovo (verifica e delibera) 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 l'Istituto può, entro 6 mesi, ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (es.: completamento dell'audit di rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità e relativa delibera): in tal caso, se si vuole mantenere la storicità del certificato, si riemette il certificato con evidenza sul certificato del periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.

È possibile anche non riportare la data iniziale del certificato (del ciclo/i precedente/i), ma anche in questo caso la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente, e la data di emissione (inizio di validità/effective date) deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo intervenuto dopo la scadenza. La durata della verifica è pari ad un audit di rinnovo.

*b) L'attività di rinnovo (verifica e delibera) è iniziata prima o dopo la data di scadenza della certificazione ma è terminata oltre i 6 mesi dalla data di scadenza, ma non oltre 1 anno dalla scadenza:*

A seguito della scadenza del certificato l'Istituto può, anche dopo i 6 mesi, ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (es: effettuazione o completamento dell'audit previsto per il rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità e relativa delibera): in tal caso, se si vuole mantenere la storicità del certificato, si riemette il certificato con

evidenza del periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione. La durata della verifica è pari ad un audit di Fase 2 (e come minimo non inferiore alla durata di un rinnovo). È possibile anche non riportare la data iniziale del certificato (del ciclo/i precedente/i), ma anche in questo caso la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente, e la data di emissione (inizio di validità /effective date) deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo intervenuto dopo la scadenza.

*c) L'attività di rinnovo (verifica e delibera) non viene completata entro 1 anno dopo la data di scadenza del certificato:*

L'Istituto deve effettuare una audit iniziale (o integrare la verifica eventualmente già iniziata, fino ad arrivare ad una durata pari ad una Fase 1 + Fase 2), 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'Istituto può sempre decidere di effettuare un audit iniziale (Fase 1 + Fase 2), emettendo un nuovo certificato senza mantenere la storicità del certificato.

Si precisa inoltre che:

- nel certificato non occorre riportare gli eventuali periodi di sospensione, ma solo i periodi di non validità dovuti ad un mancato rinnovo;
- anche se il certificato dovesse avere una durata inferiore ai 3 anni, per via del rinnovo posticipato, rimane pienamente applicabile il principio per cui nel ciclo di certificazione (dalla decisione di rinnovo, eventualmente posticipato, al rinnovo successivo) devono essere coperti tutti i requisiti e tutto lo scopo del certificato, con verifiche di sorveglianza condotte almeno 1 volta ogni anno.

### **10.5.Criteri per la definizione dei cantieri da sottoporre ad audit e relative metodologie di valutazione**

La verifica di rinnovo dovrà prevedere almeno un audit in cantiere/sito per un processo realizzativo di cui allo scopo di certificazione. Con riferimento ai criteri da seguire in occasione delle verifiche di rinnovo delle certificazioni, l'Istituto Meridiana segue le seguenti condizioni:

- l'audit deve essere effettuato in sede ed in cantiere. I tempi di audit devono essere calcolati sulla base del documento IAF MD 5 "IAF Mandatory Document For Duration of QMS and EMS Audits", considerando l'organico complessivo dei lavoratori dell'Impresa (sede + cantieri). Tali tempi saranno incrementati in funzione della complessità dei cantieri da verificare (es. cantieri con numerose attività appaltate);
- 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;
- non sono ammesse proroghe alle scadenze dei certificati; il riesame completo del sistema di gestione per la qualità ai fini della conferma per il triennio successivo, deve essere completato con sufficiente anticipo rispetto alla data di scadenza del certificato.

In casi di accertate e gravi difficoltà dell'Organizzazione nel disporre di cantieri operativi in occasione del periodo previsto per la verifica di rinnovo, si richiede che l'OdC effettui comunque la verifica nei tempi previsti (entro la scadenza del certificato), sia pur limitandosi, solo per ciò che attiene le verifiche connesse alle attività di cantiere, alla valutazione dei documenti di registrazione. Ad esito positivo della verifica nei termini sopra descritti, l'OdC potrà proporre al proprio Comitato di Certificazione, il rilascio del rinnovo della certificazione, subordinandolo ad una verifica di follow-up da compiersi non 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 sottolinea 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.

L'audit di rinnovo deve essere considerato, sia come atto conclusivo del triennio trascorso, sia come base di partenza per il triennio successivo. Indipendentemente dalla data di effettiva delibera del rinnovo della certificazione, che deve avvenire in ogni caso prima della scadenza del relativo certificato, l'Istituto Meridiana garantisce la continuità temporale della programmazione triennale e dei certificati emessi.

## **11. Audit Speciali**

### **11.1.Audit di estensione del campo di applicazione della certificazione**

L'estensione del campo di applicazione della certificazione ha lo scopo di ridefinire i requisiti normativi, le attività/processi e/o le unità operative/sedi certificate.

L'Istituto Meridiana, in risposta ad una domanda di estensione del campo di applicazione di una certificazione già rilasciata, deve intraprendere il riesame della domanda e stabilire le attività di audit necessarie per decidere se possa essere, o meno, concessa l'estensione. Tali attività possono essere effettuate unitamente ad un audit di sorveglianza.

Un'evidenza documentale sostitutiva, per il settore IAF28, non può essere utilizzata nei casi di richiesta di estensione del campo di applicazione della certificazione. L'estensione di un'attività associata ad una tipologia di opera può essere concessa solo a seguito di verifica in un cantiere operativo e significativo.

Nel caso in cui l'audit abbiano esito positivo, l'Istituto emette un nuovo certificato nelle modalità definite per il rilascio di una

nuova certificazione.

### 11.2. Riduzione del campo di applicazione

La riduzione del campo di applicazione della certificazione può aversi in qualsiasi momento della durata del contratto e può essere richiesta dall'organizzazione o può essere decisa dall'Istituto. Essa può riguardare i requisiti della norma per la certificazione, le attività/processi e/o le unità operative/sedi certificate che non soddisfano o rispettino i requisiti della certificazione e dei regolamenti tecnici di Accredia ove presenti.

La riduzione del campo di applicazione è possibile:

- per alcune linee di prodotto/servizio;
- per requisiti e/o processi la cui esclusione non compromette la capacità dell'organizzazione di fornire prodotti/servizi rispondenti ai bisogni ed alle attese dei clienti ed ai requisiti cogenti applicabili.

A seguito della richiesta da parte dell'organizzazione, l'Istituto, che può decidere di:

- effettuare un esame della documentazione del sistema di gestione e rilasciare la riduzione sulla base dell'analisi documentale;
- effettuare un audit straordinario a carico dell'organizzazione.

La riduzione del campo di applicazione della certificazione può essere disposta anche dall'Istituto nel caso in cui l'organizzazione:

- abbia apportato modifiche al sistema di gestione;
- abbia cessato una parte delle attività/processi e/o le unità operative/sedi certificate;
- non ha consentito all'Istituto di verificare tutti i processi descritti nel campo di applicazione, nel corso del triennio di validità della certificazione;
- abbia mancato, in modo persistente o grave, di rispettare i requisiti della certificazione relativamente a quelle parti del campo di applicazione della certificazione;
- abbia affittato, ceduto, fuso, scisso, conferito l'azienda o un suo ramo.

Con la riduzione del campo di applicazione della certificazione viene emesso un nuovo certificato, per cui l'organizzazione è tenuta a:

- restituire il vecchio certificato di conformità, entro 15 giorni dalla comunicazione;
- non fare uso di copie e/o riproduzioni del vecchio certificato;
- interrompere ogni forma di pubblicità relativa alla vecchia certificazione;
- portare a conoscenza dei terzi interessati, con mezzi adeguati, la nuova condizione della certificazione stessa, in tutti i casi in cui la medesima è determinante ai fini dell'acquisizione o del mantenimento di un contratto/fornitura.

L'organizzazione resta nell' "Elenco delle Organizzazioni Certificate" con il campo di applicazione modificato e comunicato:

- ad Accredia nei tempi e modi da questo stabiliti, specificando i motivi del provvedimento deciso;
- all'Autorità Nazionale Anticorruzione con i tempi e le modalità da questa stabiliti (solo per le organizzazioni appartenenti al settore IAF28).

Su richiesta di qualsiasi parte, l'Istituto dichiara formalmente lo stato della certificazione dell'organizzazione e se essa è ridotta.

### 11.3. Audit supplementare e straordinario

Audit supplementari e/o straordinari possono essere disposti dall'Istituto a seguito dell'identificazione di situazioni inadeguate.

Tali audit possono essere disposti nei seguenti casi:

- gravi carenze documentali od applicative del sistema di gestione;
- disposizioni del Comitato Tecnico;
- uso improprio del marchio e della certificazione;
- procedimenti giudiziari connessi alla responsabilità da prodotto/servizio difettoso;
- mancato rispetto della normativa cogente;
- variazioni significative nella struttura organizzativa e proprietaria, compresi i cambi della sede legale e/o operativa della ragione sociale
- esito negativo del riesame della commessa da parte del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità;
- verifica di chiusura di rilievi.

Gli audit supplementari e straordinari comportano un costo per l'organizzazione quotato in ore/uomo all'importo definito in offerta.

Gli audit supplementari e/o straordinari sono notificati all'organizzazione con congruo anticipo, possono avere una tolleranza di  $\pm 1$  mese rispetto alla data programmata e sono condotti con le modalità indicate nella presente procedura. Nessuna deroga è ammessa relativamente al rispetto della tolleranza sopra indicata.

Nel caso in cui l'audit supplementare/straordinario coincide con l'audit di sorveglianza o rinnovo, quest'ultimo può sostituire o estendere l'audit supplementare /straordinario programmato e pianificato.

L'audit supplementare è finalizzato esclusivamente alla valutazione dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni intraprese a seguito delle carenze precedentemente riportate, con estensione alle aree/processi ad esse strettamente collegate, salvo diverse indicazioni dell'Istituto, nel piano di audit.

La documentazione relativa agli audit supplementari e/o straordinari pervenuta all'Istituto viene sottoposta al Comitato Tecnico per la delibera. Gli audit supplementari non modificano il calendario previsto dal programma di audit.

#### 11.4. Audit con breve preavviso

Può essere necessario che l'Istituto Meridiana conduca audit con breve preavviso o senza preavviso ad organizzazioni certificate per indagare sui reclami scritti e oggettivamente motivati pervenuti all'Istituto Meridiana e/o ad Accredia, o in seguito a modifiche da parte di queste o come azione conseguente nei confronti di queste a cui è stata sospesa la certificazione.

In tali casi:

- l'Istituto Meridiana descrive e rende noto, con almeno 5 giorni di preavviso, alle organizzazioni certificate, nei documenti contrattuali, le condizioni in base a cui sono eseguiti questi audit con breve preavviso;
- l'Istituto Meridiana pone particolare cura nella designazione del gruppo di audit a causa della mancanza di possibilità, da parte dell'organizzazione, di ricusare i membri del gruppo di audit. Normalmente sono nominati auditor quelli già incaricati presso l'organizzazione, per i quali non sono pervenute motivate ricusazioni e dai questionari di soddisfazione compilati dall'organizzazione non risulti alcun appunto negativo.

L'organizzazione ha l'obbligo di consentire l'accesso al gruppo di audit pena la sospensione della certificazione.

La documentazione relativa agli audit con breve preavviso pervenuta all'Istituto Meridiana viene sottoposta al Comitato Tecnico per la delibera.

#### 11.5. Market Surveillance Visit settore IAF28

Allo scopo di accertare che le modalità di valutazione adottate dall'Istituto Meridiana siano conformi alle norme di riferimento, Accredia può richiedere:

- la partecipazione di suoi osservatori agli audit effettuati dall'Istituto Meridiana;
- l'effettuazione di visite presso l'organizzazione certificata, direttamente attraverso l'uso di proprio personale.

La partecipazione di osservatori agli audit e/o l'eventuale visita condotta direttamente attraverso l'uso di personale di Accredia, è preventivamente concordata tra l'Istituto Meridiana e l'organizzazione.

Qualora l'organizzazione non conceda il proprio benessere, la validità del certificato è sospesa fino a quando non viene concesso il benessere alla verifica, per un periodo massimo di 3 mesi.

Scaduti i 3 mesi, in assenza di benessere alla verifica, la certificazione viene revocata.

Le modalità di accertamento utilizzate dagli Enti di Accreditamento, sono riportate in appositi regolamenti e/o comunicazioni / circolari disponibili sui siti web degli stessi.

L'organizzazione dovrà rendere disponibile ad Accredia la documentazione che l'Istituto Meridiana ha preso a riferimento durante gli audit precedenti.

#### 12. Trasferimento della Certificazione

Per "*trasferimento di certificazione*" si intende il riconoscimento di un certificato di sistema di gestione di un'organizzazione, in essere e valido, emesso da altro OdC (emittente), accreditato da Accredia o da organismi firmatari degli accordi MLA EA, PAC, IAAC o IAF, sempre sotto riconoscimento Accredia, inseriti in apposito elenco disponibile sul sito [www.accredia.it](http://www.accredia.it), per emettere un proprio certificato.

L'Istituto Meridiana nella gestione del trasferimento di certificazioni da un Organismo di Certificazione all'altro fa riferimento a quanto riportato nella Guida IAF MD 2.

La richiesta di trasferimento viene fatta dall'organizzazione, che compila la scheda informativa per fornire le evidenze richieste dall'Istituto ed invia la documentazione di audit dell'ultimo triennio di certificazione, compresi i rilievi e le evidenze della loro chiusura, in suo possesso.

L'Istituto Meridiana, nell'ottica della cooperazione tra gli OdC emittenti ed accettanti, chiede all'OdC emittente, informazioni circa la validità del certificato, il rapporto del più recente audit di certificazione/rinnovo, i rapporti delle successive sorveglianze, gli eventuali rilievi emersi con le evidenze della chiusura degli stessi, informazioni sui reclami ricevuti e qualunque altra documentazione pertinente disponibile, relativa al processo di certificazione dell'organizzazione richiedente.

L'Istituto Meridiana conduce un riesame delle informazioni e dei documenti acquisiti (pre-transfer review), finalizzato alla valutazione dei seguenti aspetti:

1. lo stato di accreditamento dell'OdC emittente;
2. la conferma che le attività dell'organizzazione ricadono nel campo di accreditamento dell'Istituto;
3. norma di riferimento e le eventuali esclusioni;
4. le motivazioni per cui il trasferimento viene richiesto;
5. la dichiarazione che l'organizzazione non abbia procedimenti giudiziari in corso e/o cause legali pendenti relativamente alle attività per le quali si richiede la certificazione;
6. se vi sono non conformità, rilevate dall'OdC emittente, ancora aperte;
7. la validità del certificato, in termini di autenticità, durata, campo di applicazione delle attività coperte dalla certificazione, campo di applicazione dell'accREDITAMENTO, in relazione al sito o ai siti per i quali viene fatta richiesta di trasferimento. Se possibile, la validità del certificato e le NC ancora aperte saranno verificate con l'OdC emittente, a meno che non abbia cessato di operare;
8. la valutazione del rapporto del più recente audit di certificazione/rinnovo, dei rapporti delle successive sorveglianze, di eventuali NC emerse e di qualunque documentazione pertinente disponibile relativa al processo di certificazione (es. note scritte, liste di riscontro, etc.);
9. la verifica della documentazione del sistema di gestione dell'organizzazione;

10. gli eventuali ricorsi/reclami ricevuti dall'organizzazione;
  11. la fase in cui si trova il processo di certificazione in essere;
- per ottenere sufficienti informazioni al fine di prendere la decisione di trasferire la certificazione.

Il pre-transfer review, può avere uno degli esiti di seguito riportati:

- 1) esito positivo, ossia non esistono motivi che bloccano il trasferimento della certificazione;
- 2) richiesta di un audit presso l'organizzazione (pre-transfer visit), ad es. nei casi di non conformità gravi non ancora chiuse, per confermare la validità della certificazione. Si precisa che tale visita non costituisce attività di audit da inserire nel programma triennale;
- 3) esito negativo l'organizzazione viene considerata come nuovo cliente.

Al termine del pre-transfer review e dell'eventuale pre-transfer visit, se il riesame si conclude con esito positivo, ossia non esistono motivi che bloccano il trasferimento della certificazione, viene emessa l'offerta per le attività di audit ancora da svolgere, in rispetto della programmazione emessa dall'altro OdC. Dopo la sottoscrizione dell'offerta e del regolamento di certificazione da parte dell'organizzazione, il procedimento viene sottoposto al Comitato Tecnico per la delibera della certificazione in continuità con quella precedente.

Se il riesame termina con esito negativo, l'organizzazione viene considerata come nuovo cliente.

In caso di transfer il certificato emesso dall'Istituto manterrà la scadenza di quello dell'OdC emittente e riporterà quale data di prima emissione e di emissione corrente quella della delibera di trasferimento del Comitato Tecnico dell'Istituto, con la scritta "Il presente sostituisce il certificato n. --- del --- con prima emissione del --- rilasciato da altro OdC".

L'organizzazione che ha ottenuto il trasferimento della certificazione viene successivamente sottoposta agli audit di sorveglianza, rispettando la cadenza delle annualità riferite alla prima emissione.

L'Istituto in tutti i casi di trasferimento della certificazione richiede all'organizzazione la sottoscrizione per accettazione del Regolamento per la certificazione disponibile sul sito internet dell'Istituto Meridiana: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

### **13. Cessione, fitto, conferimento di azienda/ramo d'azienda**

Un'organizzazione che acquisisce (cessione, fitto, conferimento) un'azienda/un ramo di azienda già certificata dall'Istituto deve presentare domanda di certificazione (scheda informativa) all'Istituto, che provvederà a richiedere i seguenti documenti:

- certificato camerale dell'organizzazione richiedente la certificazione;
- atto pubblico di cessione/fitto/conferimento;
- manuale del sistema di gestione aggiornato con l'intestazione dell'organizzazione richiedente la certificazione, nonché la documentazione del sistema di gestione relativa alla struttura (organigramma nominativo) e al processo centrale.

L'Istituto, prima di sottoporre il procedimento al Comitato Tecnico, effettua la valutazione dello scopo di certificazione richiesto:

- scopo di certificazione richiesto uguale o ridotto rispetto a quello dell'organizzazione cedente, stesso staff direzionale (direzione, responsabile qualità, responsabile cantiere) e stesso sistema di gestione dell'organizzazione cedente, il processo di certificazione può essere concluso, senza effettuare l'audit c/o l'organizzazione, presentando il procedimento al Comitato Tecnico per l'emissione del certificato e la revoca di quello dell'organizzazione cedente;
- scopo di certificazione richiesto più esteso di quello dell'organizzazione cedente, stesso staff direzionale (direzione, responsabile qualità, responsabile cantiere) e stesso sistema di gestione, il processo di certificazione può essere avviato sottoponendo al Comitato lo scopo di certificazione dell'organizzazione cedente, e procedendo successivamente all'audit di estensione per le attività non incluse nel certificato già esistente;
- scopo di certificazione richiesto è diverso da quello dell'organizzazione già certificata. In tal caso è necessario attendere tre mesi per l'applicazione del sistema e di tutte le attività inerenti per potere procedere con l'audit. Il procedimento sarà gestito come una nuova certificazione.

Un'organizzazione che acquisisce un'azienda o un ramo non certificata deve applicare il sistema di gestione per almeno tre mesi prima di procedere all'audit per la certificazione. Tale caso viene gestito come una nuova certificazione.

In tutti i casi di cessione, fitto, conferimento di un'azienda/un ramo di azienda, l'Istituto procede contestualmente all'emissione del certificato in capo all'organizzazione richiedente ed alla revoca della certificazione dell'organizzazione cedente.

### **14. Trasformazione di società e variazione di denominazione e sede**

Un'organizzazione che trasforma la ragione sociale, la denominazione sociale e la sede legale deve inviare comunicazione scritta all'Istituto dell'avvenuta modifica, con la copia del certificato camerale e il manuale qualità revisionato. Il responsabile di schema verifica i documenti e, in caso positivo si procede all'emissione del nuovo certificato senza effettuare l'audit.

Quando invece l'organizzazione varia la sede operativa, ossia quella dove si svolgono di fatto le attività, ad esclusione per il settore IAF 28, deve inviare sempre la comunicazione scritta all'Istituto dell'avvenuta modifica, con la copia del certificato camerale e il manuale qualità revisionato e l'Istituto procederà ad effettuare l'audit supplementare/straordinario, quotato come in offerta ed emettere un nuovo certificato. Se la richiesta perviene in prossimità di un audit pianificato, l'Istituto procederà a verificare la modifica della sede operativa in quello stesso audit ed emettere il nuovo certificato. In tale sede saranno sempre verificati i requisiti relativi alla struttura e all'ambiente di lavoro.

## 15. Certificazione di organizzazioni multisito

L'organizzazione multi sito è un'organizzazione che ha una funzione centrale identificata (sede centrale), in cui sono accentrate le attività di pianificazione, gestione e controllo dei siti periferici o filiali in cui queste attività sono condotte in toto o parzialmente. Una tale organizzazione non è necessariamente un'unica entità legale, ma ogni sito deve avere un legame legale o contrattuale con la sede centrale e deve operare secondo lo stesso sistema di gestione, definito e soggetto a sorveglianza continua da parte della sede centrale.

L'Istituto per la certificazione di un'organizzazione multisito fa riferimento a quanto riportato nella Guida IAF MD 1.

La certificazione di un'organizzazione multi sito prevede la verifica della sede centrale e di un campione di siti predeterminato dall'Istituto, purché:

- i prodotti/servizi forniti da tutti i siti devono essere sostanzialmente dello stesso tipo e devono essere prodotti con gli stessi metodi e le stesse procedure;
- l'attività oggetto della certificazione sia la stessa per tutti i siti;
- l'organizzazione applichi lo stesso sistema di gestione per tutti i siti. Il sistema di gestione deve essere gestito centralmente, sotto un piano di controllo centralizzato e deve essere soggetto a riesami della direzione centrale;
- tutti i siti pertinenti devono essere soggetti al programma di audit interno dell'organizzazione e la stessa deve avere effettuato un audit interno ad ogni sito ed deve avere verificato, dopo la chiusura delle eventuali azioni correttive, la sua conformità alla norma di riferimento;
- le organizzazioni che sviluppano processi in differenti strutture, dove i processi non sono simili ma chiaramente collegati, la documentazione di sistema deve indicare chiaramente le attività inerenti al sistema di gestione gestite nella sede centrale e le attività gestite presso i siti periferici; il piano di campionamento dei siti in fase di audit dell'Istituto deve includere un esempio di ogni processo gestito;
- l'organizzazione deve dimostrare la propria autorità e capacità a promuovere i necessari cambiamenti all'interno dell'azienda; deve inoltre dimostrare la sua capacità di raccogliere ed analizzare i dati di raccogliere ed analizzare i dati provenienti da tutti i siti, compresa la sede centrale, quali:
  1. i risultati delle verifiche interne della sede principale e dei siti periferici
  2. i risultati del riesame della direzione
  3. le variazioni nella dimensione dei siti
  4. le variazioni nello scopo dell'attività dei siti
  5. la complessità del sistema di gestione
  6. le variazioni nelle procedure di lavoro
  7. le variazioni nelle attività intraprese
  8. la potenziale interazione tra i siti
  9. i requisiti legali differenti.

Il numero dei siti da verificare viene definito nella maniera che segue:

- per l'audit iniziale = la radice quadrata del numero dei siti arrotondato all'intero superiore;
- per l'audit di sorveglianza = coefficiente 0,6 per la radice quadrata dei siti da verificare arrotondato all'intero superiore;
- per l'audit di rinnovo = stessa metodologia per l'audit iniziale con possibilità di utilizzare un coefficiente 0,8.

Il campionamento dei siti può essere incrementato in funzione:

- dell'elevata dimensione dei siti e dell'elevata numerosità dei dipendenti;
- della complessità dei processi o del sistema;
- di differenze nei processi produttivi e nelle attività intraprese;
- dei reclami e delle azioni correttive e preventive intraprese;
- di aspetti multinazionali dell'organizzazione;
- dei risultati degli audit interni.

Ogni sito incluso nel sistema di gestione che sia ritenuto ad alto rischio deve essere verificato dall'Istituto in fase di audit di certificazione.

La pianificazione viene effettuata in modo che il criterio sia reso disponibile anche all'organizzazione cliente. La motivazione del piano di campionamento viene inoltre documentata per ciascun cliente.

Il programma delle sorveglianze deve comprendere tutti i siti dell'organizzazione o all'interno dello scopo della certificazione del sistema di gestione. Nel caso di una non conformità rilevata sia nella sede principale che in un singolo sito, l'azione correttiva intrapresa si applica alla sede principale e a tutti i siti compresi nel campo di applicazione della certificazione.

Almeno il 25% dei siti da sottoporre ad audit saranno scelti casualmente. I rimanenti siti saranno individuati in modo da garantire, all'interno del triennio di validità della certificazione, la verifica sul maggior numero dei siti possibili.

Esempi di possibili organizzazioni multisito a campionamento sono:

- clienti operanti in franchising;
- organizzazioni produttive con una rete di uffici vendite;
- organizzazioni con filiali.

Variabili che possono rendere non idoneo un cliente per una certificazione multisito a campionamento:

- alcuni settori industriali non sono idonei per il campionamento a causa del rischio o della complessità associata a quell'industria o alla relativa attività;
- dimensione dei siti;
- uso di siti temporanei che operano con il sistema di gestione per la qualità;



- variazioni nell'implementazione del sistema di gestione per la qualità presso i siti periferici.

### **Determinazione dei tempi di audit**

L'Istituto Meridiana calcola i tempi di audit per la valutazione dei siti campionati, secondo le modalità definite nella procedura di riferimento, basando il sistema di calcolo sugli stessi parametri, sopra riportati, che caratterizzano i criteri del campionamento.

Quando si estende la certificazione di un'organizzazione multisito a nuove sedi, queste vengono considerate come un gruppo indipendente ai fini della determinazione del campione. Al termine del processo di estensione della certificazione, le nuove sedi vengono considerate un solo gruppo con le precedenti per la determinazione delle dimensioni del campione, per i successivi audit di sorveglianza e rinnovo.

### **Conduzione e Risultanze dell'audit**

Le attività di audit presso le organizzazioni multisito vengono svolte in conformità alla procedura di riferimento.

Nel caso in cui, il campionamento prevede la conduzione dell'audit in contemporanea presso siti diversi dell'organizzazione, la Direzione designa un unico responsabile del gruppo di audit, che ha anche il compito di mettere insieme i riscontri provenienti da tutti gli auditor e di redigere un rapporto di audit complessivo.

Quando vengono riscontrate presso un sito delle NC/OSS, il responsabile del gruppo di audit chiede all'organizzazione di riesaminare le cause, per stabilire se indicano una carenza globale del sistema applicabile a tutti i siti. In caso affermativo, il responsabile del gruppo di audit chiede l'attuazione delle azioni correttive su tutti i siti compresa la sede centrale.

In caso contrario, e dopo aver fornito un'adeguata giustificazione, l'organizzazione può attuarle solo presso i siti carenti.

L'Istituto Meridiana in caso di NC può decidere di aumentare la frequenza del campionamento degli audit, fino all'acquisizione dell'evidenza della rimozione delle cause che hanno generato il problema. Le NC bloccano la certificazione dell'organizzazione e devono essere gestite come definito nella procedura di riferimento. Non è possibile superare il blocco, escludendo dal campo di applicazione, nel corso del processo di certificazione, il sito che ha fatto rilevare la NC.

Qualora la verifica abbia esito positivo, il certificato sarà emesso tenendo presente quanto segue:

- il campo di applicazione o gli altri riferimenti sul certificato devono indicare con chiarezza che le attività sono svolte dalla rete dei siti riportati nell'elenco;
- se il campo di applicazione della certificazione dei siti è emesso solo come parte del campo di applicazione generale;
- dell'organizzazione, la sua applicabilità a tutti i siti deve risultare chiaramente sul certificato o su qualsiasi altro documento;
- quando i siti temporanei sono inclusi nel campo di applicazione, tali siti devono essere identificati come temporanei nei documenti di certificazione;
- possono essere emessi documenti di certificazione per ogni sito coperto dalla certificazione, a condizione che contenga lo stesso campo di applicazione o parte di esso e includa un riferimento chiaro al certificato principale;
- il certificato viene ritirato nella sua totalità, se la sede centrale o un qualunque altro sito non risulta conforme ai criteri necessari per il mantenimento della certificazione;
- l'elenco di tutti i siti deve essere mantenuto aggiornato da parte dell'Istituto Meridiana. A questo scopo, l'Istituto Meridiana chiede che l'organizzazione lo informi circa la chiusura di un qualunque sito. La mancanza di questa informazione sarà considerata dall'Istituto Meridiana come uso scorretto del certificato, per cui agirà di conseguenza come definito nella procedura di riferimento;
- si possono aggiungere su un certificato già esistente siti aggiuntivi, previo svolgimento di audit di estensione del campo di applicazione della certificazione, come definito nella procedura.

## **16. Uso del marchio e del certificato**

L'organizzazione che ha ottenuto la certificazione del proprio sistema di gestione, può pubblicizzare la stessa, utilizzando il marchio dell'Istituto, riportandolo sulla carta utilizzata per la corrispondenza, nella comunicazione effettuata attraverso stampa, audiovisivi, mezzi, sito internet ecc.

La pubblicità deve essere effettuata senza nessuna ambiguità nei marchi o nei testi che li accompagnano, circa cosa sia stato certificato e quale organismo abbia rilasciato la certificazione stessa.

Il marchio dell'Istituto deve apparire congiuntamente al marchio o alla ragione sociale dell'organizzazione certificata. Al marchio dell'Istituto non deve essere dato maggiore rilievo di quello dell'organizzazione o della dicitura che illustra la ragione sociale della stessa.

Per le certificazioni rilasciate in settori e/o schema sotto accreditamento Accredia, l'Istituto prescrive alle organizzazioni clienti di utilizzare il proprio marchio congiuntamente al marchio di Accredia.

Questo deve essere utilizzato con le modalità descritte nel Regolamento per l'utilizzo del marchio di accreditamento Accredia, disponibile sul sito [www.accredia.it](http://www.accredia.it).

L'Istituto fornisce puntuali istruzioni sull'uso del proprio marchio nel Regolamento per la Pubblicità della Certificazione disponibile nell'ultima revisione sul sito: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it).

## **17. Sospensione della certificazione**

La sospensione della certificazione è un provvedimento cautelare che comporta la temporanea non validità della stessa.



L'Istituto può sospendere la certificazione, in qualunque momento durante i tre anni di validità, per le seguenti motivazioni:

- il sistema di gestione certificato dell'organizzazione non rispetta più, in modo persistente o grave, i requisiti della certificazione, compresi i requisiti relativi all'efficacia del sistema di gestione, equivalente a:
  1. non conformità riscontrate in audit di sorveglianza/estensione/rinnovo;
  2. elevato numero di osservazioni tali da mettere in discussione la conformità e l'efficacia del sistema;
  3. mancato rispetto dei requisiti cogenti di prodotto/servizio;
  4. mancata adozione delle correzioni e/o azioni correttive, nei tempi concordati;
  5. mancato adeguamento del sistema di gestione alle modifiche della norma di riferimento e/o regole di certificazione, entro i tempi previsti;
  6. mancata gestione dei reclami e/o segnalazioni connessi con il sistema di gestione certificato;
  7. inosservanza degli impegni descritti nel presente regolamento;
  8. comportamenti scorretti e lesivi dell'immagine degli auditor dell'Istituto;
  9. coinvolgimento dell'organizzazione in procedimenti giudiziari/amministrativi tali da compromettere la conformità alla norma di riferimento;
  10. decisioni del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità o di Accredia a seguito di comunicazioni circa situazioni diffamanti rilevate da qualsiasi autorità di controllo nonché eventuali sospensioni o revoche di autorizzazioni, concessioni, ecc. relative all'oggetto della certificazione;
  11. correzioni non soddisfacenti dell'uso improprio della certificazione, del marchio dell'Istituto e di Accredia e del certificato.
- l'organizzazione non consente lo svolgimento dell'audit di sorveglianza, supplementari, straordinari, con breve preavviso o di rinnovo della certificazione con la periodicità necessaria, o non consente la presenza degli ispettori Accredia durante l'audit;
- l'organizzazione, operante nel settore IAF28, non ha cantieri/siti operativi da sottoporre ad audit per il rinnovo, oltre la tolleranza dei tre mesi dall'audit parziale di sistema, previsti dal regolamento tecnico RT 05;
- morosità nel pagamento oltre i 30 gg dalla data di emissione del documento di addebito del corrispettivo dovuto;
- l'organizzazione non comunica all'Istituto l'intenzione e le modalità di modifica del sistema di gestione e/o altre, quali: cambio denominazione sociale, sede legale e/o operativa, tipologia societaria etc..;
- l'organizzazione non comunica all'Istituto fatti che possono inficiare l'efficacia e/o l'affidabilità del sistema certificato (anche appresi a mezzo stampa);
- eventuali condizioni dettagliate sul certificato non sono rispettate;
- richiesta volontaria di sospensione da parte dell'organizzazione.

In tutti i casi sopra elencati, l'Istituto invia all'organizzazione un richiamo scritto, invitandola a regolarizzare la posizione entro un congruo termine, altrimenti procede con la sospensione della certificazione.

La sospensione della certificazione è notificata all'organizzazione con lettera raccomandata R.R/posta elettronica certificata, sottoscritta per decisione dal Legale Rappresentante, indicando il motivo della sospensione, le azioni correttive richieste per rimuovere le cause e i tempi entro cui attuarle. Relativamente ai sottopunti: 1 (solo per estensioni e rinnovi) e 2, tale provvedimento è comminato previa delibera del Comitato Tecnico.

Il periodo di sospensione non può essere superiore a 6 mesi, a meno di casi particolari valutati dal Legale Rappresentante e/o Comitato Tecnico.

L'organizzazione a cui è stata sospesa la certificazione non viene eliminata dall'"Elenco delle Organizzazioni Certificate" disponibile sul sito: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it), e l'Istituto può rendere pubblica la sospensione con le modalità che ritiene più opportune.

Su richiesta di qualsiasi parte, l'Istituto dichiara formalmente lo stato della certificazione dell'organizzazione e se essa è sospesa.

A seguito della sospensione della certificazione, l'organizzazione deve:

- astenersi dall'utilizzare il certificato, o sue copie e/o riproduzioni;
- cessare l'utilizzazione del marchio dell'Istituto e di Accredia;
- astenersi dal pubblicizzare ulteriormente la certificazione;
- portare a conoscenza dei terzi interessati, con mezzi adeguati, la condizione di sospensione della certificazione stessa, in tutti i casi nei quali la medesima è determinante ai fini dell'acquisizione o del mantenimento di un contratto/fornitura.

La sospensione della certificazione può essere globale o parziale (es. quando riguarda alcune o tutte le sedi/filiali/stabilimenti di un'organizzazione) o può essere per intero o per una parte (es. quando riguarda tutta o solo una parte dell'attività oggetto di certificazione).

Se l'organizzazione non risolve nel tempo stabilito le problematiche oggetto della sospensione, l'Istituto provvede a sanzionarla con la revoca o riduzione dello scopo di certificazione.

L'organizzazione può formalmente richiedere la revoca della sospensione quando ritiene di avere rimosso le cause che hanno portato al provvedimento.

Le spese sostenute dall'Istituto per eventuali audit richiesti dal provvedimento di sospensione sono a carico dell'organizzazione.

L'organizzazione può appellarsi ai provvedimenti di sospensione della certificazione come previsto nel presente regolamento.

## 18. Recesso dal contratto di certificazione e rinuncia alla certificazione

L'organizzazione può esercitare il diritto di recesso dal contratto sottoscritto e rinunciare alla certificazione, almeno 120 giorni prima della data prevista per l'audit di sorveglianza, supplementare o di rinnovo, salvo la possibilità di recedere in qualsiasi momento per giusta causa o giustificato motivo (adeguatamente documentato pena l'inammissibilità della richiesta di recesso), dandone avviso all'Istituto con lettera raccomandata R.R/posta elettronica certificata, che provvede alla immediata sospensione della validità del certificato, fino alla prima riunione utile del Comitato Tecnico che deciderà in merito.

L'Istituto può richiedere all'organizzazione di fornire ulteriore documentazione al fine di meglio comprendere la causa della rinuncia (casi esemplificativi, ma non esaustivi di recesso per giusta causa o giustificato motivo possono essere: dichiarazioni di fallimento, bancarotta, insolvenza, improvvisa morte/decesso del titolare nel caso di ditta individuale). L'organizzazione, nel caso in cui l'Istituto venga sospeso temporaneamente dall'attività di certificazione, in assenza di una ricaduta diretta sull'organizzazione (variazione dello stato di validità della certificazione e relativa copertura dell'accreditamento), per controversie di qualsiasi natura che possono insorgere con Accredia, non può rinunciare alla certificazione adducendo tale condizione temporanea di sospensione dell'Istituto quale giusta causa o giustificato motivo. Tale facoltà, in parziale deroga a quanto esposto, è ammissibile solo ed esclusivamente quando le date degli audit obbligatori di sorveglianza o rinnovo (a meno degli anticipi/posticipi regolamentari previsti) ricadono all'interno del periodo temporale di sospensione.

Il recesso dal contratto di certificazione senza giusta causa o giustificato motivo comporterà il pagamento da parte dell'organizzazione di un importo relativo alle attività di pianificazione ed organizzazione dell'audit svolte dall'Istituto, commisurato approssimativamente nel 20% del residuo del contratto stipulato.

Il recesso è deliberato dal Comitato Tecnico, con efficacia immediata.

Il recesso può avvenire anche a seguito della mancata accettazione delle modifiche del regolamento per la certificazione, secondo le condizioni contrattuali definite nel regolamento precedentemente accettato dall'organizzazione.

Il recesso comporta per l'organizzazione:

- la restituzione dell'originale del/i certificato/i di conformità, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione;
- il non utilizzo delle copie e/o riproduzioni del certificato;
- la cessazione dell'utilizzazione del marchio dell'Istituto e di Accredia e dei riferimenti alla certificazione;
- l'interruzione di ogni forma di pubblicità della certificazione;
- portare a conoscenza dei terzi interessati, con mezzi adeguati, la rinuncia della certificazione stessa, in tutti i casi nei la medesima è determinante ai fini dell'acquisizione o del mantenimento di un contratto/fornitura.

L'Istituto, nel caso in cui l'organizzazione decida di recedere dal contratto in fase di preparazione degli audit ovvero non ne permette la regolare conduzione, ha la facoltà di sospendere il certificato di conformità dalla data di ricezione della disdetta e revocarla alla data di scadenza annuale come da "Programma Generale di Audit".

L'Istituto, inoltre, comunica:

- ad Accredia con il sistema di comunicazione PPC e con i tempi da questi definiti, eliminando il certificato dall'elenco dei certificati online, dalla data di delibera del Comitato Tecnico;
- solo per organizzazioni operanti nello schema SGQ, settore IAF28, ed ove applicabile, all'Autorità Nazionale Anticorruzione ed alla SOA (Società Organismo di Attestazione) di riferimento il provvedimento intrapreso con le relative motivazioni, entro e non oltre cinque giorni dall'annullamento e revoca o decadenza del certificato di conformità, ai sensi delle vigenti normative e cancella l'organizzazione dall'Elenco delle Organizzazioni Certificate. L'organizzazione, infine, deve cessare immediatamente qualsiasi utilizzo del certificato di conformità e del marchio di certificazione ed accreditamento.

L'Istituto non è responsabile dell'uso improprio del certificato e del marchio Accredia che l'organizzazione ha continuato ad usare ed esibire durante il periodo che intercorre fra il penultimo audit condotto regolarmente e l'ultimo audit impossibilitato a condurre a causa della disdetta. L'Istituto, nel caso di controversie che dovessero insorgere con parti terze, si dichiara fin d'ora estranea ad ogni fatto e si riserva di richiedere eventuali risarcimenti per danni subiti se coinvolta in qualità di Ente di Certificazione.

L'organizzazione che ha deciso di rinunciare alla certificazione deve restituire l'originale del certificato di conformità ed interrompere l'utilizzo dello stesso, del marchio di certificazione e di accreditamento, ove applicabile.

L'organizzazione deve dare notizia dell'avvenuta cancellazione a tutti gli Enti, pubblici e privati, cui ha dato prova della sua certificazione entro e non oltre 10 giorni dalla comunicazione.

L'Istituto rende noto tale provvedimento attraverso pubblicazione sul proprio sito web [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it) o qualunque altro mezzo ritenuto idoneo e si riserva di richiedere il risarcimento per eventuali danni subiti o di promuovere azioni per ottenere il rispetto delle presenti condizioni.

## 19. Revoca della Certificazione

La certificazione può essere revocata, in qualunque momento durante i tre anni di validità, dal legale rappresentante, nei seguenti casi:

- persistenza, oltre i sei mesi, delle cause che hanno determinato la sospensione;
- rinuncia alla certificato e recesso contrattuale;
- reiterata indisponibilità ad acconsentire all'esecuzione dell'audit da parte dell'Istituto e/o di Accredia, nella quale viene
- ricompresa anche la mancata risposta a più solleciti di comunicazione di cantieri aperti, per il solo settore IAF 28;
- ripetuta inosservanza degli impegni assunti con Istituto per porre rimedio alla carenza del sistema di gestione per la qualità

- riscontrate e segnalate nel corso degli audit;
- gravi violazioni o irregolarità nell'utilizzo del certificato e/o marchio di certificazione;
- gravi violazioni o irregolarità del contratto e del regolamento per la certificazione;
- cessazione dell'attività oggetto della certificazione per un periodo superiore a dodici mesi;
- fallimento o liquidazione dell'organizzazione;
- accertata inosservanza della normativa cogente con particolare riferimento ad eventuali procedimenti giudiziari e/o amministrativi passati in giudicato;
- mancato adeguamento del sistema di gestione alle modifiche al regolamento per la certificazione;
- rinuncia alla procedura di arbitrato in caso di contenziosi;
- in base a motivata richiesta di Accredia che sia stata verificata dall'Istituto;
- persistenza della condizione di morosità, nonostante numerosi solleciti;
- cessione/fitto ad altra organizzazione del ramo d'azienda relativo alle attività rientranti nello scopo della certificazione;
- fusione con altra/e organizzazione/i;
- scissione;
- conferimento in toto dell'azienda ad altra organizzazione.

La revoca della certificazione viene deliberata dal Comitato Tecnico, con l'eccezione del caso di morosità nel pagamento, decisa dal legale rappresentante.

La revoca della certificazione può essere totale o parziale (es. quando riguarda alcune o tutte le sedi/filiali/stabilimenti di un'organizzazione) o può essere per intero o per una parte (es. quando riguarda tutta o solo una parte dell'attività oggetto di certificazione).

La decisione della revoca della certificazione è notificata all'organizzazione con lettera raccomandata RR/posta elettronica certificata, sottoscritta dal legale rappresentante, indicando le motivazioni del provvedimento adottato.

L'organizzazione a cui è stata revocata la certificazione viene eliminata dall'"Elenco delle Organizzazioni Certificate" disponibile sul sito: [www.istitutomeridiana.it](http://www.istitutomeridiana.it), e Istituto può rendere pubblica la revoca con le modalità che ritiene più opportune.

La revoca è comunicata:

- ad Accredia con il sistema di comunicazione PPC e con i tempi da questi definiti, eliminando il certificato dall'elenco dei certificati online, dalla data di delibera del Comitato Tecnico;
- all'Autorità Nazionale Anticorruzione ed alla SOA (Società Organismo di Attestazione) di riferimento (solo per organizzazioni operanti nello schema SGQ, settore IAF28, ed ove applicabile), con le relative motivazioni, entro e non oltre cinque giorni dall'annullamento e revoca o decadenza del certificato di conformità, ai sensi della vigente normativa sui Lavori Pubblici.

L'organizzazione, infine, deve cessare immediatamente qualsiasi utilizzo del certificato di conformità e del marchio di certificazione ed accreditamento.

Su richiesta di qualsiasi parte, l'Istituto dichiara formalmente lo stato della certificazione dell'organizzazione e se essa è revocata.

A seguito della revoca della certificazione, l'organizzazione deve:

- restituire l'originale/i del certificato/i di conformità, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione;
- non utilizzare copie e riproduzioni del certificato/i;
- cessare l'utilizzazione del marchio di Istituto e di Accredia e dei riferimenti alla certificazione;
- interrompere ogni forma di pubblicità della certificazione;
- portare a conoscenza dei terzi interessati, con mezzi adeguati, la revoca della certificazione stessa, in tutti i casi nei la medesima è determinante ai fini dell'acquisizione o del mantenimento di un contratto/fornitura.

L'organizzazione cui è stata revocata la certificazione può ripresentare domanda di certificazione solo dopo tre mesi dalla data di revoca, e solo dopo avere dimostrato di avere risolto efficacemente i problemi.

## 20. Ricorsi

Il ricorso è la richiesta indirizzata dall'organizzazione all'Istituto, per la riconsiderazione di una decisione che questi ha assunto nei suoi confronti.

La procedura del ricorso si applica quando un'organizzazione ricorre contro le decisioni prese dall'Istituto nelle attività di audit e, quindi nella decisione di rilascio, sorveglianza, estensione, riduzione, rinnovo, sospensione e revoca della certificazione. Il ricorso è la manifestazione esplicita e documentata di non accettazione delle decisioni adottate dall'Istituto nello svolgimento delle attività di certificazione.

Il ricorso deve pervenire all'Istituto per iscritto mediante lettera raccomandata R.R/posta elettronica certificata, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento da parte dell'organizzazione della decisione dell'Istituto e deve contenere gli estremi del ricorrente, l'indicazione dell'atto contro cui viene presentato e la motivazione supportata da evidenze documentali, se esistenti.

Il ricorso è gestito dal legale rappresentante, in collaborazione con la direzione. Nella gestione del ricorso è escluso il personale che ha avuto un coinvolgimento precedente di qualunque tipo e natura nei contenuti del ricorso stesso, in particolare del personale che ha condotto gli audit ed ha preso decisioni circa la certificazione al fine di evitare qualsiasi azione discriminatoria nei confronti dell'organizzazione che ha presentato il ricorso.

L'Istituto registra il ricorso e le azioni adottate per risolvere la controversia, per garantirne la rintracciabilità e comunica per iscritto all'organizzazione di averlo ricevuto.

Poi raccoglie e verifica tutte le informazioni necessarie per potere procedere ad un accertamento in merito alle problematiche esposte, impegnandosi a fornire periodicamente informazioni sullo stato di avanzamento e sui risultati raggiunti ogniqualvolta il ricorrente ne faccia richiesta. L'Istituto fornisce, anche telefonicamente, rapporti sullo stato di avanzamento e sui risultati.

Il procedimento oggetto del ricorso, con le relative azioni che si intendono adottare, sulla base delle informazioni e delle evidenze oggettive raccolte ed analizzate, è sottoposto al Comitato Tecnico per deliberare sull'ammissibilità e le azioni da intraprendere, anche sulla base dei risultati di precedenti ricorsi simili.

Il ricorso considerato non ammissibile, viene gestito come reclamo e deve essere comunque notificato all'organizzazione.

L'Istituto si assicura che tutte le correzioni e le azioni correttive conseguenti alle decisioni prese, vengano attuate e registrate nelle modalità e nei tempi definiti.

Per la trattazione del ricorso, l'Istituto può, se lo ritiene opportuno, invitare il ricorrente presso la sede o in altra sede da definirsi caso per caso, al fine di pervenire ad una soluzione amichevole della controversia.

La direzione sottopone il ricorso e le decisioni prese al Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità per la valutazione di imparzialità, prima della comunicazione al ricorrente.

Il Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, valuta il ricorso e le relative azioni adottate, al fine di garantire al ricorrente l'assoluta imparzialità e indipendenza delle decisioni in merito al ricorso stesso e che non vi siano azioni di natura discriminatoria nei confronti del ricorrente.

Il legale rappresentante, entro 3 mesi dal ricevimento comunica formalmente al ricorrente la conclusione del processo di trattamento del ricorso, con le relative decisioni.

Tale tempistica può subire delle variazioni in funzione delle attività dell'Istituto e della periodicità di convocazione del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, deputato alla valutazione dell'imparzialità dei ricorsi. In ogni caso Istituto comunica in forma scritta all'organizzazione ricorrente tale eventualità con le motivazioni del caso.

Il processo di gestione dei ricorsi pervenuti all'Istituto è sottoposto almeno annualmente alla valutazione dei membri del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, a garanzia dell'applicazione dei principi fondamentali cui si ispira la politica dell'Istituto, in conformità alla norma internazionale UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1, al fine di ratificare il corretto operato dello stesso.

Il processo di trattamento dei ricorsi è assoggettato a requisiti di riservatezza, sia per quanto riguarda il ricorrente sia per il contenuto stesso del ricorso, compatibilmente con le prescrizioni previste dalla normativa cogente in materia. L'Istituto, sulla base di tale considerazione, s'impegna con l'organizzazione o con chi ha presentato il ricorso a non rendere pubblico il contenuto del ricorso e la decisione presa in merito.

Il ricorso non sospende l'efficacia delle decisioni assunte.

Qualora il ricorso non sia accolto dall'Istituto, le eventuali spese conseguenti sono a carico dell'organizzazione ricorrente.

L'Istituto garantisce la pubblicità del processo di trattamento dei ricorsi con il presente regolamento e rende disponibile su richiesta delle organizzazioni che hanno presentato o intendono presentare il ricorso le modalità di gestione definite nella procedura di riferimento.

## **21. Contenziosi**

Il contenzioso è l'azione giuridica promossa a fronte di un diritto che si ritiene leso.

I contenziosi sorti per l'applicazione o per l'interpretazione del regolamento dell'Istituto o per qualsiasi altra natura riferita al rapporto contrattuale tra l'Istituto e l'organizzazione, sono gestiti da un collegio arbitrale secondo la procedura di arbitrato irrituale. Tale collegio è composto da tre membri, due dei quali nominati dalle parti, ed il terzo, con funzione di presidente, dai due arbitri nominati dalle parti. In mancanza di accordo l'arbitro viene nominato dal Foro di Benevento. L'attivazione della procedura dell'arbitrato e la nomina dei relativi arbitri viene formalizzata per entrambe le parti attraverso lettere raccomandate R.R/posta elettronica certificata. Essendo l'arbitrato irrituale, le parti si impegnano a considerare la decisione degli arbitri come un obbligo di natura contrattuale che, se non adempiuto, sarà posto a base di un procedimento di ingiunzione o comunque di un'azione successiva in sede giudiziaria. Le spese dell'arbitrato sono a carico della parte soccombente. La sede dell'arbitrato sarà Benevento. Il ricorso all'arbitrato per la risoluzione del contenzioso viene comunicato al Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità. La scelta di non avvalersi dell'arbitrato, in quanto implica il venire meno del rapporto fiduciario tra le parti, comporta la facoltà dell'Istituto di disporre la sospensione o la revoca della certificazione. Per qualsiasi diatriba relativa a mancati pagamenti si procederà per vie legali dirette senza ricorrere all'arbitrato. Il Foro competente sarà quello di Benevento. Anche i contenziosi vengono registrati sul modulo Reclamo/Ricorsi, per garantire la rintracciabilità e la registrazione.

## **22. Reclami**

Il reclamo è un'espressione d'insoddisfazione, diversa dal ricorso, manifestata da una persona o da un'organizzazione all'Istituto, relativa alle attività di tale organismo, per la quale è attesa una risposta. Il reclamo può essere presentato per un comportamento dell'Istituto, per comunicare che qualcosa non è coerente con le sue aspettative, in merito ad uno o più requisiti definiti dalla specifica del servizio di certificazione, dal contratto, dal regolamento di servizio. Sono esclusi i suggerimenti (comunicazioni che non hanno lo scopo di denunciare una situazione di disagio ma sono delle indicazioni per l'Istituto per la fornitura di un servizio più vicino alle aspettative del "cliente").

Il reclamo deve pervenire all'Istituto per iscritto mediante lettera raccomandata R.R/posta elettronica certificata e deve contenere gli estremi del ricorrente, l'indicazione dell'atto contro cui viene presentato e la motivazione supportata da evidenze documentali, se esistenti. I reclami inviati in forma anonima, verbali o telefonici non sono presi in considerazione. L'Istituto è responsabile di tutte le decisioni, a tutti i livelli, relative al processo di trattamento dei reclami. Il reclamo è gestito dal legale

rappresentante, in collaborazione con la direzione. Nella gestione del reclamo è escluso il personale che ha avuto un coinvolgimento precedente di qualunque tipo e natura nei contenuti del reclamo stesso, in particolare del personale che ha condotto gli audit ed ha preso decisioni circa la certificazione al fine di evitare qualsiasi azione discriminatoria nei confronti dell'organizzazione che ha presentato il reclamo.

L'Istituto registra il reclamo e le azioni adottate per risolverli, per garantirne la rintracciabilità e comunica per iscritto all'organizzazione di averlo ricevuto.

Poi raccoglie e verifica tutte le informazioni necessarie per potere procedere ad un accertamento in merito alle problematiche esposte, impegnandosi a fornire periodicamente informazioni sullo stato di avanzamento e sui risultati raggiunti ogniqualvolta il ricorrente ne faccia richiesta. L'Istituto fornisce, anche telefonicamente, rapporti sullo stato di avanzamento e sui risultati.

Il procedimento oggetto del reclamo, con le relative azioni che si intendono adottare, sulla base delle informazioni e delle evidenze oggettive raccolte ed analizzate, è sottoposto al Comitato Tecnico per deliberare sull'ammissibilità e le azioni da intraprendere, anche sulla base dei risultati di precedenti reclami simili.

L'Istituto valuta se il reclamo si riferisce all'attività di certificazione di cui è responsabile o ad un'organizzazione certificata. Nel primo caso provvede a trattarlo, analizzando i fatti descritti, le registrazioni, i comportamenti degli auditor, ecc.. Sulla base di tale analisi, l'Istituto provvederà alla correzione dell'evento e, quando sono note le cause, aprirà un'azione correttiva. Quando invece il reclamo si riferisce ad un'organizzazione certificata, l'Istituto esamina la commessa per verificare l'efficacia del sistema di gestione.

Entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento del reclamo, l'Istituto lo notifica per iscritto all'organizzazione, richiedendo l'attuazione di una correzione e quando applicabile, l'attuazione di un'azione correttiva, che saranno da esso valutate.

L'Istituto si assicura che tutte le correzioni e le azioni correttive appropriate conseguenti alle decisioni prese, vengano attuate e registrate nelle modalità e nei tempi definiti.

Al termine delle attività di cui sopra, l'Istituto, dopo avere comunicato per iscritto a chi ha presentato il reclamo (entro 30 giorni lavorativi), gli esiti del processo di trattamento del reclamo valuterà con lo stesso, se, e in quale misura, il contenuto del reclamo e la sua risoluzione debbano essere resi pubblici.

Se il reclamo si rivela infondato, l'Istituto informa comunque il reclamante, con comunicazione scritta, argomentando le motivazioni per cui lo si è ritenuto tale.

Tutto il processo di gestione dei reclami è assoggettato ai requisiti di riservatezza, in riferimento all'autore ed al contenuto del reclamo stesso, compatibilmente con le prescrizioni di notifica ai soggetti previsti dalla norma. La presentazione dei reclami, il loro esame e le relative decisioni non devono dal luogo a qualsiasi azione di natura discriminatoria nei confronti di chi ha presentato il reclamo.

L'Istituto garantisce la pubblicità del processo di trattamento dei reclami con il presente regolamento e rende disponibile su richiesta delle organizzazioni che hanno presentato o intendono presentare il reclamo le modalità di gestione definite nella procedura di riferimento.

Il processo di gestione di eventuali reclami pervenuti all'Istituto è sottoposto almeno annualmente alla valutazione dei membri del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, a garanzia dell'applicazione dei principi fondamentali cui si ispira la politica dell'Istituto, in conformità alla norma internazionale UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1.

### **23. Rinuncia, sospensione e revoca dell'accreditamento**

Al fine di tutelare le organizzazioni clienti, l'Istituto si impegna a mantenere attivo un protocollo d'intesa con un altro Organismo di Certificazione accreditato/riconosciuto da Accredia finalizzato al mutuo riconoscimento delle certificazioni emesse dai due Enti.

Quindi nel caso di fallimento, liquidazione o sospensione, revoca o rinuncia dell'accreditamento in uno o più settori, l'Istituto garantisce la continuità delle certificazioni rilasciate attraverso il processo di trasferimento delle stesse all'ente, con il quale ha stabilito l'accordo di mutuo riconoscimento. Resta inteso che tale trasferimento sarà avviato solo previo il consenso scritto delle organizzazioni clienti all'Istituto che, in alternativa, possono esercitare il diritto di recesso dalla certificazione.

Tale trasferimento avverrà nel rispetto delle prescrizioni definite dalla Linea Guida IAF/GD2 e nel presente regolamento.

Il soggetto accreditato al quale sia stato sospeso, in toto, l'accreditamento deve sospendere l'utilizzo del marchio di accreditamento Accredia nei documenti di attestazioni della conformità (certificati, rapporti di ispezione, rapporti di prova, certificati di taratura) afferenti a detto schema, per tutto il periodo di sospensione dell'accreditamento stesso.

Il soggetto accreditato al quale sia stato sospeso, in parte, l'accreditamento relativo ad un determinato schema, ad un metodo di prova o ad un settore metrologico (riduzione dello scopo di accreditamento), per tutto il periodo di durata della riduzione deve sospendere l'utilizzo del marchio di accreditamento Accredia nei documenti di attestazione della conformità afferenti alla parte dello scopo soppressa (certificati e rapporti di ispezione).

Il soggetto accreditato può tuttavia continuare ad utilizzare il marchio Accredia in altre sedi (documentazione tecnica e commerciale, oggetti, ecc.).

## Regolamento per la Certificazione dei Sistemi di Gestione

**Il presente documento deve essere trasmesso all'Istituto Meridiana S.r.l. debitamente timbrato e firmato dal Legale Rappresentante dell'organizzazione**

Il sottoscritto ..... in qualità di .....  
dell'organizzazione ..... con sede legale alla  
Via..... Città..... Prov..... Cap..... e sede operativa  
alla Via ..... Città ..... Prov..... Cap.....

### DICHIARA

di conoscere e di accettare tutte le clausole contenute nel presente Regolamento dell'Istituto Meridiana S.r.l. Pertanto conferma di sottoporre alla certificazione o al rinnovo della certificazione l'organizzazione per le attività coperte dal proprio Sistema di Gestione indicate in offerta.

Schema/i per il quale/i viene chiesta la certificazione/rinnovo

- UNI EN ISO 9001  
 ALTRO.....

**L'organizzazione autorizza l'Istituto Meridiana S.r.l. ad effettuare il trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n.101 del 10/08/2018.**

Data.....

Firma e Timbro

.....

L'organizzazione dichiara espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli art.1341, 2° co., e 1342, 2° co. Cod. Civ., di avere preso visione delle clausole contenute nei punti 5, 6, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23 del Regolamento e di approvarle specificatamente.

Firma e Timbro

.....