

INDICE

1.	SCOPO.....	2
2.	AREA DI APPLICAZIONE	2
3.	DEFINIZIONI	2
4.	RESPONSABILITÀ.....	8
4.1	RESPONSABILE DELL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE E SCHEME MANAGER.....	8
4.2	AUDITOR	8
4.3	ESPERTI TECNICI, TRADUTTORI, INTERPRETI, OSSERVATORI E AUDITOR IN FORMAZIONE.....	9
5.	DESCRIZIONE DELL'ITER DI CERTIFICAZIONE	9
5.1	RICHIESTA DEL CLIENTE/RIESAME DELLA DOMANDA DI CERTIFICAZIONE/REDAZIONE DELL'OFFERTA.	9
5.2	PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELL'AUDIT	11
5.2.1	COSTITUZIONE, GESTIONE E COMPETENZE DEL GRUPPO DI AUDIT	11
5.2.2	AUDIT - STAGE 1.....	12
5.2.3	PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT (STAGE 2)	13
5.2.4	AUDIT - STAGE 2.....	13
5.3	RISULTATI DELL'AUDIT/DOCUMENTAZIONE DELL'AUDIT.....	14
5.4	DECISIONE DI CERTIFICAZIONE ED EMISSIONE DEL CERTIFICATO.....	16
5.5	AUDIT DI SORVEGLIANZA	17
5.6	AUDIT DI RICERTIFICAZIONE	19
5.7	AUDIT DI ESTENSIONE	20
5.8	CERTIFICAZIONE MULTI-SITO	20
5.9	SOSPENSIONE, RITIRO, RIPRISTINO, RINNOVO, RIFIUTO, CANCELLAZIONE E LIMITAZIONE DELL'AMBITO DEI CERTIFICATI	20
6.	REGISTRAZIONI RELATIVE AI CLIENTI.....	21
7.	RIFERIMENTI	22

1. SCOPO

La procedura PG01 descrive la gestione dell'iter di Certificazione secondo la ISO 17021-1:2015 per il sistema di gestione per la parità di genere all'interno delle organizzazioni ai sensi della UNI/PdR 125:2022.

Sono escluse dall'applicazione del documento UNI/PdR 125:2022 le Partite IVA che non hanno dipendenti o addetti/e.

Il processo di certificazione si compone delle seguenti fasi:

- raccolta di informazioni necessarie per la preparazione dell'offerta;
- riesame della domanda, definizione tempi di audit e preparazione dell'offerta;
- ricevimento ordine, riesame contratto, apertura commessa;
- preparazione dell'audit e definizione del Team di audit;
- svolgimento dello Stage 1;
- svolgimento dello Stage 2;
- processo di delibera e rilascio del certificato;
- sorveglianza del sistema di gestione certificato;

La procedura si ripete ad ogni ricertificazione, con l'eccezione dell'audit di Stage 1.

In fase di ricertificazione, potrebbe essere necessario eseguire lo Stage 1 in caso di cambiamenti significativi nel sistema di gestione del cliente o nel contesto in cui opera il sistema di gestione (ad esempio modifiche legislative).

La presente procedura descrive inoltre i requisiti e criteri di qualifica degli Auditor/Lead Auditor ed Esperti che potranno svolgere gli audit in accordo alla presente norma, nonché le figure professionali aventi funzione di Veto Person.

2. AREA DI APPLICAZIONE

Questo documento si applica a TÜV NORD Italia S.r.l.

3. DEFINIZIONI

addetto/a: Persona occupata in un'unità giuridica, come lavoratore/lavoratrice indipendente o dipendente (a tempo pieno, a tempo parziale o con contratto di formazione lavoro), anche se temporaneamente assente (per servizio, ferie, malattia, sospensione dal lavoro, Cassa integrazione guadagni, ecc.). Comprende il/i titolare/i della/e impresa/e partecipante/i direttamente alla gestione, i cooperatori (soci di cooperative che, come corrispettivo della loro prestazione, percepiscono un compenso proporzionato all'opera resa e una quota degli utili dell'impresa), i coadiuvanti familiari (parenti o affini del titolare che prestano lavoro manuale senza una prefissata retribuzione contrattuale), dirigenti, quadri, impiegati, operai e apprendisti.

[Fonte: Report statistiche ISTAT, CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE E DEI GRUPPI DI IMPRESA | ANNO 2019, 2 novembre 2021]

benefit: Tutti i beni e servizi che un'organizzazione offre, in varie forme (es. buoni pasto, automobile, assicurazione sanitaria, asili nido, voucher per attività sportive dei figli, facilitazioni d'acquisto sui propri prodotti), al personale dipendente in aggiunta alla retribuzione.

budget: Programmazione delle attività di un'organizzazione in vista del conseguimento di determinati obiettivi, con stanziamento della somma che si decide di spendere.

caregiver: Chi si prende cura di un'altra persona.

check list: Lista dei requisiti della UNI/PdR 125:2022 che occorre controllare e spuntare per verificare che le attività pianificate siano state eseguite correttamente.

comitato guida: Comitato istituito dall'Alta Direzione per l'efficace adozione e la continua ed efficace applicazione della Politica per la Parità di Genere.

conciliazione vita-lavoro: Capacità di equilibrare la sfera lavorativa e quella privata.

DEI: Diversità, Equità e Inclusione.

delega: Assegnazione dell'esercizio di poteri e funzioni e della capacità di agire relativamente a determinati voci di costo, investimenti, compiti.

dipendente: Persona che svolge la propria attività lavorativa in un'unità giuridica ed è iscritta nel libro paga dell'organizzazione. Sono considerati tra i/le lavoratori/lavoratrici dipendenti:

- le persone socie di cooperativa iscritte nel libro paga;
- i/le dirigenti, i quadri, gli/le impiegati/e e gli/le operai/e, a tempo pieno o parziale;
- gli/le apprendisti/e;
- i/le lavoratori/lavoratrici a domicilio iscritti nel libro paga;
- i/le lavoratori/lavoratrici stagionali;
- i/le lavoratori/lavoratrici con contratto di formazione lavoro.

[Fonte: Report statistiche ISTAT, CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE E DEI GRUPPI DI IMPRESA | ANNO 2019, 2 novembre 2021]

discriminazione: Assenza di pari opportunità e trattamento, operata in seguito a un giudizio o a una classificazione.

NOTA Nella UNI/PdR 125:2022 si intende principalmente discriminazione di genere.

empowerment femminile: Processo attraverso cui una donna acquisisce competenze, autonomia e potere che le permettono di compiere scelte strategiche in ambito personale, sociale, politico ed economico e quindi di avere il controllo sulla propria vita. Tale processo, sostenuto da politiche che favoriscono la parità di genere, riconosce i bisogni e le esperienze specifiche delle donne, permettendo loro di vivere relazioni paritarie e di esercitare il diritto di accedere al mercato del lavoro e ai servizi pubblici rilevanti (es. welfare, salute, istruzione).

formazione: Processo attraverso cui le persone acquisiscono conoscenze e capacità, tecniche e manageriali, che abilitano la piena partecipazione e contribuzione rispetto al proprio ruolo all'interno dell'organizzazione.

gender diversity: Diversità di genere.

governance: Sistema di governo attraverso il quale un'organizzazione prende e attua le decisioni nel perseguimento dei suoi obiettivi.

HR: Risorse Umane.

inclusione: Inserimento stabile e funzionale in un sistema o gruppo per favorire pari opportunità e non discriminazione creando valore per le persone, per le organizzazioni e il contesto sociale.

Key Performance Indicator (KPI): Indicatori chiave di prestazione, utilizzati per il monitoraggio degli obiettivi stabiliti dalla politica di parità di genere e descritti nel piano strategico.

molestia (molestia sessuale): Comportamento indesiderato avente lo scopo o l'effetto di rendere un ambiente di lavoro offensivo, umiliante o degradante.

parità di genere: Parità di genere tra sessi.

piano strategico: Documento formale nel quale l'organizzazione definisce gli obiettivi da perseguire, stabilisce risorse, responsabilità, metodi e frequenze di monitoraggio.

politica di parità di genere: Documento formale nel quale l'organizzazione definisce il quadro generale all'interno del quale devono essere individuate le strategie e gli obiettivi riguardanti l'uguaglianza di genere.

promozione: Passaggio a una qualifica o livello contrattuale o organizzativo superiore.

recruiting: Selezione del personale.

retribuzione: Importo della retribuzione complessiva corrisposta, delle componenti accessorie del salario, anche collegate alle premialità del risultato, dei bonus e di ogni altro beneficio riconosciuti al personale, in base a quanto previsto dai contratti collettivi sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale per il settore di riferimento.

NOTA La retribuzione si compone di una parte fissa a cui possono aggiungersi una parte variabile (monetaria e/o finanziaria) ed eventuali benefit (tipicamente non monetari).

selezione: Processo volto al reperimento, alla scelta e all'inserimento nell'organizzazione di nuove risorse.

smart working o lavoro agile o lavoro flessibile: Modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato caratterizzato dall'assenza di vincoli orari o spaziali e un'organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, stabilita mediante accordo tra dipendente e datore di lavoro; una modalità che aiuta il lavoratore a conciliare i tempi di vita e lavoro e, al contempo, favorire la crescita della sua produttività.

[Fonte: Definizione tratta dalla Legge n. 81/2017]

staff: Gruppo di persone addette a un particolare compito, di solito sotto la guida di una persona responsabile che coordina.

stereotipi di genere: Insieme rigido di credenze condivise e trasmesse socialmente, su quelli che sono e devono essere i comportamenti, il ruolo, le occupazioni, i tratti, l'apparenza fisica di una persona, in relazione alla sua appartenenza di genere.

sviluppo: Sistema integrato di attività tramite il quale il personale migliora le proprie competenze e abilità e ne impara di nuove, in modo da svolgere il lavoro in modo più efficace ed efficiente (formazione, coaching, job rotation, ecc.).

talent development: Processo di sviluppo del talento del personale e del suo potenziale.

target: Obiettivo che un'organizzazione si propone di raggiungere, espresso in termini quantitativi.

telelavoro: Lavoro effettuato a distanza grazie all'utilizzo di sistemi telematici di comunicazione.

valori: Elementi chiave della cultura di un'organizzazione che rafforzano l'identità nell'organizzazione stessa, che indirizzano i comportamenti attesi dalle risorse e che e al tempo stesso la contraddistinguono da tutte le altre organizzazioni.

vertice: Top Management o Alta Direzione (es. Country Manager).

welfare aziendale: Insieme delle azioni volte a migliorare il benessere dei/delle lavoratori/lavoratrici e delle loro famiglie con un approccio di "corso di vita". I/le lavoratori/lavoratrici sono consumatori di servizi e prodotti di welfare aziendale e devono essere partecipi (soggetti attivi) delle azioni decise. Il piano di welfare aziendale deve essere integrativo e complementare con il welfare pubblico e coerente con il contesto locale dell'organizzazione. Le somme, i beni, le prestazioni, le opere e i servizi hanno finalità di rilevanza sociale e per questo sono escluse, in tutto o in parte, da reddito di lavoro.

well-being: Benessere fisico, psicologico e sociale.

whistle-blowing: Denuncia, di solito anonima, presentata dal personale di un'organizzazione alle autorità pubbliche, ai mezzi d'informazione, a gruppi di interesse pubblico, di attività non etiche o illecite commesse all'interno dell'organizzazione stessa. Termine utilizzato anche per le denunce al Sistema interno di Responsabilità Sociale.

Programma di audit: un programma di audit deve essere pianificato per l'intero ciclo di certificazione.

Il programma di audit comprende un audit iniziale con Stage 1 e Stage 2, un audit di sorveglianza dopo il primo anno e il secondo anno, e un audit di ricertificazione nel terzo anno, prima della scadenza di certificazione.

Il ciclo di certificazione triennale, inteso come validità del certificato, inizia con la decisione di certificazione.

La determinazione del programma di audit e gli eventuali adeguamenti successivi devono tenere conto delle dimensioni dell'organizzazione cliente, dello scopo e della complessità del suo sistema di gestione, del livello di efficacia del sistema di gestione e dei risultati di eventuali audit precedenti.

Il programma di audit è definito nel documento A00F030 (ATEA) e verificato dopo ogni audit. L'approvazione della pianificazione dell'audit (gruppo di audit e tempi di audit) deve essere registrata ogni anno mediante l'utilizzo di un ATEA (A00F030).

tempo totale di audit: in accordo con MD 5 la durata del "tempo totale di audit" per l'audit di Stage 2, sorveglianza e ricertificazione, non può durare meno di 1 giorno. Il tempo per eventuali audit di Follow up non deve essere inferiore a 4 ore.

In casi eccezionali, il tempo totale di audit può essere inferiore ad un giorno (es. audit di sorveglianza per piccole organizzazioni con n° di dipendenti inferiore a 10). Eventuali deviazioni dal tempo minimo di audit richiesto devono essere giustificate nell'ATEA. È necessaria un'autorizzazione speciale da parte dello Scheme manager.

Non è comunque consentito applicare tempi di audit al di sotto della soglia minima prevista dalla tabella IAF MD 5. In ogni caso le eventuali riduzioni applicate devono essere adeguatamente giustificate.

In caso di audit integrati con lo schema ISO 9001, la riduzione della durata di audit deve essere giustificata in relazione al grado di integrazione dei Sistemi di Gestione dell'organizzazione e alla completezza (o livello di copertura) delle competenze del GVI incaricato dall'OdC a valutare il Sistema di Gestione integrato.

In caso di audit integrati con altri schemi (es: ISO 14001, ISO 45001) non sono ammesse riduzioni.

stage 1: valutazione in loco o fuori sede della prontezza per la certificazione del sistema di gestione di un'azienda e pianificazione della fase di Stage 2. È inclusa la revisione della documentazione del sistema di gestione.

L'audit di stage 1 viene sostanzialmente eseguito in loco. A determinate condizioni (piccole imprese) [< 50 dipendenti] l'audit di stage 1 può essere svolto nello stesso periodo dell'audit di stage 2.

stage 2: valutazione in loco dell'implementazione ed efficacia del sistema di gestione di parità di genere con l'obiettivo finale del rilascio del certificato.

completamento dell'audit: ultimo giorno di audit, indipendentemente da eventuali non conformità rimanenti o audit di follow up richiesti.

data rilevante per la pianificazione (PRD) per gli audit di sorveglianza:

Audit di sorveglianza

PRD = ultimo giorno di audit stage 2 + 12/24 mesi

Audit di ricertificazione

PRD = ultimo giorno di audit stage 2 + 36 mesi

audit di sorveglianza: verifica periodica annuale in loco, post certificazione, dell'attuazione ed efficacia del sistema di gestione nelle aree e funzioni rappresentative che rientrano nell'ambito del sistema di gestione di parità di genere dell'organizzazione. L'obiettivo è il mantenimento del certificato.

audit di ricertificazione: revisione dell'implementazione complessiva del sistema di gestione e dell'efficacia nell'organizzazione rispetto alla nuova emissione del certificato.

audit di estensione: valutazione dell'implementazione e dell'efficacia del sistema di gestione in aree aggiuntive o presso ulteriori sedi/fabbriche. L'obiettivo è la modifica dell'ambito del certificato.

scopo della certificazione: lo scopo della certificazione include l'area di attività, prodotti/servizi e i processi dell'organizzazione, nonché le misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo di riferimento

non conformità: una non conformità è il mancato soddisfacimento di un requisito dello standard. Ci sono due tipi di non conformità:

a) Non conformità maggiore (NCA)

Una non conformità che limita la capacità del sistema di gestione di raggiungere i risultati attesi. Una non conformità può essere classificata come maggiore:

- in caso di forti dubbi sull'esistenza di un processo di controllo efficiente sulle misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo di riferimento;

- se più non conformità minori relative allo stesso requisito o allo stesso problema possono rappresentare una criticità relativa al sistema e quindi risultare in una non conformità maggiore;

b) Non conformità minore (NCB)

Una non conformità che non limita la capacità del sistema di gestione di raggiungere i risultati attesi.

audit di follow up: valutazione dell'attuazione ed efficacia delle correzioni e delle azioni correttive relative alle non conformità rilevate durante l'audit.

rivalutazione dei documenti (desk review): valutazione off-site dell'implementazione ed efficacia delle azioni correttive in relazione alle non conformità rilevate durante l'audit. La valutazione viene condotta tramite documenti che vengono presentati (documenti o registrazioni).

correzione: azione per eliminare una non conformità rilevata.

azione correttiva: azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata.

giornata di audit: una giornata di audit comprende 8 ore (nette). In casi utili, può essere accettata una giornata di 10 ore.

persona nominata: persona designata per svolgere determinati compiti definiti per conto del Responsabile dell'organismo di certificazione o di uno Scheme manager, ad esempio Quality Manager o Veto person.

osservatori: la presenza e la giustificazione di osservatori durante un'attività di audit dovrà essere accettata dall'organismo di certificazione e dal cliente prima della conduzione dell'audit. Il team di audit deve assicurare che gli osservatori non influenzeranno o interferiranno nel processo di audit o nell'esito dell'audit.

Note: gli osservatori possono essere membri dell'organizzazione cliente, consulenti, personale dell'organismo di accreditamento, enti di controllo o altre persone autorizzate.

guide: ogni auditor deve essere accompagnato da una guida, salvo diversi accordi tra l'Audit Team Leader e il cliente. Le guide sono assegnate al team di audit per facilitare l'audit. Il team di audit deve assicurare che le guide non influenzeranno o interferiranno nel processo di audit o nell'esito dell'audit.

tempo di viaggio: il tempo del viaggio verso e dal sito di audit non è incluso nel calcolo della durata dei giorni di audit.

4. RESPONSABILITÀ

4.1 RESPONSABILE DELL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE E SCHEME MANAGER

Il responsabile dell'organismo di certificazione è responsabile di:

- selezione e nomina di Auditor/Lead Auditor e Veto persons;
- revisione ed approvazione delle pratiche di certificazione per quanto riguarda i contenuti e l'aderenza alle regole, coinvolgendo se necessario gli auditor competenti. Questi auditor non devono prendere parte alle attività del processo di certificazione;
- nomina dello Scheme Manager;
- rilascio del certificato.

Il responsabile dell'OdC ha l'autorizzazione di delegare responsabilità allo Scheme manager.

4.2 AUDITOR

Gli auditor sono responsabili della corretta conduzione del processo di certificazione in linea con questa procedura.

All'interno del team di audit, il Lead auditor ha le seguenti responsabilità aggiuntive:

- determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione in accordo con il cliente;
- assegnazione a ciascun membro del team, in consultazione con il team di audit, delle responsabilità di controllare specifici processi, funzioni, siti, aree o attività; Tali incarichi devono tenere conto della necessità di competenza e dell'uso efficace ed efficiente del gruppo di audit, nonché dei diversi ruoli e responsabilità degli auditor, auditor in formazione e esperti tecnici;
- verifica in sede di audit che le seguenti informazioni fornite in fase di domanda di certificazione e riportate nella modulistica di audit siano confermate:
 - tempo di audit (numero di addetti, motivi di riduzione)
 - scopo
 - siti
 - gestione delle non conformità;
- redazione del piano di audit e report dello Stage 1, inclusa la valutazione della documentazione del sistema di gestione in caso di prima certificazione;
- valutazione del periodo precedente (ultimi 3 anni) prima dell'audit di ricertificazione;
- valutazione della documentazione del Sistema di Gestione in caso di ricertificazione;
- redazione del piano di audit e del report dello Stage 2, in collaborazione con il gruppo di audit;
- documentazione dei risultati dell'audit e di eventuali non conformità in collaborazione con il team di audit. Quando si esaminano i file e si registrano i risultati dell'audit devono essere presi in considerazione i requisiti di protezione dei dati. Nel caso di dati particolarmente sensibili (fascicoli anagrafici, fascicoli di avvocati o consulenti fiscali etc), l'azienda verificata può rendere anonimi i fascicoli ma la tracciabilità deve essere garantita;
- raccomandazione per rilascio/mantenimento del certificato o richiesta di azioni correttive o estensione del suo campo d'applicazione;
- presentazione dei documenti di certificazione completi all'organismo di certificazione in tempo utile per il rilascio (al più tardi 2 settimane dopo la fine dell'audit o dopo aver completato la gestione della non conformità). L'evidenza oggettiva che ha portato alla non conformità è parte della documentazione di audit;
- invio del report di audit al cliente.

4.3 ESPERTI TECNICI, TRADUTTORI, INTERPRETI, OSSERVATORI E AUDITOR IN FORMAZIONE

Gli esperti tecnici, i traduttori, gli interpreti, gli osservatori e gli auditor in formazione possono essere impiegati per completare le competenze richieste per il team di audit. La competenza tecnica o linguistica viene assicurata prima dell'assegnazione. Tutti i membri del team agiscono sempre sotto la direzione dell'Audit Team Leader.

La presenza di esperti tecnici e osservatori durante un audit deve essere concordata tra organismo di certificazione e cliente prima della conduzione dell'audit. Gli esperti tecnici devono essere accompagnati da un auditor. Il team di audit deve assicurare che gli osservatori non influenzeranno indebitamente o interferiranno nel processo di audit o nell'esito di audit. Tutti i membri devono firmare la dichiarazione di indipendenza/confidenzialità.

Il tempo impiegato dagli esperti tecnici, ai fini della durata dell'audit, può essere conteggiato al 50%.

Il tempo speso da ogni membro del team che non sia assegnato come auditor/esperto (cioè traduttori, interpreti, osservatori e auditor in formazione) non deve essere conteggiato nel tempo di audit.

5. DESCRIZIONE DELL'ITER DI CERTIFICAZIONE

Il processo inizia quando un cliente invia una richiesta oppure tramite ricezione di un ordine tramite l'ufficio commerciale. Il cliente viene informato sull'iter di certificazione in fase di offerta.

5.1 RICHIESTA DEL CLIENTE/RIESAME DELLA DOMANDA DI CERTIFICAZIONE/REDAZIONE DELL'OFFERTA

Per la preparazione di un'offerta e del relativo iter di certificazione (prima certificazione, ricertificazione, modifiche al certificato) viene inviato al cliente un questionario per la raccolta delle informazioni di base.

Tali informazioni, necessarie per l'elaborazione del riesame, devono pervenire da un rappresentante autorizzato dell'Organizzazione richiedente.

Sulla base delle informazioni del questionario, vengono calcolati costi, tempi e viene definito il programma di audit (calcolo del tempo di audit / programma di audit) tramite il documento ATEA. Viene completata l'offerta e dopo l'accettazione si procede con la stipula del contratto con il cliente.

Queste informazioni, necessarie ai fini del riesame della domanda di certificazione, comprendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Informazioni generali (anagrafiche)
- Numero di dipendenti della sede (n° totale addetti nelle aree Direzione, HR, Formazione, Sistema di Gestione UNI/PdR 125, Legale, Comunicazione, n° addetti in tutte le altre aree, N° totale addetti)
- Fattori che potrebbero influenzare il tempo di audit necessario
- Unità locali, siti, filiali, sedi secondarie dell'organizzazione da certificare
- Certificazioni esistenti
- Campo di applicazione/attività di business da certificare
- Attività e processi svolti dall'organizzazione
- Prescrizioni legali pertinenti

La conduzione del riesame della domanda garantisce che:

- le informazioni relative all'organizzazione richiedente e al suo sistema di gestione siano sufficienti per sviluppare un programma di audit;
- sia effettuata una verifica della completezza delle informazioni ricevute dall'azienda in termini di Unità Locali, siti, filiali, sedi secondarie, attività e processi svolti dall'organizzazione ed ogni prescrizione legale pertinente dichiarata;
- sia stata risolta ogni diversità di interpretazione fra l'organismo di certificazione e l'organizzazione richiedente;
- l'organismo di certificazione abbia la competenza e la capacità per eseguire le attività di certificazione;
- si sia tenuto conto del campo di applicazione della certificazione richiesto, del(i) sito(i) delle attività dell'organizzazione richiedente, del tempo richiesto per completare gli audit e di qualsiasi altro fattore che influenzi l'attività di certificazione (lingua, condizioni di sicurezza, minacce all'imparzialità, ecc).

Per il dettaglio schematico delle Responsabilità, Informazioni documentate e Repository dei documenti si rimanda al "Workflow commessa_UNI PdR 125".

Tutte le evidenze oggettive raccolte nel corso del processo di revisione della richiesta e di preparazione dell'offerta devono essere archiviate nella directory del cliente. I calcoli, il modulo A00F100e ed eventuali allegati specifici della norma, sono obbligatori per gli audit di certificazione iniziale e di ricertificazione. Nel caso degli audit di sorveglianza, queste evidenze oggettive sono richieste in caso di cambiamenti significativi e devono essere archiviate nella cartella del cliente.

A seguito del riesame della domanda di certificazione, l'organismo di certificazione accetterà o rifiuterà la stessa.

Quando l'organismo di certificazione rifiuta una richiesta di certificazione a seguito della revisione della stessa, i motivi del rifiuto devono essere documentati e chiariti al cliente.

Sulla base del riesame della domanda di certificazione, l'organismo di certificazione, stabilirà le competenze necessarie per il proprio gruppo di audit e per decidere circa la certificazione.

L'Audit Team Leader deve esaminare con il cliente qualsiasi necessità di cambiamento del campo di applicazione dell'audit che diventi evidente con l'avanzamento delle attività di audit in loco e riferirlo all'organismo di certificazione.

Ove necessario, si deve adattare il programma di audit/calcolo dei tempi di audit (ATEA).

Le registrazioni delle offerte che non hanno portato ad un contratto devono essere conservate per 1 anno.

Il processo di audit inizia a seguito della conclusione dell'accordo di certificazione e si articola in:

- preparazione e pianificazione dell'audit
- esecuzione dell'audit
- documentazione dei risultati di audit

A seguito di una decisione positiva di certificazione viene rilasciato il certificato e inizia il processo di monitoraggio dell'applicazione dei sistemi di gestione della certificazione e quindi il monitoraggio della validità del certificato.

5.2 PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELL'AUDIT

5.2.1 COSTITUZIONE, GESTIONE E COMPETENZE DEL GRUPPO DI AUDIT

In aggiunta a quanto indicato nella procedura "A00VA01 Requirements for the competence and appointment of auditor and experts for MS rev26_04.22", come da "Prospetto A.1 – Regole di Certificazione" della UNI/PdR 125:2022, nel gruppo di audit le competenze si ritengono soddisfatte quando, tenendo conto delle competenze complessive del gruppo (auditor ed eventuali esperti tecnici) sia presente:

– almeno un/una componente qualificato/a per le valutazioni di sistemi di gestione per la qualità ai sensi della norma UNI EN ISO 9001 come da procedura "A01VA01 - Special requirements for the competence and appointment of auditor for MS - ISO 9001 rev15_07.22".

Tale componente deve altresì dimostrare la conoscenza approfondita e documentata della UNI/PdR 125:2022 e della linea guida UNI ISO 30415 Gestione delle risorse umane - Diversità e inclusione.

Si precisa che la valutazione iniziale della competenza di un auditor comprende una dimostrazione della capacità di applicare le conoscenze e le abilità richieste nel corso degli audit, sulla base di quanto rilevato da un valutatore competente che osserva l'auditor mentre conduce l'audit.

Nel gruppo di verifica, in aggiunta alle competenze sui sistemi di gestione e alla gestione degli audit, devono essere presenti:

– un/una avvocato/a giuslavorista o un/una consulente del lavoro purché iscritti da almeno 5 anni al relativo albo professionale;

oppure

-altro/a professionista che dimostri una significativa e consolidata esperienza documentata nel settore specifico, oggetto della prassi, del Paese dell'organizzazione auditata e conoscenza della normativa applicabile (a titolo d'esempio: Consigliera/consigliere di parità, professionista per le politiche di genere in commissioni ministeriali nazionali o internazionali, Manager HR in organizzazioni che attuano politiche per la parità di genere. Professionista con esperienza maturata e documentata nella formazione, ricerca e sviluppo o consulenza per le organizzazioni in materia di parità di genere e inclusione).

La figura dell'esperto tecnico può coincidere con quella del Lead auditor, esclusivamente se questo è in possesso di tutte le competenze di cui sopra.

Nel team di verifica possono partecipare anche altri/e esperti/e, scelti di volta in volta in base al contesto di riferimento e tenendo in considerazione le 6 aree di riferimento che devono essere sottoposte a valutazione.

La presenza di altri/e esperti/e non è obbligatoria ma eventualmente necessaria per completare le competenze del gruppo di audit se non già soddisfatte.

Per le competenze specifiche del gruppo di audit si faccia riferimento all'Appendice A.1.

Il cliente dev'essere informato sui membri del team di audit. I clienti devono essere avvisati in anticipo che possono opporsi a qualsiasi membro del team di audit (auditor o esperti).

I criteri per la composizione del gruppo di audit sono:

- l'audit deve essere svolto sotto la guida di un Lead auditor nominato;
- l'auditor e le altre persone coinvolte, che sono impiegate per il gruppo di audit, devono confermare per iscritto di essere esenti da conflitto di interessi.

L'Audit Team Leader ha la responsabilità di garantire che la competenza tecnica sia sempre presente durante l'audit.

5.2.2 AUDIT - STAGE 1

In fase di Stage 1 occorre:

- Controllare la documentazione del sistema di gestione del cliente
- Valutare le sedi e le condizioni specifiche delle sedi del cliente e discutere con il personale dell'organizzazione cliente al fine di determinare le disponibilità per l'audit di stage 2
- Valutare lo stato del cliente e la comprensione della norma da parte del cliente, in particolare per quanto riguarda l'identificazione degli elementi chiave che devono essere soddisfatti e anche altri aspetti, processi, obiettivi e funzionamento importanti del sistema di gestione
- Raccogliere le informazioni necessarie in merito allo scopo di applicazione del sistema di gestione, ai processi e all'ubicazione del cliente, nonché ai regolamenti legali e ai regolamenti relativi alle autorità ufficiali, e per stabilire se il cliente è adempiente a queste norme.

I criteri per la formulazione dello scopo del certificato sono gli stessi già applicati per la UNI EN ISO 9001, con particolare attenzione al campo di applicazione del sistema di gestione, che deve menzionare le "Misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo"

- Valutare le risorse da destinare all'audit di stage 2 e discutere e concordare i dettagli dell'audit di stage 2 con il cliente
- Creare un focus principale per la pianificazione dello stage 2, raccogliendo una sufficiente comprensione del sistema di gestione del cliente e delle attività svolte in loco e di eventuali aspetti significativi legati ad esse
- Valutare se gli audit interni e i riesami della direzione sono stati pianificati e svolti ed assicurarsi che il livello di attuazione del sistema di gestione dimostri che il cliente è pronto per lo stage 2.

Viene redatto un piano di audit per lo stage 1.

In casi eccezionali, l'audit di stage 1 può aver luogo nello stesso periodo dell'audit di stage 2 (es: azienda di piccole dimensioni, SG già noto per altri schemi di certificazione ecc.) a condizione che siano soddisfatti i seguenti prerequisiti:

- il cliente deve essere informato del rischio che l'audit possa essere interrotto
- una revisione della documentazione di gestione deve essere eseguita prima dell'audit di stage 1 al fine di garantire che eventuali non conformità identificate siano rettificate prima dell'audit
- l'organismo di certificazione deve approvare le condizioni per iscritto.

Le criticità individuate che potrebbero portare a una non conformità nell'audit di stage 2 sono documentate nel rapporto dell'audit di stage 1.

L'Audit Team Leader decide, sulla base di eventuali criticità individuate, se:

- l'audit di stage 2 può essere svolto come pianificato senza limitazioni
- l'audit di stage 2 può essere svolto come pianificato senza limitazioni a seguito dell'attuazione di azioni adeguate per affrontare le criticità individuate
- l'effettiva correzione delle criticità individuate deve essere verificata prima dello stage 2 (ripetizione dello stage 1)

La decisione è documentata nel report dell'audit di stage 1.

Nel determinare l'intervallo di tempo tra stage 1 e stage 2, devono essere presi in considerazione i requisiti del cliente, al fine di trovare soluzioni alle criticità individuate in stage 1. Potrebbe anche essere necessario che l'organismo di certificazione modifichi gli elementi da sottoporre ad audit in stage 2. L'intervallo di tempo tra stage 1 e stage 2 non dovrebbe essere generalmente superiore a 3 mesi (eventuali eccezioni devono essere approvate dall'OdC per iscritto, fino ad un massimo di 6 mesi).

Al termine dello stage 1, l'esatta formulazione dello scopo del certificato deve essere stabilita in accordo con il cliente entro e non oltre quattro settimane prima dell'audit di fase 2.

5.2.3 PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT (STAGE 2)

L'Audit Team Leader è responsabile della preparazione di un piano di audit che includa tutti i requisiti del sistema di gestione da sottoporre a audit, i nomi delle unità pertinenti all'interno dell'organizzazione del cliente e una tempistica per l'audit. L'Audit Team Leader coordina il piano di audit con il team di audit e il rappresentante del cliente. Il piano di audit deve essere inviato al cliente almeno 14 giorni prima dell'audit (eventuali eccezioni devono essere opportunamente motivate e documentate).

Gli auditor possono lavorare in gruppo o in modo indipendente.

Devono essere definiti gli aspetti del sistema di gestione che devono essere controllati dal gruppo di audit in ogni audit.

Se il team di audit non dispone di adeguate conoscenze legali locali, è necessario coinvolgere un esperto legale.

Le tecniche di auditing a distanza possono essere usate in accordo a quanto previsto dalla Procedura A00VA05.

5.2.4 AUDIT - STAGE 2

L'audit inizia con una riunione di apertura.

Il compito del team di audit è di esaminare l'applicazione pratica del sistema di gestione e di valutarne il rispetto dei requisiti della norma. Ciò avviene per mezzo di domande rivolte al personale, visione di altri documenti, atti, ordini e linee guida nonché mediante una visita in loco alle aree interessate.

Durante l'audit, il gruppo di audit deve valutare periodicamente i progressi dell'audit e scambiare informazioni. L'Audit Team Leader riassegna il lavoro, se necessario, tra i membri del team di audit e comunica periodicamente al cliente lo stato di avanzamento dell'audit ed eventuali criticità rilevate (ad es.: riunioni di chiusura giornaliere).

In questa fase dell'audit, il team di audit provvede alla verifica del calcolo dei KPI avvalendosi del file di lavoro "MOD02_Calcolo score KPI" e raccoglie le evidenze sul file "MOD01_Lista di riscontro per GVI".

Relativamente al calcolo dei KPI, si precisa che in alcuni casi potrebbero esserci indicatori non applicabili, i quali non contribuiscono al calcolo finale.

Al fine di determinare l'applicabilità dei KPIs, occorre visionare il mansionario aziendale.

A titolo d'esempio l'indicatore n.1 dell'area Equità remunerativa per genere potrebbe essere non applicabile se in azienda non sono presenti dipendenti con stesse competenze nel medesimo livello inquadramentale.

In casi come quello di cui sopra, andranno modificate le formule di calcolo nel file "MOD02_Calcolo score KPI" come da istruzioni contenute nel file stesso.

Al cliente deve essere data l'opportunità di porre domande. Eventuali opinioni divergenti in merito ai risultati dell'audit o alle conclusioni tra il gruppo di audit e il cliente devono essere discusse e risolte ove possibile. Eventuali pareri divergenti non risolti devono essere registrati e riferiti all'organismo di certificazione.

Al termine dell'audit, ha luogo un incontro di chiusura finale.

5.3 RISULTATI DELL'AUDIT/DOCUMENTAZIONE DELL'AUDIT

Gli auditor e, se del caso, l'esperto (se utilizzato) registrano i loro risultati durante l'audit manualmente o elettronicamente.

I risultati sono associati ai requisiti della norma e valutati come segue:

- conformità
- opportunità di miglioramento
- non conformità (NC A o NC B).

Per la valutazione della conformità durante gli audit iniziali e di ricertificazione o gli audit di estensione, l'auditor riesamina le seguenti evidenze oggettive:

- iscrizione al registro professionale o commerciale (Visura Camerale)
- panoramica della documentazione del sistema di gestione (es.: sommario o presentazione della struttura della documentazione del sistema di gestione, mappatura dei processi)
- organigramma/evidenza della struttura organizzativa
- riesame della direzione
- pianificazione annuale attuale degli audit interni e evidenza dei rapporti di audit
- evidenza specifica della norma tra cui:

- il perimetro/applicabilità della UNI/PdR 125:2022 con la definizione degli indirizzi legali e operativi della/e sede/i dell'organizzazione;
- la mappatura dei processi (interni ed esterni) e l'elenco delle relative leggi, norme e regolamenti applicabili riferibili alla parità di genere;
- l'analisi degli episodi o delle minacce di violazione dei diritti riferibili alla parità di genere nonché le contromisure adottate;

- le cause giudiziarie riferite a episodi di violazione dei diritti di genere in cui è eventualmente coinvolta l'organizzazione;
- la registrazione delle evidenze in apposite check-list/documenti di supporto per il gruppo di audit. Tale documentazione deve tenere conto del grado di applicazione dei requisiti definiti nella UNI/PdR 125:2022;
- requisiti sistemici come ad esempio: la definizione della politica, degli obiettivi, del piano strategico e del risultato del monitoraggio del sistema;
- requisiti operativi: la definizione, le modalità e la frequenza di misurazione degli indicatori qualitativi e quantitativi;
- calcolo del raggiungimento dello score minimo di sintesi complessivo del 60 % dei KPI.

L'evidenza oggettiva deve essere fornita dal cliente all'auditor o al gruppo di audit in ogni certificazione, ricertificazione o audit di estensione.

Il report di audit è redatto sulla base dei risultati dell'audit.

Nel report di audit, oltre alle informazioni standard contenute nella documentazione dell'audit (nome dell'organismo di certificazione, nome e indirizzo del cliente e rappresentante del cliente per l'audit, tipo di audit, criteri di audit, obiettivi dell'audit, ambito dell'audit, date e luoghi dell'audit, Audit Team Leader e membri del team di audit, non conformità, opportunità di miglioramento, risultati/conclusioni dell'audit, aspetti irrisolti, audit multisito (per quanto appropriato), nota sulla natura del campionamento casuale dell'audit, raccomandazione del gruppo di audit, uso del logo, risultato della verifica delle azioni dell'audit precedente, attuazione degli audit interni e del riesame della direzione, dichiarazione sull'adeguatezza dello scopo, raggiungimento degli obiettivi dell'audit e capacità del sistema di gestione di soddisfare i requisiti pertinenti), l'Audit Team Leader documenta:

- ogni scostamento dal piano di audit e le motivazioni
- ogni aspetto significativo che ha un impatto sul programma di audit
- cambiamenti significativi intervenuti rispetto al precedente audit e che hanno impatto sul sistema di gestione.

Le non conformità e le opportunità di miglioramento sono documentati nel report di audit. Per le non conformità, i piani d'azione con l'analisi delle cause devono essere preparati dal cliente.

Le non conformità devono essere registrate rispetto a un requisito specifico dei criteri di audit, contenere una chiara descrizione della non conformità e identificare nel dettaglio l'evidenza oggettiva su cui si basa la non conformità.

Le non conformità devono essere discusse con il cliente per garantire che le evidenze siano precise e che le non conformità siano comprese. L'auditor, tuttavia, si astiene dal suggerire la causa delle non conformità o soluzioni alle stesse.

L'analisi delle cause, le azioni correttive con piano d'azione e, se necessario, le evidenze oggettive relative alle non conformità NC A e NC B devono essere presentate dal cliente entro sei settimane dall'ultimo giorno dell'audit.

Non conformità maggiore (NC A): la verifica dell'efficacia delle correzioni e delle azioni correttive viene effettuata sulla base di un piano d'azione presentato dal cliente comprensivo di analisi delle cause radice e dalla verifica delle opportune evidenze oggettive nell'ambito di una revisione

documentale o attraverso un audit di follow - up. La verifica deve essere completata entro 3 mesi dall'ultimo giorno dell'audit. Una valutazione delle azioni intraprese in merito alle non conformità viene effettuata nell'audit successivo.

Se le non conformità non vengono chiuse entro il termine indicato, il certificato viene sospeso o viene avviato il processo di decertificazione in collaborazione con lo Scheme manager.

Se la verifica dell'attuazione delle correzioni e delle azioni correttive di qualsiasi non conformità maggiore non può essere eseguita entro 3 mesi dall'ultimo giorno dello stage 2, è necessario eseguire un'altra fase 2 prima di raccomandare la certificazione.

Non conformità minore (NC B): la verifica dell'efficacia delle correzioni e delle azioni correttive viene effettuata sulla base di un piano d'azione con un'analisi delle cause radice presentata dal cliente.

La valutazione del piano d'azione presentato con un'analisi delle cause deve essere completata entro 3 mesi dall'ultimo giorno dell'audit. Nell'audit successivo viene effettuata una valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese in merito alle non conformità.

Laddove le evidenze di audit disponibili indichino che gli obiettivi dell'audit sono irraggiungibili o indicano la presenza di un rischio immediato e significativo, l'Audit Team Leader deve riferirlo al cliente e, se possibile, all'organismo di certificazione per determinare l'azione appropriata. Tale azione può includere la riconferma o la modifica del piano di audit, modifiche agli obiettivi dell'audit o al campo di applicazione dell'audit o la conclusione dell'audit. L'Audit Team Leader deve riferire l'esito dell'azione intrapresa all'organismo di certificazione.

Se una non conformità minore (NCB) non può essere verificata positivamente, l'auditor deve intensificare questa non conformità nell'audit di follow-up e registrare una non conformità maggiore (NCA). Le nuove correzioni e azioni correttive devono essere presentate dal cliente. La nuova non conformità maggiore (NCA) deve essere chiusa e verificata entro il termine specificato.

L'Audit Team Leader è responsabile della consegna del rapporto di audit al cliente.

5.4 DECISIONE DI CERTIFICAZIONE ED EMISSIONE DEL CERTIFICATO

Le persone incaricate (*Veto Persons*), eseguono una revisione della procedura di certificazione.

L'organismo di certificazione garantisce che le persone o i comitati che prendono decisioni riguardanti il rilascio o il rifiuto della certificazione, l'estensione o riduzione del campo di applicazione della certificazione, la revoca della certificazione o il rinnovo della stessa, siano differenti da quelli che hanno eseguito gli audit.

I requisiti di competenza di chi svolge il riesame del contratto, degli auditor/esperti e delle Veto Persons si ritengono soddisfatti quando siano presenti uno o più membri che nel loro insieme rispondano ai requisiti di competenza necessari per la valutazione di una certificazione UNI EN ISO 9001 e possono dimostrare la conoscenza della UNI/PdR 125:2022.

Per le competenze specifiche delle Veto Persons si faccia riferimento all'Appendice A1.

L'Audit Team Leader fornisce all'organismo di certificazione le seguenti registrazioni ai fini della revisione:

- domanda di certificazione/riesame della domanda di certificazione/offerta/ordine

- conferma delle informazioni fornite all'organismo di certificazione utilizzate nel riesame della domanda
- team di audit e approvazione del tempo di audit
- programma di audit
- piani di audit per la fase di stage 1 e per la fase di stage 2
- lista di riscontro per le fasi di stage 1 e 2, che consentono di identificare i requisiti del sistema di gestione e la loro valutazione
- risultati della misurazione dei KPI
- dichiarazione di un esperto legale (se nominato)
- rapporto di audit per le fasi di stage 1 e stage 2
- valutazione della documentazione di sistema in caso di certificazione e ricertificazione
- commenti relativi alle non conformità
- se necessario, gestione delle non conformità comprese evidenze oggettive
- ordine dei certificati o bozze di certificati
- conferma che gli obiettivi di audit sono stati conseguiti
- raccomandazione se rilasciare, o meno, la certificazione, comprensiva delle relative condizioni ed osservazioni.

La(e) persona(e) designata(e) dall'organismo di certificazione per prendere la decisione di certificazione (esclusi i membri dei comitati) devono essere assunta(e), o essere vincolata(e) da accordi legalmente validi, dall'organismo di certificazione stesso o da un'entità sotto il suo controllo organizzativo. Un controllo organizzativo da parte dell'organismo di certificazione deve rientrare in uno dei seguenti:

- a) proprietà completa o di maggioranza di un'altra entità da parte dell'organismo di certificazione;
- b) partecipazione di maggioranza nel consiglio di amministrazione di un'altra entità da parte dell'organismo di certificazione;
- c) una documentata autorità, esercitata dall'organismo di certificazione, su di un'altra entità in un network di entità giuridiche (nel quale è presente l'organismo stesso) legate mediante proprietà o controllo del consiglio di amministrazione.

Le persone assunte, o sotto contratto, da parte di entità sotto controllo organizzativo devono rispettare i medesimi requisiti della 17021 paragrafo 9.5.1.3 come le persone assunte, o sotto contratto, da parte dell'organismo di certificazione.

L'organismo di certificazione deve registrare ogni decisione di certificazione, compresa ogni informazione aggiuntiva o chiarimento richiesta al gruppo di audit o altre fonti.

5.5 AUDIT DI SORVEGLIANZA

Durante il periodo di validità del certificato (3 anni), ogni anno solare deve essere eseguito un audit di sorveglianza.

La pianificazione dell'audit di sorveglianza viene effettuata sulla base del PRD.

Audit di sorveglianza successivo all'audit di certificazione iniziale

La data del primo audit di sorveglianza successivo all'audit di certificazione iniziale si basa sul PRD e non può essere successiva a 12 mesi dalla data della decisione di certificazione. In caso di superamento del termine si procede alla sospensione.

Audit di sorveglianza successivi

Tutte le successive sorveglianze sono pianificate sulla base del PRD e devono essere condotte almeno una volta all'anno. La pianificazione basata sul PRD assicura che gli audit di sorveglianza saranno condotti in tempo e ogni anno. Nel caso di superamento del PRD, non è necessaria la sospensione del certificato salvo verificarsi quanto previsto nel successivo 5.9.

Termini per il rilascio della procedura di sorveglianza:

- Procedure senza non conformità di tipo A/B: 3 mesi
- NC A: 4 mesi (3 mesi per gestione NC + 1 mese per processo di delibera)
- NC B: 4 mesi (3 mesi per gestione NC + 1 mese per processo di delibera)

La scadenza è calcolata dall'ultimo giorno dell'audit di fase 2 in ciascun caso.

Il Lead Auditor deve partecipare all'audit di sorveglianza. La competenza di settore deve essere presente nel gruppo di audit.

Durante la preparazione dell'audit, l'Audit Team Leader avvia un'indagine presso il cliente in merito ai cambiamenti nell'organizzazione strutturale e procedurale, alle dimensioni dell'azienda e alle attività aziendali. Ciò include in particolare una revisione dell'attuale documentazione del sistema. Inoltre, i materiali utilizzati per le pubbliche relazioni (ad es. Internet, materiale pubblicitario) possono essere utilizzati per scopi di preparazione.

Durante l'audit di sorveglianza devono essere presi in considerazione almeno i seguenti punti:

- audit interni e riesame della direzione
- una revisione delle azioni correttive intraprese in risposta alle non conformità riscontrate nell'audit precedente
- gestione dei reclami
- efficacia del sistema di gestione in relazione al raggiungimento di obiettivi e traguardi
- avanzamento rispetto alle attività programmate di miglioramento continuo
- KPI con relativi obiettivi e risultati di miglioramento
- grado di applicazione dei requisiti definiti dalla UNI PdR 125:2022
- revisione delle modifiche
- uso di loghi e marchi (commerciali)

In caso di non conformità, l'Audit Team Leader dovrebbe procedere come nell'audit di certificazione.

La documentazione di audit viene quindi esaminata dalle persone incaricate. L'audit Team Leader rende disponibili per la revisione i seguenti documenti:

- domanda di certificazione/riesame della domanda di certificazione/offerta/ordine
- team di audit e approvazione del tempo di audit
- programma di audit
- piano di audit
- lista di riscontro che consenta di identificare i requisiti del sistema di gestione e la loro valutazione
- risultati della misurazione dei KPI
- dichiarazione di un esperto legale (se nominato)

- rapporto di audit
- se necessario, gestione delle non conformità comprese evidenze oggettive

Se la revisione ha esito positivo, le Veto Persons deliberano la pratica attraverso apposito modulo.

5.6 AUDIT DI RICERTIFICAZIONE

Nell'ambito della preparazione dell'audit, l'OdC deve effettuare un nuovo calcolo per garantire che le condizioni del contratto siano ancora applicabili. L'auditor chiede all'organizzazione informazioni circa eventuali modifiche strutturali e procedurali della società, circa le dimensioni della società, le attività aziendali e lo scopo.

Nel determinare il calcolo del tempo di audit/programma di audit, si tiene conto dei risultati degli audit precedenti e si decide se rinunciare alla fase di stage 1. Se sono state apportate modifiche significative al sistema di gestione o alle attività della società, potrebbe essere necessario eseguire un audit di stage 1 nel contesto di un audit di ricertificazione.

La registrazione di quanto sopra deve trovarsi nel programma di calcolo/audit (ATEA).

Gli audit di ricertificazione comprendono una revisione della documentazione del sistema di gestione con conferma della revisione nel report di audit. In caso di modifiche significative, l'esito del riesame deve essere documentato separatamente e deve essere effettuato un audit in loco. Devono essere presi in considerazione i risultati dei precedenti audit di sorveglianza nel corso della validità del certificato. Tutti i requisiti della norma devono essere verificati.

La metodologia di audit è equivalente alla metodologia di un audit di stage 2.

Durante un audit di ricertificazione, andrebbero rivisti almeno i seguenti punti:

- iscrizione al registro professionale o commerciale (Visura Camerale)
- panoramica della documentazione del sistema di gestione (es.: sommario o presentazione della struttura della documentazione del sistema di gestione, mappatura dei processi)
- organigramma/evidenza della struttura organizzativa
- riesame della direzione
- pianificazione annuale attuale degli audit interni e evidenza dei rapporti di audit
- evidenza specifica della norma tra cui:
 - il perimetro/applicabilità della UNI/PdR 125:2022 con la definizione degli indirizzi legali e operativi della/e sede/i dell'organizzazione;
 - la mappatura dei processi (interni ed esterni) e l'elenco delle relative leggi, norme e regolamenti applicabili riferibili alla parità di genere;
 - l'analisi degli episodi o delle minacce di violazione dei diritti riferibili alla parità di genere nonché le contromisure adottate;
 - le cause giudiziarie riferite a episodi di violazione dei diritti di genere in cui è eventualmente coinvolta l'organizzazione;
 - la registrazione delle evidenze in apposite check-list/documenti di supporto per il gruppo di audit. Tale documentazione deve tenere conto del grado di applicazione dei requisiti definiti nella UNI/PdR 125:2022;
 - requisiti sistemici come ad esempio: la definizione della politica, degli obiettivi, del piano strategico e del risultato del monitoraggio del sistema;
 - requisiti operativi: la definizione, le modalità e la frequenza di misurazione degli indicatori

qualitativi e quantitativi;

- calcolo del raggiungimento dello score minimo di sintesi complessivo del 60 % dei KPI;

L'esecuzione dell'audit, la documentazione e anche il rilascio dei certificati devono essere effettuati secondo le regole applicabili agli audit di certificazione.

I requisiti di competenza per gli auditor in un audit di ricertificazione rimarranno gli stessi dell'audit iniziale.

Gli audit di ricertificazione in loco, la verifica delle azioni correttive e la decisione di certificazione devono essere completati prima della data di scadenza del certificato.

5.7 AUDIT DI ESTENSIONE

È possibile eseguire un audit di estensione per estendere l'ambito di un certificato esistente. L'audit di estensione/riduzione può essere effettuato nell'ambito di un audit di sorveglianza, audit di ricertificazione o in una data scelta in modo indipendente.

Il periodo di validità del certificato rimane inalterato. Le eccezioni devono essere giustificate per iscritto.

L'audit Team Leader/gruppo di audit esaminerà i documenti del sistema di gestione relativi alle aree estese/nuove sedi e verificherà tutti i requisiti coinvolti nell'estensione.

L'ulteriore procedura relativa alla documentazione e al rilascio della procedura di audit corrisponde ad un audit di certificazione.

5.8 CERTIFICAZIONE MULTI-SITO

La certificazione viene rilasciata a una entità giuridica (legal entity) o, con le precisazioni di seguito descritte, a "un gruppo di società", e deve considerare tutti i siti, filiali, sedi secondarie, attività e processi effettivamente svolti dall'organizzazione.

È possibile rilasciare una certificazione di "gruppo" che ricomprenda diverse entità giuridiche, ma solo in presenza di una struttura organizzativa "centralizzata" che gestisce e controlla la compliance per tutte le società del gruppo (si veda IAF MD01).

Non sono ammesse esclusioni di processi/funzioni, mentre è possibile escludere, in una certificazione di gruppo, delle singole legal entity.

Considerato infine il contesto normativo e occupazionale, che può cambiare tra Stato e Stato, è possibile limitare la certificazione ad una sola Nazione.

Per tutto ciò che riguarda l'applicabilità della certificazione multi-sito e relativo funzionamento si rimanda alla procedura A00VA03.

5.9 SOSPENSIONE, RITIRO, RIPRISTINO, RINNOVO, RIFIUTO, CANCELLAZIONE E LIMITAZIONE DELL'AMBITO DEI CERTIFICATI

I certificati sono sospesi se:

- è stato superato il termine per la gestione delle non conformità (3 mesi),
- è stato superato il termine per l'emissione del certificato;
- è stato superato il termine di 12 mesi dalla data della decisione di certificazione per il primo audit di sorveglianza successivo alla certificazione iniziale;

- l'audit di sorveglianza non è stato effettuato ogni anno solare;
- mancato raggiungimento dello score minimo di sintesi complessivo del 60 % dei KPI in fase di ricalcolo.

Se alcuni aspetti nell'ambito della certificazione non soddisfano i requisiti della norma per essere certificati su base permanente, l'ambito deve essere limitato rimuovendo questi aspetti.

Un certificato può essere sospeso per un massimo di 6 mesi. Se i problemi che hanno portato alla sospensione non sono stati risolti entro i 6 mesi previsti, il certificato verrà ritirato. Dopo il ritiro, il certificato può essere ripristinato solo mediante nuova certificazione.

Un certificato può essere sospeso (anche cautelativamente) e revocato nel caso in cui il sistema di gestione certificato non garantisca il rispetto dei requisiti cogenti di prodotto e/o servizio.

Per tutto quanto non menzionato sopra si faccia riferimento all'Istruzione *CERT-310-AA-015*.

6. REGISTRAZIONI RELATIVE AI CLIENTI

L'Organismo di certificazione deve mantenere le registrazioni delle attività di audit e delle altre attività di certificazione per tutti i clienti, comprese tutte le organizzazioni che hanno presentato domanda e tutte le organizzazioni sottoposte ad audit, certificate o con certificazione sospesa o revocata.

Le registrazioni relative ai clienti certificati comprendono:

- Informazioni circa la domanda ed i rapporti di audit iniziali, di sorveglianza e di rinnovo della certificazione;
- Il contratto di certificazione;
- La motivazione della scelta della metodologia utilizzata per il campionamento dei siti, se appropriato;
- La motivazione relativa alla definizione del tempo complessivo assegnato agli auditor;
- La verifica delle correzioni e delle azioni correttive;
- Le registrazioni dei reclami e dei ricorsi di ogni correzione o azione correttiva conseguente;
- Le delibere e decisioni di comitati, se applicabile;
- La documentazione relativa alle decisioni di certificazione;

- I documenti di certificazione, compreso il campo di applicazione della certificazione riferito, per quanto applicabile, al prodotto, processo o servizio;
- Le registrazioni correlate, necessarie a edificare la credibilità della certificazione, come evidenza della completezza degli auditor e degli esperti tecnici;
- I programmi di audit.

L'organismo di certificazione deve conservare in sicurezza le registrazioni relative ai richiedenti e ai clienti, al fine di garantire che le informazioni siano mantenute riservate.

Le registrazioni devono essere trasportate, trasmesse o trasferite, in modo tale da garantire il mantenimento della riservatezza.

7. RIFERIMENTI

- UNI/PdR 125:2022 - Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performance Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni
- UNI ISO 30415:2021 – Gestione delle risorse umane – Diversità e inclusione
- ISO 17021-1 – Requisiti per gli Organismi che forniscono audit e certificazioni di Sistemi di Gestione
- ISO 19011 – Linee guida per audit di Sistemi di Gestione
- FAQ ACCREDIA-UNI - SPUNTI DI RIFLESSIONE E RISPOSTE AI QUESITI PIÙ FREQUENTI PERVENUTI AD ACCREDIA ED UNI SULL'UTILIZZO DELLA UNI/PdR 125:2022

Per riferimenti puntuali alle procedure, istruzioni, moduli e altri documenti applicabili si rimanda al mod. Elenco Documenti SGQ.

Trovano applicazione tutti i documenti IAF relativi ai sistemi di gestione, fatto salvo quanto chiarito in precedenza sul documento IAF MD 05.