

Relazione SINCERT

Gennaio 2008

ASPETTI APPLICATIVI DELLA NORMA ISO 17021:2006

“Conformity assessment – Requirements for bodies providing audit and certification of management systems”

Alberto Musa
Direttore Tecnico SINCERT

Premessa

La norma ISO 17021 rappresenta la naturale evoluzione dei precedenti documenti normativi ISO Guide 62 (EN 45012) e ISO Guide 66 regolanti, rispettivamente, i requisiti per gli Organismi di certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità (SGQ) ed i requisiti per gli Organismi di certificazione dei Sistemi di Gestione Ambientale (SGA).

Tali norme sono state utilizzate come riferimento principale dagli Enti di accreditamento, come SINCERT, per verificare la competenza degli Organismi interessati, nell’ambito delle attività di verifica propedeutiche alla concessione dell’Accreditamento. In particolare le due citate Guide ISO sono state utilizzate quali riferimenti per tutti gli Enti di accreditamento firmatari degli accordi multilaterali EA (European cooperation for Accreditation) e IAF (International Accreditation Forum).

Le due Organizzazioni citate (EA e IAF) hanno ritenuto opportuno nel corso degli scorsi anni, emettere delle Linee Guida aggiuntive (IAF GD 02 ed IAF 06) al fine di specificare con un dettaglio maggiore alcuni requisiti che nelle due norme citate sopra erano descritti in modo generico e che quindi si prestavano ad interpretazioni sensibilmente differenti da parte dei vari Enti di accreditamento europei e mondiali.

Questo richiamo all’evoluzione storica dei documenti normativi in oggetto, è utile perché consente di evidenziare l’aspetto di *miglioramento* insito nel processo di revisione delle norme, come di seguito sinteticamente riassunto.

L’Ente normatore (ISO) emette la norma, gli Enti di accreditamento, che fanno capo alle due organizzazioni internazionali EA/IAF, la utilizzano per valutare gli Organismi e concedere gli accreditamenti, evidenziandone elementi di debolezza e miglioramento, che vengono condensati nei documenti di guida all’applicazione (Guidelines EA/IAF).

Successivamente, i contenuti di detti documenti guida, vengono considerati dall’Ente normatore (ISO) nelle attività periodiche di aggiornamento della norma stessa, e vengono così inseriti direttamente nel testo di norma.

Questo *circolo virtuoso di miglioramento* è particolarmente apprezzabile leggendo il testo della nuova norma ISO 1702. È infatti facile individuare, accanto ai requisiti esistenti nelle due norme di origine (ISO Guide 62 e 66), alcuni aspetti innovati, ma anche molti requisiti che già presenti da tempo nelle due Guide EA/IAF sopra indicate.

La norma ISO 17021 rappresenta pertanto non solo l'unificazione dei requisiti di base già contenuti nelle due precedenti norme regolanti il funzionamento degli Organismi di certificazione (OdC) operanti certificazioni di SGQ e di SGA e di tutti i sistemi di gestione aziendali, ma anche il recepimento a livello di norma, di molti requisiti che erano già presenti nelle Guide EA/IAF, nonché alcuni aspetti realmente nuovi.

In sintesi, si ritiene che gli aspetti più significativi di questa norma si possano così riassumere:

- maggiore enfasi del ruolo del Comitato dell'imparzialità, quale garante effettivo della terzietà, imparzialità e indipendenza dell'Organismo;
- richiamo preciso agli aspetti che costituiscono minacce all'imparzialità;
- richieste esplicite in relazione alla competenza dei Gruppi di Audit;
- richieste esplicite circa la consapevolezza di chi ha la responsabilità di deliberare la certificazione, sulla base di tutte le informazioni necessarie.

Si ricorda, infine, come il Regolamento SINCERT per l'accreditamento degli Organismi di certificazione (RG-01, rev.02), risulti già sostanzialmente allineato con i contenuti della nuova norma ISO 17021, ciò in quanto durante l'elaborazione del Regolamento stesso, si è costantemente tenuto conto dei contenuti della norma, sia pur nei vari stadi di "draft".

Periodo di transizione

IAF ha definito un periodo di transizione di 24 mesi, a far data dal 15 Settembre 2006, giorno di pubblicazione della norma ISO 17021, per l'adeguamento dei sistemi di gestione degli OdC dalla norma ISO 62 (EN 45012) e ISO 66, alla nuova ISO 17021.

Gli aspetti di dettaglio sulle modalità di transizione degli accreditamenti esistenti, sono oggetto di specifiche disposizioni SINCERT (vedi sito web www.sincert.it).

Nota

Nella presentazione che segue vengono richiamati i soli capitoli della norma ISO 17021, rispetto ai quali si ritiene opportuno fornire commenti e osservazioni.

Introduzione

È interessante leggere con attenzione il capitolo introduttivo alla norma perchè vengono chiariti gli intendimenti e la filosofia che ispira la norma stessa, ivi compresi i riferimenti, all'aspetto quanto mai di attualità, relativo alla *credibilità* delle certificazioni dei sistemi di gestione aziendale.

In particolare vengono richiamati i principali obiettivi che una certificazione di sistema di gestione aziendale dovrebbe conseguire:

- la conformità ai requisiti specificati;
- la capacità di raggiungere efficacemente gli obiettivi definiti dalla politica e che,
- l'effettiva applicazione del sistema di gestione.

La norma precisa che, in tal modo, la certificazione di un sistema di gestione, se svolta da OdC competenti, e imparziali, offre valore all'organizzazione stessa, ai suoi clienti ed alle parti interessate.

3. Termini e Definizioni

La norma introduce due nuove definizioni: "Imparzialità" e di "Consulenza". Il concetto di imparzialità viene legato direttamente a quello di obiettività di giudizio, in assenza di conflitti di interesse.

Le criticità connesse agli aspetti di consulenza vengono richiamate secondo quanto già espresso in precedenza nelle Guide EA/IAF.

4. Principi

La norma richiama i principi, cioè gli aspetti ritenuti essenziali per la corretta applicazione della norma che devono essere utilizzati come riferimento ogni volta che ci si trovi nell'incertezza nel giudicare circa la corretta applicazione di uno tra i requisiti compendiate dalla norma stessa.

Le principali novità riguardano:

- **Imparzialità**

Si noti che la norma richiede che l'Organismo debba "**..essere, ed essere percepito, come imparziale..**" Il fatto che l'Organismo debba **essere percepito** come imparziale offre all'Ente di accreditamento uno strumento importante per deliberare in merito a situazioni che presentano aspetti non completamente trasparenti.

- **Competenza e responsabilità**

Si ritiene il contenuto di questi paragrafi estremamente significativo, in relazione alla determinazione delle responsabilità generali connesse alla certificazione, tra l'Organismo che rilascia la certificazione e l'Organizzazione certificata.

In particolare si evidenzia come:

- **la responsabilità di conformarsi ai requisiti di certificazione sia dell'Organizzazione** e non dell'OdC.
 - **l'Organismo abbia invece la responsabilità di verificare ("to assess") un numero sufficiente di evidenze, sulle quali basare la decisione per la certificazione.**
- **Apertura mentale e trasparenza**
Nessuna nota specifica.
- **Riservatezza**
Nessuna nota specifica.
- **Gestione responsabile dei reclami**
Si noti come la norma abbia inteso richiamare chiaramente il concetto che tutti coloro i quali pongono fiducia nella certificazione, si aspettino dai soggetti eventualmente interessati, un comportamento responsabile nei confronti dei reclami e non teso, unicamente, a minimizzare la specifica disfunzione e le sue conseguenze.

5. Requisiti Generali

5.1 Aspetti legali e contrattuali

La norma richiede esplicitamente che gli OdC dispongano di un "Regolamento", con valenza contrattuale, che fissi tutte le attività di interfaccia con le organizzazioni certificate. Una parte significativa di questo capitolo, mutuata dalle Guide EA/IAF, tratta della gestione degli aspetti di imparzialità, degli aspetti relativi alla solidità finanziaria che l'Organismo deve possedere, nonché la necessaria valutazione dei rischi derivanti dalle attività di certificazione.

5.2 Gestione dell'imparzialità

La responsabilità della definizione di una politica per l'imparzialità, chiara e disponibile al pubblico, è affidata direttamente all'Alta Direzione dell'OdC (§ 5.2.1), che deve predisporre, a questo riguardo, una dichiarazione resa disponibile al pubblico.

Oltre a ciò, l'Organismo deve effettuare una analisi dei rischi relativi ad ogni possibile aspetto di conflitto di interesse, considerando ogni minaccia per l'imparzialità, in particolare rispetto a connessioni con altri soggetti.

Quando tali relazioni dovessero minacciare in modo inaccettabile l'imparzialità dell'OdC sarà possibile procedere alla sospensione dell'accreditamento.

5.3 Responsabilità e risorse finanziarie

La norma introduce un concetto importante che è quello per cui l'Organismo deve dimostrare di aver valutato i rischi connessi alle proprie attività di certificazione (es.: criticità dei prodotti / servizi, settori, aree geografiche, ecc.) e di aver predisposto mezzi adeguati (assicurazioni, riserve, ecc.) per fronteggiare eventuali conseguenze.

L'aspetto più importante riguarda il fatto che l'Organismo deve valutare le proprie entrate e le proprie finanze per **dimostrare periodicamente al Comitato per l'Imparzialità** (vedi successivo punto 6.2) **che pressioni commerciali, finanziarie o altre., non influenzano l'imparzialità delle certificazioni.**

6. Requisiti strutturali

Vengono evidenziate le differenze di compiti e le differenze di responsabilità della Direzione Generale dell'Organismo, rispetto a quelle assegnate al Comitato per l'Imparzialità.

6.1 Struttura Organizzativa e Alta Direzione

6.2 Comitato per la salvaguardia dell'imparzialità

Il contenuto di questo capitolo rappresenta certamente uno degli aspetti più importanti di tutta la nuova norma.

Vengono chiaramente individuati gli aspetti che possono costituire minacce per l'imparzialità dell'Organismo, che sono riconducibili a:

- **minacce derivanti da interessi propri;**
- **minacce derivanti da auto-valutazione;**
- **minacce derivanti dalla familiarità;**
- **minacce derivanti da intimidazioni.**

Viene data maggiore enfasi soprattutto al ruolo del al Comitato per l'Imparzialità (*o comitato rappresentativo delle parti interessate*) che, di fatto, è il principale elemento a garanzia della terzietà, dell'imparzialità e dell'indipendenza dell'Organismo.

Vengono forniti gli elementi essenziali che indirizzano nella individuazioni delle parti interessate al fine della composizione del comitato.

In particolare si sottolinea la funzione che tale Comitato deve svolgere per contrastare l'eventuale tendenza della proprietà dell'Organismo, verso atteggiamenti troppo "commerciali".

Si richiede, inoltre, che il Comitato per l'imparzialità conduca, almeno una volta all'anno, un riesame complessivo sull'imparzialità dell'Organismo, in ogni fase delle attività operative, comprese le fasi di audit e di decisione sul rilascio della certificazione.

Si noti che questo requisito impedisce (salvo specifiche situazioni da valutare singolarmente) che lo stesso Comitato per l'imparzialità sia responsabile della delibera le certificazioni.

La norma richiama, ancora una volta, l'importanza del ruolo che questo Comitato deve avere all'interno dell'Organismo di certificazione. Si consideri infatti che finora la maggior parte dei Comitati "rappresentativi delle parti interessate" non ha svolto tale ruolo con piena consapevolezza, costituendo questa una delle principali cause che hanno permesso il rilascio di certificazioni inadeguate.

Per ulteriori chiarimenti su questo aspetto, molto importante, si veda anche il § 2.2.1.1 "Funzione di indirizzo e supervisione delle attività di certificazione" del già citato Regolamento SINCERT RG-01.

7. Requisiti per le risorse

Oltre ad articolate richieste relative alla competenza del personale nei vari livelli dell'OdC, compresa l'alta direzione e il personale amministrativo, viene introdotto un richiamo alla conoscenza delle *aree geografiche* ove l'organismo opera, al fine di considerare tutti gli aspetti potenzialmente critici ad iniziare dalla lingua e dalle legislazioni locali. Per quel che riguarda la gestione degli audit e la qualificazione degli auditor, viene fatto riferimento obbligatorio alla norma ISO 19011, cosa di non poca importanza. Viene richiesta inoltre, specificatamente, una attività di monitoraggio –anche preventiva– degli auditor, che deve comprendere un insieme di attività di riesame dei rapporti, feedback dai clienti ed osservazioni in sito sul comportamento tenuto nel corso delle verifiche ispettive.

Viene specificato che il personale che delibera le certificazioni deve avere dimostrato competenza nella valutazione dei processi di audit, oltre che sui requisiti della norma oggetto di certificazione.

Per quanto attiene all'**Outsourcing (7.5)**, si noti che:

- La norma richiede l'esistenza di un contratto scritto con chiunque effettui attività in outsourcing, ivi compresi gli auditor.
- La norma vieta (si veda il precedente § 5.2.8) agli Organismi di subappaltare attività di audit a società che erogano consulenza, in quanto questo punto è considerato inaccettabile per gli aspetti di imparzialità. La norma aggiunge tuttavia che tale requisito non si applica ai singoli individui che operano in qualità di auditor esterni all'Organismo.

8. Requisiti relativi alle informazioni

8.1 Informazioni accessibili al pubblico

Oltre ai consueti requisiti sulla documentazione che l'Organismo di certificazione deve rendere disponibile e gestire in forma controllata, viene esplicitamente richiesto che l'informazione fornita ai clienti e al mercato, inclusa la pubblicità, **sia accurata e non ingannevole**.

Viene reso esplicito il requisito relativo al fatto che l'Organismo sia tenuto a rendere disponibili a chiunque ne faccia richiesta le informazioni relative allo stato di validità delle certificazioni rilasciate.

8.2 Documenti relativi alla certificazione

Il dato più significativo riguarda la data di scadenza che dovrà essere nuovamente riportata sui certificati (documenti relativi alla certificazione) in maniera esplicita.

8.3 Elenco dei clienti certificati

Viene specificato l'obbligo per l'Organismo di mantenere e rendere disponibile al pubblico un elenco dei propri clienti contenente almeno alcune informazioni essenziali (nome, indirizzo, ecc.).

Si noti che questo requisito può avere implicazioni importanti, soprattutto nei casi nei quali la certificazione rilasciata possa essere comunque connessa ad atti pubblici.

L'Organismo dovrà essere in grado di fornire l'informazione esatta relativa allo stato di una specifica certificazione in un determinato giorno, sia pur compatibilmente con il periodo fissato per il mantenimento delle registrazioni.

8. 4 Riferimento alle certificazioni e utilizzo dei marchi

Si richiede che l'Organismo definisca regole chiare per l'uso del(i) proprio(i) marchio(i), confermando quanto già previsto dalle Guide EA/IAF. Deve essere evitata ogni confusione rispetto alla certificazione di prodotto, in particolare, il marchio relativo alla certificazione di sistema, non può essere utilizzato su rapporti di prova o su rapporti di ispezione.

8. 5 Riservatezza

Particolare attenzione viene dedicata agli aspetti connessi alla riservatezza delle informazioni raccolte dall'Organismo ed alla cautela necessaria nella eventuale diffusione a terzi di dati o informazioni relative alle Organizzazioni certificate.

Inoltre, alcuni punti sono dedicati specificatamente allo scambio di informazioni (§ 8.6) tra l'Organismo e l'Organizzazione, sia rispetto alle attività di certificazione, sia rispetto alla necessità di informare l'Organismo circa eventuali cambiamenti intervenuti presso l'Organizzazione, sia, infine, circa cambiamenti intervenuti nello schema di certificazione e nelle norme di riferimento.

9. Requisiti di processo

In generale, tutti i requisiti sono stati sensibilmente dettagliati e suddivisi tra le varie fasi tipiche dell'attività di valutazione (requisiti generali, esame della domanda di certificazione, attività di valutazione vera e propria e reportazione).

La novità più evidente, almeno per chi si è finora occupato solamente di SGQ, è rappresentata dalla richiesta di sviluppare la valutazione iniziale per la certificazione in due differenti momenti: (Stage 1 e Stage 2) e dal richiamo diretto alla norma ISO 19011 per tutti gli aspetti connessi alla pianificazione (audit plan), alla conduzione degli audit ed alla competenza degli auditor.

Nel § 9.1.4. della ISO 17021 sono richiamati i criteri di base, già presenti nelle Guide EA/IAF, per la determinazione dei tempi di audit (dimensione e complessità dell'azienda, contesto tecnologico e legislativo, outsourcing, risultati di audit precedenti e numero di siti coinvolti).

E' richiesta la sistematica registrazione delle motivazioni che hanno condotto alla determinazione dei tempi di verifica, relativi a ciascuna valutazione.

Viene introdotto nella norma, il concetto di "**multisite**" che finora era stato regolato unicamente dalle Guide EA/IAF.

Si richiede che le competenze del team di audit e di chi dovrà prendere la decisione in merito alla concessione della certificazione, siano individuate fin dalla fase di riesame dell'offerta che è ora molto ben evidenziata e dettagliata (§ 9.2.1 e 9.2.2).

La norma descrive con ampio dettaglio gli scopi e le modalità di conduzione della verifica di Stage 1 (§ 9.2.3.1), in particolare si specifica che l'audit di Stage 1 ha lo scopo di:

- esaminare la documentazione del sistema di gestione del Cliente;
- valutare il grado di preparazione del Cliente rispetto ai requisiti della norma, ai processi, ai siti, al rispetto dei requisiti di legge;
- riesaminare l'attribuzione delle risorse necessarie all'Organismo per la conduzione dello Stage 2 e definirne i dettagli con il Cliente;
- valutare l'adeguatezza della pianificazione e della effettiva effettuazione degli audit interni e del riesame della direzione e comprendere se il livello di applicazione del sistema di gestione consente di ritenere che il Cliente sia pronto per affrontare le verifiche di Stage 2.

I risultati dell'audit di Stage 1 devono essere formalizzati, compresi gli aspetti critici che, qualora non rimossi, porterebbero all'emissione di Non Conformità, in Stage 2.

Al fine di conseguire gli obiettivi sopra citati, si richiede che, salvo eccezioni, lo Stage 1 sia eseguito presso l'organizzazione.

Nel determinare l'intervallo di tempo intercorrente tra lo Stage 1 e lo Stage 2, si devono considerare le esigenze del cliente per risolvere tutti i problemi identificati in Stage 1.

Per quanto riguarda lo Stage 2 (§ 9.2.3.2), ricordato che lo scopo è quello di valutare l'implementazione e l'efficacia del sistema di gestione del cliente, si precisa che l'audit deve essere condotto presso la sede del Cliente e deve includere almeno la verifica dei seguenti aspetti:

- le informazioni e le evidenze circa la conformità a tutti i requisiti applicabili;
- il monitoraggio degli obiettivi chiave, coerentemente con i requisiti della norma di riferimento per il sistema di gestione adottato;
- il sistema di gestione del cliente per ciò che attiene il controllo degli aspetti legali;
- il controllo operativo dei processi del cliente;
- gli audit interni e il riesame della direzione;
- la responsabilità della direzione rispetto alle politiche del cliente;
- le correlazioni complessive tra: i requisiti della norma, la politica, gli obiettivi, i requisiti cogenti applicabili, la responsabilità e la competenza del personale, le prestazioni e i risultati degli audit interni.

Al termine delle verifiche, il team di audit deve analizzare tutte le evidenze emerse nel corso delle verifiche di Stage 1 e di Stage 2 per riesaminare ogni rilievo e concordare sulle conclusioni dell'audit.

Le informazioni che il Team deve trasmettere all'Organismo per la decisione sulla certificazione, devono comprendere almeno:

- **i rapporti degli audit (che devono contenere le informazioni per sostanziare le verifiche condotte sia in Stage 1, sia in Stage 2, come sopra riportato);**
- **la conferma delle informazioni fornite dal cliente al momento della domanda iniziale;**
- **la raccomandazione se concedere o no la certificazione congiuntamente ad ogni considerazione, o osservazione.**

L'Organismo deve decidere in merito alla concessione della certificazione, sulla base di una valutazione fatta sui rilievi emersi in sede di audit, sulle conclusioni dell'audit stesso e sulla base di ogni altra informazione disponibile (per esempio informazioni pubbliche, commenti del cliente sui rapporti di audit, ecc.).

La classificazione delle Non Conformità e le conseguenze sull'iter di certificazione

Un aspetto importante riguarda i criteri di classificazione delle Non conformità, che appaiono ora al **§ 9.1.15**, mutate da quanto già da tempo richiesto dalle Guide EA/IAF. Può essere utile soffermarsi su questo aspetto perché spesso fonte di dubbi, incertezze e discussioni.

La definizione "teorica" di Non Conformità è semplicemente riferita ad un mancato soddisfacimento di un requisito della/e norma/e di riferimento.

Questa definizione tuttavia, nella pratica operativa, si rileva quasi sempre insufficiente. Vediamo perché.

I casi nei quali un requisito risulta, in sede di audit, completamente ignorato, o completamente disatteso, rappresentano evidenti Non Conformità, tuttavia questi casi sono rari nella pratica di valutazione quotidiana.

La situazione che l'auditor si trova assai più spesso a dover valutare è quella relativa ad un **parziale** soddisfacimento del requisito di norma.

E' altresì evidente che il termine **parziale soddisfacimento di un requisito** (che, ripetiamo, nella pratica di audit rappresenta la quotidianità), introduce immediatamente un criterio di valutazione soggettiva.

E' quindi necessario fare in modo che questo criterio sia **il meno soggettivo** possibile ed **il più oggettivo** possibile.

A questo punto la questione può essere affrontata attraverso uno dei due seguenti approcci.

Si può decidere di considerare "Non Conformità" ogni e qualsiasi carenza rispetto al requisito di norma, piccola o grande che sia.

Questa soluzione, apparentemente molto semplice, ha come forte controindicazione il fatto che ad ogni audit potrebbe essere rilevato un numero consistente di Non Conformità, tra loro molto disomogenee, aventi pesi e importanze assai differenti.

L'aspetto più negativo conseguente a tale prassi è costituito dal fatto che al termine dell'audit, senza un accurato ed esteso rapporto del Team di valutazione, risulta impossibile, per chi deve decidere sulla concessione della certificazione, avere una rappresentazione fedele dell'effettivo stato del sistema di gestione valutato.

L'altra soluzione consiste nel classificare i rilievi secondo un criterio che consenta di evidenziare differenti situazioni di gravità, ciò in virtù del fatto che, come si diceva sopra, quasi sempre l'auditor si trova di fronte ad una situazione di parziale soddisfacimento del requisito e la domanda che l'auditor deve porsi è, quindi, **"parziale quanto?"**

La soluzione adottata da EA/IAF prima, ed ora anche da ISO, prevede che venga classificata come non conformità, non solo la situazione nella quale si registra il sostanziale mancato soddisfacimento di un requisito della norma, ma anche le situazioni che **mettono in dubbio la capacità del sistema di gestione verificato, nel raggiungere i risultati richiesti**.

Ne consegue che il Team di audit classifica come “rilievo” ogni carenza evidenziata nello svolgimento dell’audit e, successivamente, al termine della stessa –come peraltro richiesto dalla norma ISO 19011 ed ora dalla stessa ISO 17021, vedi § 9.2.4– il Team di audit deve procedere ad un attento riesame di ciascun rilievo, procedendo anche ad eventuali aggregazioni tra i vari rilievi registrati, al fine di valutare quali siano da considerare effettive non conformità, alla luce del criterio di cui sopra, quali invece possano essere classificati in altra maniera, quali ancora come raccomandazioni per un miglioramento del sistema.

Tutta questa trattazione, che può sembrare accademica, è tuttavia necessaria per le conseguenze dirette sull’iter di certificazione.

La norma ISO 17021 specifica chiaramente che l’Organismo, prima di assumere la decisione sulla concessione della certificazione, deve dimostrare di aver riesaminato, accettato ed aver valutato l’efficacia di applicazione del trattamento e delle azioni correttive per ogni Non Conformità, che sia stata cos’ classificata, secondo il criterio esposto sopra. La norma aggiunge che l’Organismo deve aver riesaminato ed accettato la pianificazione che il Cliente ha predisposto, per i trattamenti e le azioni correttive di tutti gli altri rilievi (e che quindi non erano stati classificati come Non Conformità). In questo caso l’OdC può limitarsi ad approvare le proposte di trattamento e di azioni correttive.

9.3 Attività di sorveglianza

La norma specifica che l’Organismo deve condurre le attività di sorveglianza periodicamente presso la sede/i del Cliente. Oltre a ciò, la sorveglianza può essere integrata con altre verifiche quali il riesame del materiale informativo e pubblicitario del Cliente, informazioni dal mercato e analisi di documentazione trasmessa per via elettronica.

Si richiede che in occasione di ogni audit di sorveglianza vengano comunque sempre esaminati alcuni requisiti indicati.

Si conferma che gli intervalli tra le sorveglianze non possono eccedere l’anno e che la prima sorveglianza sia fissata, a far data dall’esecuzione dell’ultimo giorno dell’audit di Stage 2 (non quindi dalla concessione della certificazione).

La norma specifica, inoltre, che l’OdC può mantenere la certificazione, sulla base delle conclusioni positive del Responsabile della verifica, senza ulteriori riesami indipendenti, ma a condizione che:

- per ogni Non Conformità o situazione che possa condurre alla sospensione o al ritiro della certificazione, l’OdC assicuri il riesame da parte di altra persona indipendente e adeguatamente competente, per valutare esattamente la situazione e le azioni da intraprendere;
- l’OdC disponga di una funzione competente che effettui un monitoraggio sulle attività di sorveglianza, compreso il monitoraggio sui rapporti degli auditor, per assicurare che l’attività di certificazione sia condotta in modo efficace.

9.4. Rinnovo della certificazione

L’audit di rinnovo deve considerare le performance del sistema di gestione nel periodo pregresso di certificazione e includere il riesame dei rapporti di tutti gli audit di sorveglianza. La norma aggiunge che nei casi in cui il sistema di gestione, o la situazione al contorno, abbiano subito significative modifiche (per esempio modifiche legislative sostanziali), l’OdC possa disporre l’effettuazione di un audit di ricertificazione di Stage 1.

Nel caso in cui nel corso dell’audit di ricertificazione vengano evidenziate Non Conformità, l’OdC deve definire un tempo limite entro il quale tutti i trattamenti e le azioni correttive siano applicati, comunque entro il termine di scadenza della certificazione.

L'OdC deve basare la decisione circa il rinnovo della certificazione, oltre che sugli esiti dell'audit di ricertificazione e sui risultati del riesame del sistema durante tutto il periodo di certificazione, anche sui reclami ricevuti dall'organizzazione.

L'audit di stage 1 è richiesto solo qualora l'organizzazione certificata abbia subito cambiamenti significativi.

9.5 Audit speciali

La norma indica ora chiaramente che l'OdC deve prevedere (anche contrattualmente) la possibilità di effettuare audit straordinari, in particolare audit con un **preavviso minimo** (*short notice audits*) nei casi in cui sia necessario analizzare reclami, o situazioni ove siano intervenuti forti cambiamenti, o, ancora, come follow-up di clienti oggetto di provvedimenti di sospensione.

9.6 Sospensione, revoca o riduzione del campo di applicazione della certificazione

In questo paragrafo la novità più significativa riguarda la descrizione di ciò che l'organizzazione cliente non deve fare quando è soggetta ad un provvedimento di sospensione della propria certificazione. Sono ora anche descritte più ampiamente le ragioni che possono condurre l'OdC ad un provvedimento di riduzione dello scopo di certificazione.

9.7 Ricorsi

Nessuna osservazione particolare.

9.8 Reclami

Questo capitolo è stato notevolmente sviluppato per sottolineare la primaria importanza che la gestione dei reclami riveste nei confronti della credibilità della certificazione. Il capitolo riguarda sia i reclami relativi alle attività proprie dell'OdC, sia i reclami riferiti alle organizzazioni certificate dall'OdC.

Per la corretta gestione dei reclami viene fatto riferimento alla **guida ISO 10002**.

9.9 RegISTRAZIONI relative ai clienti ed ai richiedenti la certificazione

La norma dettaglia tutte le varie tipologie di registrazioni che devono essere mantenute dagli OdC. Si osservi che, oltre alle classiche registrazioni, si richiede ora, esplicitamente, che gli OdC mantengano le registrazioni relative alle motivazioni che hanno condotto a scelte, durante lo sviluppo delle pratiche di certificazione, quali, ad esempio, i criteri di campionamento, la determinazione dei tempi di verifica, le decisioni sul rilascio delle certificazioni, ecc.

Le registrazioni devono essere conservate per la durata del ciclo di certificazione corrente, oltre ad un intero ciclo precedente.

Sono, infine, richiamati gli aspetti di riservatezza nella gestione delle registrazioni.

10 Requisiti relativi al sistema di gestione degli Organismi di certificazione

Questo argomento è stato lungamente dibattuto prima di arrivare all'emissione della norma ISO 17021. Alcuni ritenevano che la norma ISO 9001:2000 fornisse requisiti adatti anche all'applicazione di un sistema di gestione per un Organismo di certificazione. Altri sostenevano che il sistema di gestione di un OdC ha peculiarità che debbono essere richiamate direttamente nella norma ISO 17021. La soluzione finale ha coniugato entrambe le opzioni.

Gli Organismi possono infatti scegliere se utilizzare la ISO 9001:2000, pur con le specificazioni riportate nel **§ 10.2** “*Option 1*”, oppure se seguire i requisiti indicati direttamente al **§ 10.3 b**”*Option 2*”.

Non entrando, nel merito di queste due opzioni, ci si limita a richiamare l’attenzione del lettore sul fatto che, qualora l’OdC scelga di utilizzare come riferimento la norma ISO 9001:2000, al **§10.2.3** “***Costumer focus***”, si puntualizza che l’OdC, nello sviluppare il proprio sistema di gestione, deve considerare la credibilità della certificazione, così come le necessità delle parti interessate, non limitandosi a considerare quale “cliente” le sole organizzazioni richiedenti la certificazione.