S.I.P.S.E. – C.C.J.C.

ATTO N. 14/CCJC

MANUALE GENERALE DELLE PROCEDURE OPERATIVE DI AUDIT, ISPEZIONE, VERIFICA E VALUTAZIONE

Sistema di certificazione, accreditamento, qualificazione e conformità SIPSE-CCJC

Versione: 1.0
Stato: Testo per adozione
Ambito di applicazione: Organismi, auditor, ispettori, verificatori, valutatori, esperti tecnici e responsabili dei procedimenti di certificazione operanti nel sistema SIPSE-CCJC.

PREMESSA ISTITUZIONALE

La Commissione di Certificazione, Conformità e Giustizia del Sistema delle Istituzioni dei Popoli per la Sovranità Economica (SIPSE-CCJC),

- considerata la necessità di rendere uniformi, ripetibili, verificabili e documentabili le attività di audit, ispezione, verifica e valutazione;
- rilevata l'esigenza di assicurare una separazione funzionale tra attività istruttorie, valutazioni tecniche e decisioni di certificazione;
- richiamati gli atti regolamentari SIPSE-CCJC già predisposti in materia di sorveglianza, accreditamento, registrazione, qualificazione e deontologia;
- riconosciuti, quali riferimenti tecnici da considerare secondo pertinenza e applicabilità, i principi delle norme ISO 19011, ISO/IEC 17020, ISO/IEC 17021-1, ISO/IEC 17024, ISO/IEC 17025 e ISO/IEC 17011;
- stabilito che ogni valutazione debba fondarsi su criteri dichiarati, evidenze attendibili, competenze documentate e procedure imparziali;
- inteso assicurare la tracciabilità integrale del processo, dalla richiesta iniziale fino alla conclusione e all'archiviazione;

adotta il seguente Manuale Generale delle Procedure Operative.

PARTE I – DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1 – Oggetto del Manuale

1. Il presente Manuale disciplina le procedure operative per:
   a. apertura e registrazione degli incarichi;
   b. esame preliminare delle richieste;
   c. pianificazione delle attività;
   d. selezione e nomina dei professionisti;

e. audit documentali e in presenza;
f. ispezioni tecniche;
g. verifiche e valutazioni;
h. raccolta e classificazione delle evidenze;
i. gestione delle non conformità;
j. redazione dei rapporti;
k. riesame tecnico;
l. trasmissione degli esiti alla funzione competente per la decisione.

2. Il Manuale stabilisce le modalità minime di esecuzione e documentazione delle attività.
3. Le procedure specialistiche possono integrare il presente Manuale, senza contraddirne i principi.

Articolo 2 – Finalità

1. Il Manuale persegue le seguenti finalità:
   a. uniformità dei procedimenti;
   b. imparzialità delle valutazioni;
   c. attendibilità delle evidenze;
   d. riproducibilità dei risultati;
   e. prevenzione degli errori e delle frodi;
   f. protezione delle informazioni;
   g. tracciabilità delle responsabilità;
   h. proporzionalità delle verifiche;
   i. miglioramento continuo.
2. Ogni attività deve essere organizzata in modo da consentire la ricostruzione del procedimento da parte di un soggetto autorizzato e indipendente.

Articolo 3 – Principio di distinzione delle funzioni

1. Il processo di certificazione è articolato in funzioni distinte:
   a. ricezione e gestione della richiesta;
   b. istruttoria preliminare;
   c. audit, ispezione o verifica;
   d. valutazione tecnica;
   e. riesame della documentazione;
   f. decisione di certificazione;
   g. registrazione e sorveglianza.
2. La stessa persona non può cumulare funzioni incompatibili quando ciò possa compromettere l'imparzialità.
3. La decisione di certificazione non può essere predeterminata dall'esito commerciale dell'incarico.
4. Le responsabilità di ciascuna funzione devono risultare dalla documentazione organizzativa dell'organismo.

Articolo 4 – Campo di applicazione

1. Il Manuale si applica a tutte le attività svolte nell'ambito del sistema SIPSE-CCJC.
2. Le procedure possono essere adattate alla natura dell'oggetto valutato, purché siano preservati:
   a. i criteri di valutazione;

b. l'indipendenza;
c. la sufficienza delle evidenze;
d. la tracciabilità;
e. il diritto di presentare osservazioni;
f. la motivazione delle conclusioni.

3. Per attività che richiedano prove di laboratorio, competenze specialistiche o strumenti regolamentati, devono essere utilizzate strutture e soggetti idonei secondo le norme applicabili.

Articolo 5 – Riferimenti documentali

Il presente Manuale si coordina con:

1. Atto n. 10/CCJC – Regolamento generale di sorveglianza, rinnovo, sospensione, revoca e controllo periodico;
2. Atto n. 11/CCJC – Regolamento generale del sistema di accreditamento, qualificazione e riconoscimento;
3. Atto n. 12/CCJC – Regolamento del sistema di registrazione e identificazione;
4. Atto n. 13/CCJC – Codice etico e deontologico generale;
5. gli atti istitutivi e organizzativi della CCJC;
6. le procedure di contestazione, riesame e garanzia eventualmente adottate;
7. le disposizioni imperative applicabili al caso concreto.

Articolo 6 – Definizioni operative

Ai fini del presente Manuale:

1. **Committente:** soggetto che richiede un'attività di valutazione.
2. **Richiedente:** soggetto che presenta formalmente la domanda.
3. **Soggetto valutato:** organizzazione, persona, struttura, processo, prodotto o servizio sottoposto a valutazione.
4. **Gruppo di audit:** insieme dei professionisti incaricati dell'attività.
5. **Piano di audit:** documento che definisce obiettivi, perimetro, criteri, tempi e risorse.
6. **Evidenza oggettiva:** informazione verificabile pertinente ai criteri applicabili.
7. **Rilievo:** risultato documentato del confronto tra evidenza e criterio.
8. **Non conformità:** mancato soddisfacimento di un requisito.
9. **Osservazione:** elemento che merita attenzione, ma che non costituisce necessariamente una non conformità.
10. **Riesame tecnico:** controllo indipendente della completezza e correttezza del procedimento valutativo.
11. **Decisione:** determinazione assunta dall'organo o soggetto competente in materia di certificazione.
12. **Fascicolo di valutazione:** insieme organizzato dei documenti relativi all'intero procedimento.

PARTE II – APERTURA E AMMISSIBILITÀ DELL'INCARICO

Articolo 7 – Presentazione della richiesta

1. Ogni attività di audit, ispezione, verifica o valutazione deve essere preceduta da una richiesta identificabile.
2. La richiesta può essere presentata mediante modulo digitale, piattaforma SIPSE o altra modalità autorizzata.
3. Deve contenere almeno:
   a. identificazione del richiedente;
   b. identificazione del soggetto valutato;
   c. oggetto della valutazione;
   d. finalità richiesta;
   e. perimetro dell'attività;
   f. criteri o standard dichiarati;
   g. localizzazione delle attività, ove pertinente;
   h. documentazione disponibile;
   i. eventuali limitazioni o condizioni particolari.
4. La richiesta deve essere registrata con identificativo univoco.

Articolo 8 – Registrazione dell'incarico

1. Alla ricezione della richiesta viene aperto un fascicolo di valutazione.
2. Il fascicolo deve contenere:
   a. data di ricezione;
   b. identificativo del procedimento;
   c. richiedente;
   d. oggetto;
   e. responsabile amministrativo;
   f. stato della pratica;
   g. documenti ricevuti;
   h. successive comunicazioni.
3. Ogni documento acquisito deve essere associato al fascicolo e identificato mediante data, autore e versione.
4. Le modifiche devono essere tracciate.

Articolo 9 – Verifica preliminare di completezza

1. Il responsabile dell'istruttoria verifica la completezza formale della richiesta.
2. In caso di carenze, il richiedente viene invitato a integrare la documentazione.
3. La comunicazione deve indicare con chiarezza gli elementi mancanti.
4. La mancata integrazione entro il termine comunicato può comportare sospensione o archiviazione della pratica, secondo le regole applicabili.
5. La verifica formale non costituisce valutazione tecnica né attestazione di conformità.

Articolo 10 – Verifica di ammissibilità tecnica

1. Prima dell'accettazione dell'incarico, l'organismo verifica:
   a. la competenza tecnica disponibile;
   b. l'adeguatezza dei criteri;
   c. la possibilità di accedere alle evidenze necessarie;
   d. la disponibilità di risorse;
   e. l'assenza di conflitti di interesse non gestibili;
   f. la compatibilità dell'attività con il proprio ambito di qualificazione.

2. Se l'attività eccede le competenze dell'organismo, la richiesta deve essere rifiutata, limitata o affidata a soggetti tecnicamente idonei, secondo le regole applicabili.
3. Il rifiuto deve essere motivato.

Articolo 11 – Definizione dei criteri di valutazione

1. I criteri devono essere identificati prima dell'avvio dell'attività.
2. Possono derivare da:
   a. regolamenti SIPSE-CCJC;
   b. specifiche tecniche;
   c. standard volontari;
   d. requisiti contrattuali;
   e. protocolli dichiarati;
   f. norme giuridiche applicabili.
3. Deve essere specificato il riferimento esatto, la versione e l'ambito di applicazione.
4. Non possono essere introdotti requisiti nuovi durante l'attività senza comunicazione e adeguata giustificazione.
5. Qualora i criteri siano ambigui o contraddittori, l'attività deve essere sospesa nella parte interessata fino al chiarimento.

Articolo 12 – Accettazione dell'incarico

1. L'incarico è accettato dopo la verifica dei requisiti formali, tecnici e organizzativi.
2. L'accettazione deve indicare:
   a. oggetto;
   b. finalità;
   c. perimetro;
   d. criteri;
   e. metodologia generale;
   f. risorse assegnate;
   g. tempi indicativi;
   h. responsabilità;
   i. condizioni economiche, ove previste;
   j. obblighi di riservatezza.
3. L'accettazione non equivale a un giudizio positivo sul soggetto valutato.
4. Le eventuali limitazioni devono essere dichiarate prima dell'inizio dell'attività.

Articolo 13 – Rifiuto o sospensione dell'incarico

1. L'organismo rifiuta o sospende l'incarico quando:
   a. non possiede le competenze necessarie;
   b. non dispone di risorse adeguate;
   c. i criteri non sono sufficientemente definiti;
   d. l'accesso alle evidenze è impedito;
   e. sussistono conflitti di interesse non mitigabili;
   f. la richiesta comporta attività illecite o ingannevoli;
   g. il richiedente pretende un risultato predeterminato.
2. Il provvedimento deve essere motivato e comunicato.
3. La sospensione può essere revocata quando siano rimosse le cause che l'hanno determinata.

Articolo 14 – Accordo operativo

1. Prima dell'esecuzione deve essere definito un accordo operativo con il soggetto valutato.
2. L'accordo stabilisce:
   a. accessi e modalità di collaborazione;
   b. disponibilità dei documenti;
   c. regole di sicurezza;
   d. interlocutori;
   e. calendario;
   f. modalità di comunicazione;
   g. trattamento delle informazioni;
   h. gestione degli impedimenti;
   i. modalità di trasmissione dei risultati.
3. L'accordo non può limitare l'indipendenza del gruppo di audit né impedire la registrazione di rilievi fondati.

Articolo 15 – Apertura formale dell'attività

1. L'attività si considera formalmente aperta quando:
   a. la richiesta è stata registrata;
   b. l'incarico è stato accettato;
   c. i criteri sono stati definiti;
   d. il responsabile è stato nominato;
   e. il piano preliminare è stato predisposto.
2. La data di apertura deve essere registrata nel fascicolo.
3. Da tale momento ogni attività rilevante deve essere documentata.

PARTE III – NOMINA, COMPOSIZIONE E INDIPENDENZA DEL GRUPPO DI VALUTAZIONE

Articolo 16 – Nomina del gruppo di valutazione

1. L'organismo competente nomina il gruppo di valutazione in relazione alla natura, alla complessità e al rischio dell'incarico.
2. La nomina deve indicare:
   a. responsabile del gruppo;
   b. componenti;
   c. eventuali esperti tecnici;
   d. ruolo e responsabilità di ciascun componente;
   e. ambito delle attività assegnate;
   f. durata dell'incarico.
3. La nomina è formalizzata e conservata nel fascicolo.
4. Nessun professionista può iniziare l'attività prima della conferma dell'incarico e della verifica dei requisiti di indipendenza.

Articolo 17 – Verifica delle competenze

1. Prima della nomina deve essere verificata l'adeguatezza delle competenze rispetto all'oggetto dell'incarico.

2. La verifica considera:
   a. formazione;
   b. esperienza;
   c. qualificazioni interne;
   d. conoscenza dei criteri;
   e. competenze tecniche specifiche;
   f. capacità di utilizzare gli strumenti necessari.
3. Le competenze devono risultare da documentazione verificabile.
4. Qualora il gruppo non disponga di tutte le competenze necessarie, l'organismo deve integrare la composizione o limitare motivatamente il perimetro.

Articolo 18 – Dichiarazione di indipendenza

1. Ogni componente sottoscrive, prima dell'attività, la dichiarazione di indipendenza prevista dall'Atto n. 13/CCJC.
2. La dichiarazione deve essere riferita allo specifico soggetto valutato e allo specifico incarico.
3. Il responsabile del gruppo verifica la completezza delle dichiarazioni.
4. Le circostanze sopravvenute devono essere comunicate immediatamente.
5. L'attività del professionista interessato è sospesa, nella parte coinvolta, fino alla valutazione della circostanza.

Articolo 19 – Composizione multidisciplinare

1. Per attività complesse può essere costituito un gruppo multidisciplinare.
2. La composizione deve garantire la copertura delle competenze necessarie.
3. Gli esperti tecnici possono formulare valutazioni specialistiche, ma non assumono automaticamente la responsabilità dell'intero procedimento.
4. Le conclusioni specialistiche devono essere sottoscritte dai rispettivi autori e integrate nel rapporto generale.
5. Eventuali divergenze tecniche devono essere registrate e sottoposte al responsabile del gruppo.

Articolo 20 – Sostituzione dei componenti

1. Un componente può essere sostituito per:
   a. conflitto di interesse;
   b. indisponibilità;
   c. perdita dei requisiti;
   d. insufficienza di competenza;
   e. impedimento oggettivo;
   f. necessità di tutelare l'imparzialità.
2. La sostituzione deve essere motivata e registrata.
3. Il nuovo componente deve ricevere le informazioni necessarie e sottoscrivere le dichiarazioni richieste.
4. Le attività già svolte devono essere riesaminate quando la sostituzione possa incidere sull'affidabilità dei risultati.

Articolo 21 – Responsabilità del responsabile del gruppo

1. Il responsabile coordina l'attività e assicura l'applicazione del piano approvato.
2. Deve:
   a. distribuire i compiti;
   b. verificare l'adeguatezza delle risorse;
   c. coordinare le riunioni;
   d. gestire le comunicazioni con il soggetto valutato;
   e. verificare la qualità delle evidenze;
   f. assicurare la coerenza dei rilievi;
   g. predisporre il rapporto conclusivo.
3. Il responsabile non può modificare unilateralmente evidenze o conclusioni tecniche formulate da altri componenti senza motivazione e confronto documentato.
4. La responsabilità del coordinamento non esclude quella individuale per le attività personalmente svolte.

PARTE IV – PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT E DELLA VALUTAZIONE

Articolo 22 – Analisi preliminare del rischio

1. Prima dell'elaborazione del piano, il responsabile effettua un'analisi preliminare del rischio.
2. L'analisi considera:
   a. dimensione e complessità del soggetto valutato;
   b. natura delle attività;
   c. impatto potenziale delle non conformità;
   d. precedenti risultati;
   e. criticità note;
   f. complessità tecnica;
   g. disponibilità e affidabilità della documentazione;
   h. eventuali rischi per persone, ambiente, beni o dati.
3. L'analisi deve essere proporzionata alla tipologia di incarico.
4. I risultati orientano durata, profondità, campionamento e composizione del gruppo.

Articolo 23 – Elaborazione del piano di audit

1. Il responsabile redige il piano di audit prima dell'inizio delle attività.
2. Il piano deve indicare:
   a. identificativo dell'incarico;
   b. obiettivi;
   c. perimetro;
   d. criteri;
   e. metodologia;
   f. sedi e processi da esaminare;
   g. componenti del gruppo;
   h. calendario;
   i. interlocutori;
   j. documenti da esaminare;
   k. eventuali prove o campionamenti;
   l. modalità di reporting.
3. Il piano deve essere approvato secondo le regole dell'organismo.
4. Ogni modifica sostanziale deve essere motivata e registrata.

Articolo 24 – Obiettivi dell'audit

1. Gli obiettivi devono essere chiari, misurabili ove possibile e coerenti con la richiesta.
2. Possono comprendere:
   a. verifica della conformità;
   b. accertamento dell'attuazione di requisiti;
   c. valutazione dell'efficacia di processi;
   d. verifica del mantenimento dei requisiti;
   e. esame di azioni correttive;
   f. valutazione di requisiti professionali;
   g. verifica di prodotti, servizi o sistemi.
3. È vietato ampliare l'obiettivo senza un fondamento contrattuale, regolamentare o normativo e senza adeguata comunicazione.

Articolo 25 – Definizione del perimetro

1. Il perimetro individua con precisione ciò che sarà sottoposto a valutazione.
2. Deve specificare, ove pertinenti:
   a. unità organizzative;
   b. sedi;
   c. processi;
   d. prodotti o servizi;
   e. categorie professionali;
   f. periodi temporali;
   g. sistemi informativi;
   h. attività esternalizzate.
3. Le esclusioni devono essere esplicite, giustificate e compatibili con i criteri applicabili.
4. Il rapporto finale deve riportare ogni limitazione del perimetro.

Articolo 26 – Comunicazione del piano

1. Il piano è comunicato al soggetto valutato con congruo anticipo.
2. Il soggetto può segnalare impedimenti oggettivi, errori materiali o incompatibilità logistiche.
3. Il gruppo valuta le osservazioni senza rinunciare alla propria autonomia.
4. La comunicazione del piano non attribuisce al soggetto valutato il potere di scegliere i professionisti o predeterminare gli esiti.

Articolo 27 – Riunione preparatoria

1. Quando utile, il responsabile convoca una riunione preparatoria.
2. La riunione può riguardare:
   a. conferma del perimetro;
   b. verifica degli accessi;
   c. modalità di sicurezza;
   d. disponibilità documentale;
   e. calendario;
   f. canali di comunicazione;
   g. gestione delle eventuali criticità.
3. Gli esiti rilevanti sono registrati.
4. La riunione preparatoria non costituisce anticipazione del giudizio.

Articolo 28 – Preparazione documentale

1. Prima dell'attività, il gruppo esamina la documentazione disponibile.
2. L'esame preliminare può riguardare:
   a. procedure;
   b. registrazioni;
   c. organigrammi;
   d. dichiarazioni;
   e. autorizzazioni pertinenti;
   f. rapporti precedenti;
   g. indicatori;
   h. piani di miglioramento;
   i. evidenze di attuazione.
3. La documentazione non esaminata deve essere identificata come tale.
4. Le lacune preliminari devono essere annotate e considerate nella pianificazione.

PARTE V – ESECUZIONE DELL'AUDIT E DELLE ISPEZIONI

Articolo 29 – Riunione di apertura

1. L'attività in presenza inizia, ove applicabile, con una riunione di apertura.
2. Il responsabile presenta:
   a. componenti del gruppo;
   b. obiettivi;
   c. perimetro;
   d. criteri;
   e. metodologia;
   f. programma;
   g. regole di comunicazione;
   h. modalità di gestione dei rilievi;
   i. condizioni di sicurezza.
3. Il soggetto valutato può indicare referenti e fornire chiarimenti organizzativi.
4. La riunione è verbalizzata.

Articolo 30 – Raccolta delle evidenze

1. Le evidenze sono raccolte mediante metodi appropriati all'oggetto della verifica.
2. Possono essere utilizzati:
   a. esame documentale;
   b. interviste;
   c. osservazione diretta;
   d. verifiche tecniche;
   e. misurazioni;
   f. prove;
   g. campionamenti;
   h. analisi di registrazioni digitali.
3. Ogni evidenza rilevante deve essere associata al criterio cui si riferisce.

4. Il gruppo deve distinguere le evidenze dirette da quelle indirette e dalle informazioni non confermate.
5. Le modalità di raccolta devono rispettare la legge e le regole di accesso applicabili.

Articolo 31 – Interviste

1. Le interviste devono essere condotte con modalità rispettose, neutrali e non coercitive.
2. Le domande devono essere pertinenti all'oggetto della valutazione.
3. Le dichiarazioni devono essere registrate in modo fedele e contestualizzato.
4. L'intervistato deve poter chiarire eventuali ambiguità.
5. Le dichiarazioni non corroborate da altre evidenze devono essere trattate con cautela e non presentate automaticamente come fatti accertati.

Articolo 32 – Esame documentale

1. Il gruppo verifica autenticità apparente, completezza, pertinenza, coerenza e aggiornamento dei documenti.
2. Devono essere considerati:
   a. autore e provenienza;
   b. data;
   c. versione;
   d. approvazione;
   e. integrità;
   f. collegamento con il requisito;
   g. eventuali modifiche.
3. In caso di dubbio sull'autenticità o integrità, il documento deve essere sottoposto a verifica ulteriore.
4. Il gruppo non deve dichiarare autentico un documento senza disporre di elementi sufficienti.

Articolo 33 – Osservazione diretta

1. L'osservazione diretta deve essere pertinente al criterio valutato.
2. Il professionista registra:
   a. attività osservata;
   b. luogo e momento;
   c. condizioni operative;
   d. persone o funzioni coinvolte, se necessario;
   e. strumenti utilizzati;
   f. risultato dell'osservazione.
3. Le immagini, le registrazioni audio o video possono essere acquisite soltanto in presenza di una base giuridica o autorizzazione valida e nel rispetto delle regole applicabili.
4. Le osservazioni devono essere separate dalle interpretazioni del professionista.

Articolo 34 – Prove e misurazioni

1. Le prove e le misurazioni devono essere eseguite con metodi adeguati e strumenti idonei.
2. Quando rilevante, devono essere documentati:
   a. metodo;
   b. strumento;
   c. identificazione dello strumento;

d. stato di taratura o verifica;
e. condizioni ambientali;
f. operatore;
g. risultato;
h. incertezza o limiti.

3. Le attività che richiedono competenze o strutture specialistiche devono essere affidate a soggetti idonei.
4. I risultati prodotti da laboratori esterni devono essere valutati tenendo conto della loro competenza e dell'affidabilità delle procedure utilizzate.

Articolo 35 – Campionamento

1. Il campionamento deve essere pianificato in modo coerente con gli obiettivi e il rischio.
2. Il metodo può essere statistico o non statistico, purché ne siano dichiarati i criteri.
3. Il fascicolo deve contenere:
   a. popolazione di riferimento;
   b. dimensione del campione;
   c. metodo di selezione;
   d. eventuali esclusioni;
   e. limiti interpretativi.
4. Il campionamento non deve essere manipolato per ottenere un risultato predeterminato.
5. Qualora il campione risulti insufficiente, il gruppo deve motivare l'eventuale ampliamento o dichiarare il limite della valutazione.

Articolo 36 – Verifiche da remoto

1. Le attività da remoto possono essere utilizzate quando risultino tecnicamente adeguate e compatibili con i criteri applicabili.
2. Prima dell'impiego devono essere valutati:
   a. affidabilità del collegamento;
   b. autenticità delle informazioni;
   c. sicurezza dei dati;
   d. possibilità di osservazione;
   e. limiti di accesso;
   f. necessità di verifiche in presenza.
3. Il rapporto deve indicare quali attività sono state svolte da remoto.
4. Se il metodo non consente di ottenere evidenze sufficienti, deve essere prevista un'attività integrativa.

Articolo 37 – Gestione degli impedimenti

1. Ogni impedimento che possa influire sulla completezza o affidabilità della valutazione deve essere registrato.
2. Il responsabile può:
   a. richiedere chiarimenti;
   b. modificare il programma;
   c. sospendere una parte dell'attività;
   d. richiedere documentazione integrativa;
   e. dichiarare una limitazione;
   f. proporre la conclusione anticipata.

3. La decisione deve essere motivata.
4. Il soggetto valutato deve essere informato degli impedimenti rilevanti e delle relative conseguenze.

Articolo 38 – Riunioni di coordinamento

1. Durante l'attività il gruppo può tenere riunioni di coordinamento.
2. Le riunioni servono a:
   a. confrontare le evidenze;
   b. verificare la copertura dei criteri;
   c. uniformare la classificazione dei rilievi;
   d. individuare lacune;
   e. gestire divergenze tecniche.
3. Le conclusioni rilevanti devono essere registrate.
4. Nessuna decisione può essere fondata su accordi informali non documentati.

Articolo 39 – Riunione di chiusura

1. Al termine dell'attività, il responsabile convoca una riunione di chiusura, ove applicabile.
2. Sono comunicati:
   a. attività svolte;
   b. criteri esaminati;
   c. principali evidenze;
   d. rilievi preliminari;
   e. eventuali limitazioni;
   f. passaggi successivi;
   g. modalità di presentazione delle osservazioni.
3. I rilievi sono presentati in modo comprensibile e documentabile.
4. La comunicazione preliminare non equivale alla decisione finale di certificazione.
5. La riunione è verbalizzata e il verbale è inserito nel fascicolo.

PARTE VI – CLASSIFICAZIONE DEI RILIEVI E GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Articolo 40 – Principi di classificazione

1. Ogni rilievo deve essere classificato in base alla natura, alla gravità, all'estensione e agli effetti della situazione rilevata.
2. La classificazione deve essere coerente con i criteri applicabili e non può essere modificata per ragioni estranee alla valutazione tecnica.
3. Il rilievo deve essere comprensibile, verificabile e collegato a evidenze specifiche.
4. La classificazione deve consentire al soggetto valutato di comprendere la criticità e le eventuali azioni necessarie.

Articolo 41 – Tipologie di rilievo

Ai fini del presente Manuale, salvo diversa classificazione prevista dallo schema specifico, si distinguono:

1. **Non conformità maggiore:** mancato soddisfacimento significativo di un requisito, situazione che compromette in modo sostanziale l'efficacia del sistema valutato oppure accumulo di carenze che determina un rischio rilevante.
2. **Non conformità minore:** mancato soddisfacimento circoscritto di un requisito, che non compromette complessivamente l'affidabilità del sistema ma richiede correzione.
3. **Osservazione:** circostanza che non costituisce una non conformità accertata, ma merita attenzione per prevenire possibili criticità.
4. **Opportunità di miglioramento:** indicazione non obbligatoria volta a favorire il miglioramento delle prestazioni o dei processi.
5. **Elemento positivo:** prassi, risultato o soluzione documentata che rappresenta un punto di forza del soggetto valutato.

Articolo 42 – Requisiti della non conformità

1. Ogni non conformità deve contenere almeno:
   a. identificativo univoco;
   b. criterio violato;
   c. descrizione del fatto;
   d. evidenza oggettiva;
   e. classificazione;
   f. motivazione della classificazione;
   g. data di rilevazione;
   h. riferimento al professionista che l'ha formulata.
2. Non può essere emessa una non conformità basata esclusivamente su impressioni personali o valutazioni non documentate.
3. Il requisito deve essere identificabile e applicabile al soggetto valutato.
4. In assenza di evidenze sufficienti, il rilievo deve essere qualificato come elemento da approfondire e non come violazione definitivamente accertata.

Articolo 43 – Scheda di non conformità

1. Ogni non conformità deve essere registrata in una scheda dedicata.
2. La scheda deve prevedere:
   a. numero progressivo;
   b. riferimento al fascicolo;
   c. criterio;
   d. descrizione;
   e. evidenza;
   f. classificazione;
   g. osservazioni del soggetto valutato;
   h. eventuale causa individuata;
   i. azione correttiva proposta;
   j. termine di attuazione;
   k. esito della verifica successiva.
3. Le schede devono essere conservate nel fascicolo di valutazione.
4. Le modifiche successive devono essere tracciate.

Articolo 44 – Comunicazione dei rilievi

1. I rilievi sono comunicati al soggetto valutato con modalità che ne assicurino la conoscibilità.

2. La comunicazione deve indicare il criterio, il fatto rilevato e le evidenze disponibili.
3. Il soggetto valutato può formulare osservazioni e contestazioni tecniche entro il termine comunicato.
4. Le osservazioni devono essere esaminate e registrate.
5. La comunicazione non comporta automaticamente l'accettazione del rilievo da parte del soggetto interessato.

Articolo 45 – Analisi delle cause

1. Per le non conformità che lo richiedano, il soggetto valutato è invitato a individuare le cause che hanno determinato la situazione.
2. L'analisi deve distinguere:
   a. causa immediata;
   b. causa organizzativa;
   c. eventuale causa sistemica;
   d. fattori che hanno contribuito al problema;
   e. eventuali criticità analoghe in altri processi.
3. La semplice correzione dell'effetto non equivale necessariamente alla rimozione della causa.
4. L'organismo può richiedere chiarimenti quando l'analisi risulti generica o non coerente con le evidenze.

Articolo 46 – Piano di azione correttiva

1. Il soggetto valutato presenta, quando richiesto, un piano di azione correttiva.
2. Il piano deve indicare:
   a. attività previste;
   b. responsabili;
   c. tempi;
   d. risorse;
   e. modalità di attuazione;
   f. evidenze attese;
   g. criteri di verifica dell'efficacia.
3. Il piano deve essere proporzionato alla gravità e alla natura della non conformità.
4. L'accettazione del piano non equivale alla conferma dell'avvenuta correzione.

Articolo 47 – Valutazione del piano correttivo

1. Il responsabile tecnico valuta l'adeguatezza del piano.
2. La valutazione considera:
   a. coerenza con la causa individuata;
   b. completezza delle misure;
   c. proporzionalità;
   d. fattibilità;
   e. tempi;
   f. capacità di prevenire la reiterazione.
3. Il piano può essere:
   a. accettato;
   b. accettato con prescrizioni;
   c. richiesto in revisione;
   d. respinto con motivazione.

4. L'esito è comunicato al soggetto valutato e registrato.

Articolo 48 – Verifica dell'attuazione

1. L'attuazione delle azioni correttive è verificata attraverso esame documentale, verifica da remoto, ispezione o audit integrativo.
2. Il metodo deve essere adeguato al rischio e alla natura della non conformità.
3. La verifica deve accertare:
   a. effettiva attuazione;
   b. coerenza con il piano approvato;
   c. disponibilità delle evidenze;
   d. eventuale permanenza della criticità.
4. L'esito deve essere registrato nella scheda di non conformità.

Articolo 49 – Verifica di efficacia

1. Quando la natura della non conformità lo richieda, deve essere verificata anche l'efficacia delle azioni correttive.
2. La verifica di efficacia accerta se le misure abbiano eliminato o ridotto adeguatamente le cause della criticità.
3. La chiusura non può fondarsi esclusivamente sulla dichiarazione del soggetto valutato.
4. In caso di inefficacia, il rilievo rimane aperto o viene riaperto, con motivazione.

Articolo 50 – Chiusura dei rilievi

1. Un rilievo può essere chiuso quando le evidenze dimostrino il soddisfacimento delle condizioni previste.
2. La chiusura deve essere formalizzata da un professionista autorizzato e, quando necessario, sottoposta a riesame.
3. La registrazione deve contenere data, esito, motivazione e responsabile.
4. La chiusura di una non conformità non comporta automaticamente il rilascio o il rinnovo della certificazione.

PARTE VII – RAPPORTO DI AUDIT E RIESAME TECNICO

Articolo 51 – Redazione del rapporto

1. Al termine delle attività il responsabile redige il rapporto di audit, ispezione, verifica o valutazione.
2. Il rapporto deve rappresentare fedelmente le attività svolte e le conclusioni raggiunte.
3. Il rapporto deve essere redatto in forma chiara, completa, coerente e verificabile.
4. Non sono ammesse conclusioni non sostenute da evidenze o riferimenti identificabili.

Articolo 52 – Contenuto minimo del rapporto

Il rapporto deve contenere almeno:

1. identificativo del fascicolo;

2. denominazione del soggetto valutato;
3. oggetto e finalità;
4. data e luogo delle attività;
5. nominativi e ruoli del gruppo;
6. criteri applicati e relative versioni;
7. perimetro;
8. metodologia;
9. attività effettivamente svolte;
10. documenti esaminati;
11. evidenze significative;
12. rilievi e relativa classificazione;
13. osservazioni del soggetto valutato;
14. eventuali limitazioni;
15. conclusioni tecniche;
16. indicazione degli allegati;
17. firme e approvazioni previste.

Articolo 53 – Conclusioni tecniche

1. Le conclusioni devono essere coerenti con gli obiettivi e i criteri dell'incarico.
2. Possono indicare:
   a. conformità riscontrata;
   b. conformità con rilievi da gestire;
   c. non conformità rilevanti;
   d. insufficienza delle evidenze;
   e. impossibilità di formulare un giudizio;
   f. necessità di ulteriori verifiche.
3. Il rapporto deve distinguere la conclusione tecnica dalla decisione di certificazione.
4. Il gruppo non può attribuire alla propria conclusione effetti che competono a un diverso organo.

Articolo 54 – Gestione delle divergenze tecniche

1. Le divergenze tra componenti del gruppo devono essere affrontate mediante confronto documentato.
2. Quando non sia possibile raggiungere una conclusione condivisa, il rapporto deve riportare le posizioni tecniche rilevanti.
3. Il responsabile non può cancellare una valutazione dissenziente motivata senza darne conto.
4. Le divergenze che incidono sulla decisione devono essere sottoposte al riesame tecnico.

Articolo 55 – Verifica di completezza

1. Prima della trasmissione, il rapporto è sottoposto a verifica di completezza.
2. La verifica accerta:
   a. corrispondenza tra piano e attività svolte;
   b. copertura dei criteri;
   c. sufficienza delle evidenze;
   d. corretta classificazione dei rilievi;
   e. coerenza delle conclusioni;

f. presenza degli allegati;
g. sottoscrizioni richieste.

3. Le carenze devono essere corrette prima della trasmissione alla funzione decisionale.
4. La verifica deve essere registrata.

Articolo 56 – Riesame tecnico indipendente

1. Il rapporto è sottoposto a riesame tecnico da parte di un soggetto competente che non abbia partecipato alle attività valutative oggetto di riesame, salvo le deroghe motivate ammesse dagli atti applicabili.
2. Il riesame deve verificare:
   a. adeguatezza del gruppo;
   b. rispetto delle procedure;
   c. congruità delle evidenze;
   d. correttezza dei rilievi;
   e. coerenza delle conclusioni;
   f. completezza documentale;
   g. gestione dei conflitti di interesse;
   h. eventuali limitazioni.
3. Il riesaminatore non può modificare le evidenze originarie né sostituire arbitrariamente il giudizio tecnico.
4. Le richieste di integrazione devono essere motivate.

Articolo 57 – Esito del riesame

1. Il riesame può concludersi con:
   a. approvazione tecnica;
   b. approvazione con osservazioni;
   c. richiesta di integrazione;
   d. richiesta di nuova valutazione;
   e. non approvazione motivata.
2. L'esito è registrato nel fascicolo.
3. In caso di richiesta di integrazione, il responsabile del gruppo provvede secondo le indicazioni ricevute.
4. In caso di non approvazione, il rapporto non può essere trasmesso come concluso alla funzione decisionale.

Articolo 58 – Approvazione e trasmissione del rapporto

1. Il rapporto completo e riesaminato è approvato secondo le competenze dell'organismo.
2. La trasmissione alla funzione decisionale deve avvenire mediante canale tracciabile.
3. Devono essere trasmessi:
   a. rapporto finale;
   b. schede dei rilievi;
   c. documenti essenziali;
   d. esito del riesame;
   e. eventuali osservazioni del soggetto valutato;
   f. indicazione delle limitazioni.
4. La data di trasmissione deve essere registrata.

PARTE VIII – DECISIONE DI CERTIFICAZIONE E COMUNICAZIONE DEGLI ESITI

Articolo 59 – Autonomia della funzione decisionale

1. La decisione di certificazione è assunta esclusivamente dal soggetto o organo cui gli atti dell'organismo attribuiscono tale competenza.
2. La funzione decisionale deve essere distinta dall'attività di audit e dal riesame tecnico, in misura adeguata a garantire imparzialità.
3. Il decisore deve disporre di competenze adeguate e non deve trovarsi in situazioni di conflitto di interesse.
4. La decisione non può essere condizionata da pressioni commerciali, finanziarie, politiche o personali.

Articolo 60 – Esame del fascicolo decisionale

1. Il decisore esamina il fascicolo trasmesso.
2. Deve verificare:
   a. completezza della documentazione;
   b. validità dell'incarico;
   c. adeguatezza delle competenze del gruppo;
   d. rispetto delle procedure;
   e. esito del riesame tecnico;
   f. trattamento delle non conformità;
   g. eventuali limitazioni;
   h. sussistenza dei requisiti per la decisione richiesta.
3. Il decisore può chiedere chiarimenti o integrazioni.
4. Non può modificare direttamente il rapporto tecnico senza attivare una procedura documentata di riesame o integrazione.

Articolo 61 – Tipologie di decisione

In relazione ai criteri applicabili, la decisione può consistere in:

1. rilascio della certificazione;
2. rilascio con ambito limitato, quando consentito dallo schema;
3. mantenimento della certificazione;
4. rinnovo;
5. sospensione;
6. limitazione;
7. revoca;
8. diniego;
9. rinvio della decisione per approfondimenti;
10. archiviazione della domanda.

Articolo 62 – Decisione positiva

1. La decisione positiva può essere assunta quando le evidenze dimostrino il soddisfacimento dei requisiti applicabili.

2. Il provvedimento deve identificare:
   a. soggetto certificato;
   b. schema o riferimento applicato;
   c. oggetto della certificazione;
   d. ambito;
   e. eventuali esclusioni;
   f. data della decisione;
   g. durata o scadenza, ove prevista;
   h. identificativo della certificazione;
   i. soggetto deliberante.
3. La certificazione deve riportare con chiarezza il proprio ambito e le eventuali limitazioni.
4. Non possono essere attribuiti effetti ulteriori rispetto a quelli previsti dal sistema e dalla normativa applicabile.

Articolo 63 – Decisione negativa o rinvio

1. Il diniego deve essere motivato con riferimento ai requisiti non soddisfatti o alle carenze del procedimento.
2. Il rinvio è ammesso quando occorrano ulteriori evidenze o chiarimenti.
3. La comunicazione deve indicare gli elementi necessari per una nuova valutazione, ove possibile.
4. Il richiedente può presentare osservazioni o utilizzare le procedure di contestazione e riesame previste.

Articolo 64 – Emissione della certificazione

1. A seguito della decisione positiva, l'organismo competente procede all'emissione della certificazione.
2. Il documento deve essere conforme al modello autorizzato.
3. Deve riportare almeno:
   a. denominazione dell'organismo emittente;
   b. identificazione del soggetto;
   c. oggetto e ambito;
   d. criteri di riferimento;
   e. codice identificativo;
   f. data di emissione;
   g. periodo di validità, ove previsto;
   h. firma o validazione digitale autorizzata;
   i. modalità di verifica dell'autenticità.
4. Il documento deve distinguere chiaramente la certificazione interna SIPSE-CCJC da eventuali attestazioni, autorizzazioni o riconoscimenti esterni.

Articolo 65 – Comunicazione della decisione

1. La decisione è comunicata formalmente al richiedente e al soggetto valutato, quando distinto.
2. La comunicazione indica:
   a. esito;
   b. motivazione essenziale;
   c. ambito riconosciuto;

d. eventuali limitazioni;
e. obblighi successivi;
f. modalità di sorveglianza;
g. procedure di reclamo e riesame.

3. La comunicazione deve essere conservata nel fascicolo.
4. La pubblicazione dell'esito nel registro avviene secondo l'Atto n. 12/CCJC.

Articolo 66 – Divieto di anticipazione e uso improprio

1. Prima della decisione definitiva, il richiedente non può dichiarare di essere certificato sulla base di una semplice richiesta, di un audit in corso o di un rapporto tecnico favorevole non ancora deliberato.
2. È vietato utilizzare bozze, attestazioni provvisorie o comunicazioni informali come certificazioni definitive.
3. Ogni uso non autorizzato deve essere segnalato all'organismo competente.
4. L'organismo può adottare le misure previste dai regolamenti applicabili.

PARTE IX – PROCEDURE SPECIALI E ATTIVITÀ INTEGRATIVE

Articolo 67 – Audit iniziale

1. L'audit iniziale è finalizzato ad accertare, per la prima volta, il soddisfacimento dei requisiti dello schema.
2. Può articolarsi in:
a. esame documentale;
b. verifica dell'attuazione;
c. valutazione delle competenze e delle risorse;
d. controllo dei processi;
e. verifica delle registrazioni;
f. esame delle eventuali non conformità.
3. L'organismo può articolare l'audit in più fasi quando la complessità lo richieda.
4. La decisione finale deve considerare congiuntamente le evidenze pertinenti.

Articolo 68 – Audit di sorveglianza

1. L'audit di sorveglianza verifica il mantenimento dei requisiti nel periodo di validità della certificazione.
2. La frequenza e l'estensione sono stabilite in funzione dello schema, del rischio e delle prestazioni precedenti.
3. La sorveglianza può comprendere verifiche documentali, da remoto o in presenza.
4. Gli esiti sono trasmessi alla funzione competente per il mantenimento o per l'eventuale adozione di misure.

Articolo 69 – Audit di rinnovo

1. L'audit di rinnovo verifica il mantenimento complessivo dei requisiti e l'efficacia del sistema nel periodo precedente.

2. Deve considerare:
   a. risultati delle sorveglianze;
   b. reclami e segnalazioni pertinenti;
   c. non conformità precedenti;
   d. modifiche intervenute;
   e. prestazioni complessive;
   f. adeguatezza delle azioni correttive.
3. Il rinnovo non è automatico.
4. La decisione deve essere assunta prima della scadenza, quando la pianificazione e le evidenze lo consentano.

Articolo 70 – Audit straordinario

1. Un audit straordinario può essere disposto in presenza di:
   a. segnalazioni circostanziate;
   b. sospetti fondati di frode;
   c. gravi non conformità;
   d. modifiche sostanziali;
   e. incidenti rilevanti;
   f. rischi per l'affidabilità della certificazione;
   g. richieste motivate degli organi competenti.
2. L'oggetto dell'audit deve essere circoscritto ai fatti che ne giustificano l'attivazione, salvo necessità documentate di estensione.
3. Le modalità devono rispettare le garanzie del soggetto interessato.
4. L'esito è trasmesso alla funzione competente per le eventuali misure previste.

Articolo 71 – Verifica delle modifiche sostanziali

1. Il soggetto certificato deve comunicare le modifiche che possano influire sui requisiti o sull'ambito della certificazione.
2. L'organismo valuta la rilevanza della modifica.
3. Può disporre:
   a. esame documentale;
   b. verifica integrativa;
   c. audit straordinario;
   d. modifica dell'ambito;
   e. sospensione cautelare, quando necessaria e giustificata.
4. L'esito deve essere registrato e comunicato.

Articolo 72 – Valutazione di persone e competenze professionali

1. Quando l'oggetto è una persona, la valutazione deve essere basata su requisiti e criteri previamente definiti.
2. Le procedure possono comprendere:
   a. verifica documentale;
   b. esame teorico;
   c. prova pratica;
   d. valutazione dell'esperienza;
   e. colloquio tecnico;
   f. verifica periodica delle competenze.

3. I criteri di superamento devono essere dichiarati prima dell'esame.
4. Le prove devono essere coerenti con il livello di competenza richiesto.
5. Devono essere previste garanzie contro discriminazioni, favoritismi e conflitti di interesse.

Articolo 73 – Ispezioni di prodotti, servizi e processi

1. Le ispezioni devono essere eseguite secondo un piano coerente con la natura dell'oggetto.
2. Devono essere definiti:
   a. caratteristiche da verificare;
   b. metodi;
   c. strumenti;
   d. criteri di accettazione;
   e. campionamento;
   f. condizioni operative.
3. Le conclusioni devono essere limitate agli oggetti effettivamente esaminati.
4. Il rapporto deve distinguere risultati misurati, osservazioni e valutazioni professionali.

Articolo 74 – Valutazioni documentali

1. Le valutazioni documentali possono essere utilizzate quando la natura dei requisiti consenta di accertarli mediante documenti attendibili.
2. Devono essere verificate provenienza, integrità, aggiornamento e pertinenza dei documenti.
3. La valutazione documentale non può sostituire una verifica diretta quando quest'ultima sia necessaria per accertare il requisito.
4. Il rapporto deve indicare chiaramente che l'attività è stata svolta su base documentale e i limiti che ne derivano.

Articolo 75 – Attività affidate a soggetti esterni

1. L'organismo può avvalersi di laboratori, esperti o soggetti esterni quando ciò sia consentito dalle regole applicabili.
2. Prima dell'affidamento deve verificarne competenza, indipendenza, riservatezza e adeguatezza tecnica.
3. L'affidamento deve essere formalizzato e documentato.
4. La responsabilità della gestione del procedimento e delle decisioni che spettano all'organismo non viene trasferita automaticamente al soggetto esterno.
5. I risultati esterni devono essere valutati prima del loro utilizzo.

PARTE X – GESTIONE DIGITALE, TRACCIABILITÀ E CONSERVAZIONE

Articolo 76 – Fascicolo digitale

1. Ogni procedimento deve essere dotato di un fascicolo digitale identificato univocamente.
2. Il fascicolo costituisce l'archivio ufficiale dell'attività svolta nell'ambito del sistema SIPSE-CCJC.
3. Deve contenere:
   a. richiesta iniziale;
   b. accettazione dell'incarico;

c. nomine;
d. dichiarazioni di indipendenza;
e. piano di audit;
f. documentazione esaminata;
g. evidenze;
h. verbali;
i. rilievi;
j. rapporti;
k. riesame;
l. decisione;
m. comunicazioni;
n. registrazioni successive.

4. Il fascicolo deve consentire la ricostruzione cronologica dell'intero procedimento.

Articolo 77 – Identificativi e codificazione

1. A ogni procedimento è attribuito un identificativo univoco.
2. Gli identificativi devono consentire il collegamento tra:
   a. richiedente;
   b. soggetto valutato;
   c. organismo;
   d. professionisti incaricati;
   e. rapporto;
   f. decisione;
   g. certificazione eventualmente emessa.
3. I codici sono attribuiti secondo il sistema di identificazione disciplinato dall'Atto n. 12/CCJC.
4. È vietato riutilizzare identificativi in modo da generare ambiguità o duplicazioni.

Articolo 78 – Integrità e autenticità digitale

1. I documenti digitali devono essere protetti da alterazioni non autorizzate.
2. L'organismo può utilizzare:
   a. firme elettroniche o digitali;
   b. marcature temporali;
   c. impronte crittografiche;
   d. registri di controllo;
   e. sistemi di autenticazione;
   f. strumenti di verifica dell'integrità.
3. Le tecnologie impiegate devono essere adeguate al rischio e conformi alle disposizioni applicabili.
4. L'impiego di registri distribuiti o altre tecnologie di certificazione dell'integrità non attribuisce automaticamente valore legale ulteriore ai documenti, oltre a quello riconosciuto dall'ordinamento applicabile.

Articolo 79 – Accessi e autorizzazioni

1. L'accesso ai fascicoli è consentito esclusivamente ai soggetti autorizzati.
2. I livelli di accesso devono essere differenziati secondo le funzioni.
3. Devono essere registrati gli accessi e le operazioni rilevanti.

4. Le autorizzazioni devono essere revocate quando cessano le esigenze funzionali che le giustificano.
5. L'organismo deve adottare misure per prevenire accessi abusivi, divulgazioni e modifiche non autorizzate.

Articolo 80 – Conservazione documentale

1. I documenti devono essere conservati per il periodo stabilito dalle regole dello schema, dagli atti SIPSE-CCJC e dalla normativa applicabile.
2. La durata deve essere proporzionata alla necessità di:
   a. dimostrare la correttezza del procedimento;
   b. gestire reclami e contestazioni;
   c. effettuare sorveglianza e rinnovi;
   d. tutelare i diritti delle parti;
   e. adempiere obblighi di legge.
3. Alla scadenza dei termini, i documenti devono essere cancellati, anonimizzati o ulteriormente conservati soltanto quando sussista una base legittima.
4. Le operazioni di eliminazione devono essere tracciabili.

Articolo 81 – Continuità operativa e sicurezza

1. L'organismo deve adottare procedure per assicurare la continuità delle attività.
2. Devono essere previste:
   a. copie di sicurezza;
   b. protezione da perdita dei dati;
   c. procedure di ripristino;
   d. gestione degli incidenti;
   e. continuità delle comunicazioni;
   f. protezione delle credenziali.
3. Gli incidenti che possano compromettere l'integrità dei fascicoli devono essere registrati e gestiti tempestivamente.
4. Le misure di sicurezza devono essere periodicamente verificate.

PARTE XI – RECLAMI, CONTESTAZIONI E RIESAME

Articolo 82 – Diritto di presentare reclamo

1. Il richiedente e il soggetto valutato possono presentare reclamo in relazione:
   a. alla condotta dei professionisti;
   b. alla gestione del procedimento;
   c. a irregolarità procedurali;
   d. a ritardi ingiustificati;
   e. a violazioni della riservatezza;
   f. a possibili conflitti di interesse;
   g. all'utilizzo improprio di documenti o informazioni.
2. Il reclamo deve essere registrato e valutato da un soggetto non coinvolto nei fatti contestati.
3. La presentazione del reclamo non determina automaticamente la sospensione dell'attività.

Articolo 83 – Contestazione dei rilievi

1. Il soggetto valutato può contestare un rilievo quando ritenga che:
   a. il criterio sia stato applicato in modo errato;
   b. l'evidenza sia inesatta o incompleta;
   c. la classificazione sia sproporzionata;
   d. il rilievo non sia adeguatamente motivato;
   e. siano state violate le procedure.
2. La contestazione deve indicare i motivi e, ove possibile, gli elementi di supporto.
3. Il responsabile competente procede all'esame e comunica l'esito motivato.
4. La contestazione deve essere distinta dalla semplice richiesta di chiarimenti.

Articolo 84 – Riesame del procedimento

1. Il riesame può riguardare una o più fasi del procedimento quando emergano elementi che possano incidere sulla validità o affidabilità dell'esito.
2. Il riesame deve essere affidato a soggetti indipendenti rispetto alle attività contestate, ove possibile.
3. Può comportare:
   a. conferma degli atti;
   b. correzione di errori materiali;
   c. integrazione documentale;
   d. nuova verifica;
   e. ripetizione parziale dell'audit;
   f. trasmissione alla funzione decisionale per una nuova determinazione.
4. Ogni esito deve essere motivato e registrato.

Articolo 85 – Termini e comunicazioni

1. Gli organismi devono stabilire termini ragionevoli per la presentazione e la gestione dei reclami e delle contestazioni.
2. I termini devono essere comunicati al richiedente e al soggetto valutato.
3. Le comunicazioni devono essere effettuate con modalità tracciabili.
4. Eventuali proroghe devono essere motivate e comunicate agli interessati.

Articolo 86 – Tutela dell'imparzialità nel riesame

1. Nessun soggetto può decidere un reclamo relativo a una propria condotta senza adeguate garanzie di indipendenza.
2. I componenti coinvolti devono dichiarare il conflitto e astenersi.
3. La funzione di riesame deve poter accedere alla documentazione necessaria.
4. L'esito non può essere modificato per ragioni commerciali o per proteggere la reputazione dell'organismo.

PARTE XII – CONTROLLO DEL MANUALE E MIGLIORAMENTO CONTINUO

Articolo 87 – Monitoraggio delle procedure

1. La CCJC verifica periodicamente l'applicazione del presente Manuale.

2. Il monitoraggio può comprendere:
   a. controlli a campione sui fascicoli;
   b. verifica della completezza dei rapporti;
   c. analisi delle non conformità;
   d. valutazione dei tempi procedurali;
   e. esame dei reclami;
   f. verifica delle competenze;
   g. controllo della tracciabilità digitale.
3. I risultati devono essere documentati.
4. Le carenze sistemiche devono essere affrontate mediante misure correttive.

Articolo 88 – Indicatori di qualità operativa

1. La CCJC può adottare indicatori per monitorare la qualità dei procedimenti.
2. Tra gli indicatori possono essere inclusi:
   a. percentuale di fascicoli completi;
   b. percentuale di audit conclusi nei tempi programmati;
   c. numero di rapporti restituiti per integrazione;
   d. numero di non conformità riaperte;
   e. percentuale di riesami conclusi;
   f. numero di reclami accolti;
   g. tasso di aggiornamento delle qualifiche professionali;
   h. percentuale di dichiarazioni di indipendenza correttamente acquisite.
3. Gli indicatori devono essere interpretati considerando la complessità dei procedimenti.
4. Non possono essere utilizzati per incentivare artificialmente esiti positivi o penalizzare valutazioni tecnicamente motivate.

Articolo 89 – Gestione delle procedure non conformi

1. Quando venga rilevata una violazione del presente Manuale, l'organismo deve:
   a. registrare l'evento;
   b. valutarne la rilevanza;
   c. individuare le cause;
   d. definire le azioni correttive;
   e. verificare l'efficacia;
   f. valutare l'impatto sugli esiti già emessi.
2. Quando la violazione possa aver compromesso una certificazione, deve essere informata la funzione competente per il riesame.
3. Le eventuali misure sullo status della certificazione sono adottate secondo gli atti applicabili.
4. La responsabilità individuale deve essere valutata separatamente dalla responsabilità organizzativa.

Articolo 90 – Riesame annuale del Manuale

1. Il Manuale è sottoposto a riesame almeno annuale, salvo necessità di revisione anticipata.
2. Il riesame considera:
   a. evoluzione degli standard tecnici;
   b. modifiche normative;
   c. risultati delle verifiche;

d. reclami e contestazioni;
e. incidenti e anomalie;
f. innovazioni tecnologiche;
g. esigenze degli organismi e dei soggetti valutati.

3. Le modifiche sono approvate con atto formale della CCJC.
4. Le versioni precedenti devono essere conservate nell'archivio normativo.

Articolo 91 – Entrata in vigore

1. Il presente Manuale entra in vigore dalla data della sua approvazione.
2. Gli organismi operanti nel sistema devono adeguare le proprie procedure entro il termine stabilito dall'atto di approvazione.
3. Le attività già avviate possono proseguire secondo le disposizioni transitorie deliberate, purché siano salvaguardate le garanzie essenziali.
4. La CCJC può approvare istruzioni applicative e modelli operativi integrativi.

Articolo 92 – Clausola di salvaguardia

1. Il presente Manuale disciplina le procedure interne del sistema SIPSE-CCJC.
2. Non costituisce attribuzione di poteri pubblici, abilitazioni professionali regolamentate, accreditamento pubblico o riconoscimento automatico da parte di autorità esterne.
3. Restano applicabili le norme imperative dell'ordinamento competente.
4. Ogni disposizione deve essere interpretata in modo da tutelare imparzialità, affidabilità delle valutazioni, trasparenza e diritto di difesa.

ALLEGATO A – MODULISTICA OPERATIVA GENERALE

Il sistema SIPSE-CCJC adotta una modulistica uniforme, identificata da codici progressivi.

Codice	Modulo	Funzione
CCJC-M01	Richiesta di valutazione	Apertura del procedimento
CCJC-M02	Scheda di ammissibilità	Verifica preliminare
CCJC-M03	Nomina del gruppo	Attribuzione degli incarichi
CCJC-M04	Dichiarazione di indipendenza	Gestione dei conflitti
CCJC-M05	Piano di audit	Pianificazione
CCJC-M06	Verbale di apertura	Avvio delle attività
CCJC-M07	Scheda evidenze	Registrazione delle prove
CCJC-M08	Scheda non conformità	Classificazione dei rilievi
CCJC-M09	Piano azioni correttive	Gestione delle criticità
CCJC-M10	Rapporto di audit	Risultati della valutazione
CCJC-M11	Scheda riesame tecnico	Controllo indipendente
CCJC-M12	Proposta di decisione	Trasmissione al decisore
CCJC-M13	Decisione di certificazione	Determinazione finale
CCJC-M14	Verbale di chiusura	Conclusione delle attività
CCJC-M15	Scheda reclamo	Gestione delle contestazioni

ALLEGATO B – FLUSSO OPERATIVO GENERALE

Procedimento SIPSE-CCJC

1. **Richiesta e registrazione**

   Apertura fascicolo e assegnazione identificativo.

2. **Ammissibilità**

   Controllo formale, tecnico e organizzativo.

3. **Nomina e indipendenza**

   Selezione del gruppo e dichiarazioni preventive.

4. **Pianificazione**

   Obiettivi, perimetro, criteri, rischio e calendario.

5. **Audit, ispezione o verifica**

   Raccolta delle evidenze e documentazione delle attività.

6. **Rilievi e azioni correttive**

   Classificazione, contestazioni e verifica delle misure.

7. **Rapporto e riesame tecnico**

   Controllo indipendente della completezza e affidabilità.

8. **Decisione di certificazione**

   Decisione autonoma, motivata e tracciata.

9. **Registrazione e sorveglianza**

   Emissione, iscrizione nel registro e controlli successivi.

ALLEGATO C – MODELLO DI RAPPORTO FINALE DI AUDIT

SIPSE – CCJC | RAPPORTO UFFICIALE DI VALUTAZIONE

- Numero del procedimento: _____

- Codice del soggetto valutato: _____
- Organismo incaricato: _____
- Responsabile del gruppo: _____
- Data di inizio: _____
- Data di conclusione: _____
- Oggetto della valutazione: _____
- Criteri applicati: _____
- Perimetro: _____

1. Attività svolte

2. Documentazione esaminata

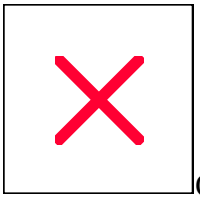
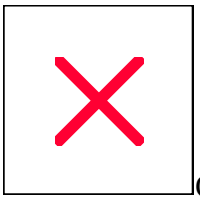
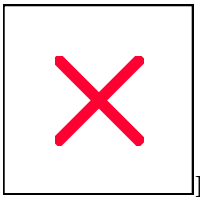
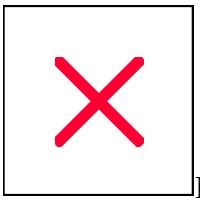
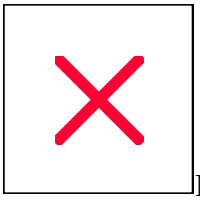
3. Evidenze raccolte

4. Rilievi e non conformità

5. Osservazioni del soggetto valutato

6. Limitazioni riscontrate

7. Conclusione tecnica

-  Conformità riscontrata
-  Conformità con rilievi
-  Non conformità rilevanti
-  Evidenze insufficienti
-  Necessità di ulteriori verifiche

8. Esito del riesame tecnico

9. Trasmissione alla funzione decisionale

Data: _____

Responsabile: _____

Firma: _____

ALLEGATO D – DISPOSIZIONE DI ADOZIONE

ATTO N. 14/CCJC

Manuale Generale delle Procedure Operative di Audit, Ispezione, Verifica e Valutazione

Da sottoporre ad approvazione

- Organo approvante: Commissione di Certificazione, Conformità e Giustizia – SIPSE-CCJC
- Deliberazione di approvazione: _____
- Data: _____
- Presidente / Autorità competente: _____
- Firma: _____
- Segreteria e registrazione: _____

Il Manuale disciplina l'esecuzione delle attività interne SIPSE-CCJC. La sua adozione non equivale a un accreditamento pubblico né attesta automaticamente la conformità a standard esterni.