

Management System Certification

Rapporto di Audit

Organizzazione:	Si.Gest.A. Srl				
Indirizzo:	Viale Tricesimo, 5/2 – 33100 Udine				
Norma(e):	UNI EN ISO 9001:2015		Accreditamento: ACCREDIA		
Rappresentante Organizzazione:	Ing. Alessandro Della Vedova				
Sito(i) visitato(i):	SEDE DI Udine		Data(e) dell'audit:	08/11/2018	
Codice EA:	34,35 e 37	Codici NACE:	72,73 e 74	34,35 e 37	Codici NACE:
N° di addetti:	5		No. di turni:	//	
Lead Auditor:	RODOLFO BERTOLI		Altri componenti il GA:	//	
Altri partecipanti e loro ruolo:	//				
Il presente rapporto è riservato e la sua distribuzione è limitata al Gruppo di Audit (GA), al Rappresentante della Organizzazione e a SGS Italia					

1. Obiettivi dell'audit

Gli obiettivi di questo audit sono stati quelli di determinare la conformità del sistema di gestione, o di parti di esso, con i criteri di audit e la sua:

- ☐ capacità di assicurare che i suoi requisiti legali, normativi, e contrattuali sono soddisfatti
- ☐ efficacia al fine di garantire che cliente possa ragionevolmente aspettarsi di conseguire gli obiettivi specifici e per individuare le aree di potenziale miglioramento

2. Scopo della certificazione

Erogazione di servizi di coordinamento della sicurezza in cantiere. Progettazione e direzione lavori di opere civili ed industriali, infrastrutturali ed impiantistiche. Erogazione di servizi di consulenza e formazione nei campi dell'acustica, sicurezza e igiene del lavoro.

Scopo modificato a conclusione dell'audit

☐ Si ☒ No

Per realtà plurisito l'elenco dei siti fissi o temporanei (concordato con il Cliente) è riportato in allegato

☐ Si ☐ No

3. Evidenze dell'audit e conclusioni

Il Gruppo di Audit (GA) ha condotto un'audit mediante campionamento per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, basato sulle informazioni disponibili al momento dell'audit; nell'audit sono state utilizzate tecniche quali interviste, osservazioni di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni. L'audit è stato strutturato in accordo con il piano e la matrice di audit che sono parte integrante delle registrazioni dell'attività eseguita insieme alle check-list eventualmente utilizzate.

Le conclusioni del GA sono che l'Organizzazione ☒ ha ☐ non ha stabilito e mantenuto il sistema di gestione in conformità con quanto richiesto dalla norma e dimostrato la capacità del sistema di raggiungere sistematicamente i requisiti definiti per i prodotti/servizi in linea con lo scopo e gli obiettivi/politica dell'Organizzazione.

Numero di non conformità identificate // Maggiori // Minori

In base ai risultati del presente audit e allo stato di sviluppo e maturità dimostrato dal sistema, il Gruppo di Audit propone quindi che la certificazione del sistema di gestione sia :

☒ Concessa / ☐ Confermata / ☐ Ritirata / ☐ Sospesa fino al completamento delle azioni correttive

Nota: il presente rapporto è da ritenersi ufficiale a meno che la fase di valutazione delle risultanze dell'audit non comporti modifiche al risultato della stessa che saranno notificate da SGS SSC.

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n° 1 di 7

4. Risultati del precedente audit

I risultati del precedente audit sono stati valutati al fine di accertare l'attuazione di adeguate azioni correttive volte a rimuovere le cause di eventuali non conformità. Tale valutazione ha portato alle seguenti conclusioni

- ☐ Le non conformità identificata nel precedente audit sono state risolte con azioni correttive risultate efficaci (vedere sezione 6 per dettagli)
- ☐ Il sistema di gestione non ha adeguatamente risolto le non conformità identificate nel corso del precedente audit e gli elementi specifici sono stati oggetto di nuove non conformità riportate nel presente rapporto

5. Evidenze dell'audit

L'audit, condotto adottando un approccio per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, si è svolto mediante interviste, osservazioni delle attività ed esame di documenti e registrazioni. Di seguito sono sintetizzate le conclusioni principali dell'audit:

La documentazione del sistema di gestione è risultata conforme ai requisiti della norma di riferimento e risulta adeguatamente strutturata per supportare l'implementazione ed il mantenimento del sistema di gestione. ☒ Sì ☐ No

L'Organizzazione ha dimostrato un'effettiva implementazione e mantenimento/ /miglioramento del sistema di gestione ed è in grado di raggiungere gli obiettivi della politica e dei risultati attesi del rispettivo(i) sistema(i) di gestione ☒ Sì ☐ No

L'Organizzazione ha dimostrato di disporre e perseguire appropriati obiettivi e traguardi prestazionali verificandone i progressi ai fini del loro raggiungimento. ☒ Sì ☐ No

Il programma di audit interni è stato implementato ed è risultato uno strumento efficace ai fini del mantenimento e miglioramento del sistema di gestione. ☒ Sì ☐ No

Il processo di riesame della direzione ha dimostrato la capacità dell'Organizzazione di assicurare la continua conformità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione. ☒ Sì ☐ No

Limitatamente al campionamento effettuato e alle evidenze di audit, i requisiti applicabili, compresi quelli cogenti aventi influenza sulla certificazione, sono soddisfatti. ☒ Sì ☐ No

L'organizzazione dichiara di non essere coinvolta in procedimenti giudiziari conseguenti alle leggi sulla responsabilità da prodotto o a violazioni di leggi concernenti i prodotti forniti e/o i servizi erogati o comunque afferenti ai sistemi di gestione oggetto di certificazione. ☒ Sì ☐ No

Mediante il processo di audit, il sistema di gestione è risultato nel complesso conforme ai requisiti della norma di riferimento. ☒ Sì ☐ No

I riferimenti alla certificazione sono risultati corretti e in accordo alla Guida SGS e l'Organizzazione controlla adeguatamente l'uso dei documenti di certificazione e del logo ☒ N/A ☐ Sì ☐ No

Per audit integrati, confermare il livello di integrazione del sistema ☒ N/A ☐ Basic ☐ High

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n°	2 di 7	

6. Elementi significativi oggetto di audit

I processi, le attività e le aree esaminate sono dettagliate nel piano/matrice di audit. Gli elementi principali esaminati sono richiamati schematicamente di seguito:

➤ Relativamente al precedente audit:

Nessun elemento critico da audit precedente – Stage 1

➤ Relativamente al presente audit; incluso ogni cambiamento significativo (per es. al personale chiave, alle attività del cliente, al sistema di gestione, al livello d'integrazione, ecc)

CAMPO DI APPLICAZIONE E APPROCCIO PER PROCESSI

Visto documento Analisi del Contesto SDC 01 del 31.07.2018, campo di applicazione: Erogazione di servizi di coordinamento della sicurezza in cantiere. Progettazione e direzione lavori di opere civili ed industriali, infrastrutturali ed impiantistiche. Erogazione di servizi di consulenza e formazione nei campi dell'acustica, sicurezza e igiene del lavoro. Tutti i requisiti della norma di riferimento sono risultati applicabili alle attività di cui al campo di applicazione.

Identificazione dei processi in documento Processi ADC 05 del 19.07.2018; vista mappa interazione processi Identificati 7 processi principali: Commerciale, Direzione lavori, Progettazione, Coordinamento sicurezza, Consulenza, Formazione e Acquisti prestazioni di terzi.

ANALISI DEL CONTESTO E PARTI INTERESSATE

Visto documento Analisi del Contesto SDC 01 del 31.07.2018 dove sono stati identificati i seguenti elementi caratterizzanti: CONTESTO ESTERNO - contesto normativo e legislativo, mercato del lavoro/competenze, tecnologie disponibili, mercato di riferimento e competitivo, catena di fornitura. CONTESTO INTERNO – ambiente di lavoro e organizzazione, prestazioni aziendali.

Individuazione parti interessate rilevanti nel documento di Valutazione del rischio ADC 02 rev. Del 31.07.2018: Clienti, fornitori, collaboratori/dipendenti e soci; sono definite le loro aspettative nella matrice presente nel documento:

VALUTAZIONE RISCHI E OPPORTUNITA' E OBIETTIVI PER LA QUALITA'

Nel documento di Valutazione del rischio ADC 02 rev. del 31.07.2018 sono definiti i criteri di valutazione basati su coefficienti di criticità e probabilità; valutata l'entità del rischio ex ante e ex post a seguito introduzione SGQ e relative attività di contenimento; al termine sono risultati i seguenti rischi residui

Identificazione dei rischi / opportunità							Azioni messe in atto		
n°	Problema / obiettivo	Processo	Parte	Rischio / opportunità	Conseguenze		Azioni		
5	Il Commerciale non valuta il carico di lavoro dell'Azienda. Potrebbe quindi prendere impegni non soddisfatti con i Clienti	Commerciale Pianificazione	Clienti	Un eccesso di impegni può creare incapacità di farvi fronte	Qualità del servizio	3 3 9	Condivisione del piano dei lavori - rif. Procedura SER01,02,03,05	2	6
6	Il Commerciale può raccogliere dati incompleti o sbagliati	Commerciale Pianificazione	Soci	Errore di valutazione. La sottostima può comportare perdita economica. Una sovrastima potrebbe portare alla non aggiudicazione.	Remunerazione	4 3 12	Nella procedura COM01 e nelle procedure SER01,02,03,05 è prevista la definizione delle ore di budget e la verifica delle ore effettivamente impiegate sulla scheda progetto	2	8
7	Dati incompleti o sbagliati relativi alla pratica	Erogazione del servizio	Clienti	Impossibilità e/o ritardi nell'esecuzione di un lavoro.	Qualità del servizio	3 3 9	Utilizzare scheda acquisizione dati relativa alla tipologia di commessa - rif. Procedura SER01,02,03,05	2	6

Visto documento obiettivi qualità 2018 con attività pianificate per 2018:

Processo Direzione: certificazione ISO 9001:2015 entro 31/12/2018

Processo erogazione servizi (tutti): mantenimento fatturato complessivo con attività di promozione dei servizi nel 2019.

RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE

Politica per la qualità del 19/07/2018; diffusione su sito intranet e prossima pubblicazione assieme al certificato sul sito internet.

Organigramma del 31.07.2018; mansionario del 31.07.2018

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2			
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n°	3 di 7		

GESTIONE DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Procedura DIR 01 rev. 0 del 31.07.2018 e DIR 03 per gestione registrazioni in rev. 0 del 31.07.2018; approvazione documenti tramite pubblicazione su sito intranet dove è indicata la data dell'ultimo aggiornamento; DIR/RGQ unico abilitato alla pubblicazione dei documenti on line.

Vista gestione documenti di origine esterna: Elenco norme e leggi agg. 07/2018

MISURAZIONE E MONITORAGGIO

Visto documento INDICI DI CONTROLLO rev. 29/08/2018 con indicatori di performances collegati ai processi del SGQ e a target per il 2018.

Gestione audit interni: Programma audit 2018 del 29/08/2018, Check list audit interno del 03.10.2018 auditor esterno qualificato T. Zanutto (Eurosette); Rapporto di audit del 03/10/2018, 1 NC e 1 osservazione; gestione AC n. 3 e n. 4 in Registro azioni di miglioramento con chiusura con verifica attuazione del 15/10/2018.

Riesame della Direzione: verbale di riesame della direzione del 03/10/2018 tutti gli input/output della norma sono stati considerati.

Erogazione di servizi di coordinamento della sicurezza in cantiere.

Resp. Processo: Alessandro Della Vedova; Personale interno qualificato: Euro Bonitti (Assistente al coordinatore). Visto Scheda Funzione Resp. DLGS81 del 31/07/2018 A. Della Vedova corso di formazione Beta Formazione del 0572017 per aggiornamento CSE 40 ore (acquisire evidenze valutazione apprendimento eseguito). Documentazione di riferimento: procedura SER02 rev. 0 del 31.07.2018

Pratica INRAIL Spa: visto foglio di progetto del 06.03.2018, preventivo Sigesta n.21 del 26.02.2018 , contratto Inrail n. 006 del 06.03.2018 riesame A.Della Vedova OK.

Scheda acquisizione dati per redazione PSC, prot. 2018/046, visto documento Codice dei controlli PSC del 20.03.2018; viste notifiche ad ASL del 28.06.2018 per integrazione nuove imprese.

Visto verbale di coordinamento del 12.06.2018 e Codice dei controlli dei POS del 10.04.2018 per ditta CMF.

I lavori sono in corso, al termine verrà redatto il verbale di fine lavori.

Progettazione e direzione lavori di opere civili ed industriali, infrastrutturali ed impiantistiche.

Resp. Processo: Alessandro Della Vedova; Personale interno qualificato: Euro Bonitti e Lorenzo Da Frè (progettista impianti e progettista acustico). Visto Scheda Funzione progettista Impianti E.Bonitti (Ordine ing. Prov. UD 2909 del 14/03/2017 sez. A e iscrizione Albo 818 n. UD02909100469), visto CV E.Bonitti agg. e Progettista acustico L.Da Frè (Iscrizione Albo regione FVG tecnici acustica ambientale ALP.10-1236-INAC/262 del 09.07.2007). Documentazione di riferimento: procedura SER01 rev. 0 del 31.07.2018

Pratica INRAIL Spa: visto foglio di progetto del 06.03.2018, preventivo Sigesta n.21 del 26.02.2018 , contratto Inrail n. 006 del 06.03.2018 riesame A.Della Vedova OK.

Visto Foglio di progetto con assegnazione incarichi e file excel "Pianificazione Commesse" con programma attività di commessa (vista attività progettazione antincendio per E.Bonitti); visto Codice dei controlli dei progetti del 20.08.2018 (verifica elaborati) – Riportare sul modulo Codice dei Controlli i riferimenti agli elaborati verificati – Riesame con il committente del 11.05.2018 con verbale stessa data; Predisporre il modulo Foglio di Progetto con una sezione dedicata alla registrazione dei riesame interni fatti dal team di progetto.

In attesa validazione progetto VVF a seguito parere comando VVF (vedi deposito pratica n. 39883 del 03.09.2018).

Erogazione di servizi di consulenza e formazione nel campi dell'acustica, sicurezza e igiene del lavoro.

Resp. Processo: Alessandro Della Vedova; Personale interno qualificato: Alessandro Della Vedova. Vista scheda funzione Formatore, per la sicurezza richiesta abilitazione – Visto attestato Corso formazione per Formatori del 17.10.2014 durata 24 h; Documentazione di riferimento: procedura SER05 rev. 0 del 31.07.2018.

Vista pratica cliente Carbon Compositi Srl; erogazione formazione su utilizzo DPI III^ Cat. Durata 4 ore + 2 test finale; preventivo su Scheda di preadesione dove compare l'elenco dei corsi a catalogo con durata e tariffe per persona; accettazione con registrazione su modulo ISER-FORM con definizione elenco partecipanti.

Foglio di progetto del 20.08.2018 con inserimento dati contratto e dati chiusura attività; visto verbale registrazione attività di formazione con raccolta firme partecipanti, viste registrazioni test apprendimento finale (discente F.S. valutazione 8/8), visti questionari valutazione docente (punteggio 4/4); visto attestato corso di F.S del 20.08.2018.

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n°	4	di 7

Gestione delle RU

Per la parte competenze si vedano le sezioni dedicate all'erogazione del servizio.

Visto piano di addestramento 2018 e registrazioni formazione interna su tutto il personale su SGQ ISO 9001:2015 del 31.07.2018 con valutazione efficacia da eseguire a seguito audit SGS;

Approvvigionamento

Resp. Processo Alessandro della Vedova, documentazione di riferimento Procedura ACQ01 rev. 0 del 31.07.2018; Elenco fornitori qualificati del 31.07.2018 – prima valutazione; inserire tra gli elementi di valutazione dei professionisti anche il possesso delle competenze indicate dalle schede funzioni, non risultano disponibili incarichi recenti a professionisti esterni.

Non è prevista la valutazione di altre tipologie di fornitori.

Gestione strumenti di misura

Elenco strumenti del 05/2018, vista scheda di taratura Fonometro + Calibratore scad. 01/2020 certificato taratura Skylab n. LAT163 17008-A DEL 11.01.2018 Classe 1 OK;

Vista scheda strumento sclerometro TAM100 con rapporto di taratura RP1707347 del 25.07.2017 scad. 07/2019. Definire meglio nelle **schede strumento i criteri di accettabilità relativi alle tarature eseguite esternamente**

Valutazione prestazioni e Miglioramento

RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 03/10/2018

Soddisfazione del cliente: verbale di riesame p.to 6 – analisi reclaim e questionari solo per formazione con CSI>3

VISTE REGISTRAZIONI AUDIT INTERNI DEL 03/10/2018 – Auditor esterno qualificato (verificate qualifiche T.Zanutto Eurosette); rilevata 1 NC per non corretta identificazione dei moduli cui segue AC n. 3 del 2018 – Attività completata con identificazione moduli – da valutare efficacia. AC n. 4 per osservazione su identificazione edizione slide formazione cui segue aggiornamento procedura SER05 rev. 1 del 03.10.2018.

Non sono presenti NC di servizio e/o reclami da clienti.

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2		
CONFIDENZIALE		Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n°	5 di 7

7. Non Conformità

In presenza di NC l'Organizzazione si impegna a individuare e implementare le stesse nel rispetto dei tempi concordati tramite adeguate azioni correttive interne comprensive della analisi delle cause delle non conformità, in accordo con i requisiti normativi afferenti le azioni correttive e le relative registrazioni devono essere mantenute; eventuali riserve devono essere segnalate nel rapporto al punto 8. L'Organizzazione è invitata a presentare le proprie proposte a SGS Italia – SSC al fine di ottenerne l'approvazione di principio nel rispetto dei tempi di notifica riportati di seguito

Richieste di Azioni Correttive Maggiori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Maggiori identificate devono essere messe in atto immediatamente, con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte SGS entro 1 settimana.

Successivamente entro 60 gg. (30 gg. in caso di Audit di Sorveglianza/Prima della scadenza del certificato per i Rinnovi) verrà programmato un audit addizionale della durata di per confermare le azioni intraprese, valutare la loro efficienza e decidere se la certificazione può essere raccomandata, confermata o deve essere sospesa o ritirata.

- ☐ Audit da condursi in campo
☐ Audit documentale (invio di registrazioni con adeguati documenti a supporto al Lead Auditor SGS)

Richieste di Azioni Correttive Minori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Minori identificate devono essere messe in atto entro 6 mesi con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte dell'Auditor entro 1 settimana (per audit Iniziali – Rinnovi – Estensioni) ed entro 30 gg. per audit di sorveglianza.

La valutazione dell'effettiva attuazione ed adeguatezza delle azioni correttive minori implementate dall'Organizzazione sarà condotta nel corso della prossima visita di sorveglianza per confermare l'efficacia delle azioni intraprese.

RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA:		☐ MAGGIORE	☐ MINORE	RAC N° xx di yy
REQUISITO :	Doc. di riferimento / Rev.	Norma Rif. /Ed. :		
		Punto:	Altro/Punto:	
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' (a cura SGS) :				
PROPOSTA DI TRATTAMENTO NON CONFORMITA' (a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento) :				
CAUSE NON CONFORMITA' E AZIONE CORRETTIVA PROPOSTA (a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento) :				
Data di compilazione della proposta: xx/yy/yyyy				

Il Cliente ha proposto la risoluzione delle azioni correttive al termine dell'audit ? ☐ Si ☐ No

Le proposte di risoluzione delle azioni correttive sono state accettate dal Lead Auditor ? ☐ Si ☐ No

In caso di risposta "NO" si rimanda alle modalità di notifica sopracitate.

Rif. n°:	IT/NE. 20180162	Data Rapporto:	08 NOVEMBRE 2018	Tipo visita:	INIZIALE – S2
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 13	Visita n°	1	Pag. n° 6 di 7

8. Osservazioni Generali e opportunità per il miglioramento

Si raccomanda un'attenta analisi delle eventuali osservazioni presentate nel seguito al fine di prevenire l'insorgere di non conformità e/o di valutarle ai fini del miglioramento dell'attuale Sistema.

1. Si raccomanda di acquisire le evidenze della valutazione di apprendimento per il corso CSE/CSP di A. Della Vedova eseguito con Beta Formazione
2. Riportare sul modulo Codice dei Controlli i riferimenti agli elaborati verificati
3. Inserire tra gli elementi di valutazione dei professionisti esterni (Albo fornitori) anche il possesso delle competenze indicate dalle schede funzioni
4. Definire meglio nelle schede strumento i criteri di accettabilità relativi alle tarature eseguite

9. Rappresentanti dell'Organizzazione alle riunioni iniziale e finale

Nome	Ruolo/Funzione	Riunione iniziale	Riunione finale
Alessandro Della Vedova	DIR/RSQ	X	X
Thomas Zanutto	Consulente	X	X

Letto e compreso il contenuto del presente report del quale il Rappresentante dell'Organizzazione riceve copia

Lead Auditor (nome e firma):

RODOLFO BERTOLI

data: 08/11/2018

Rappresentante dell'Organizzazione (nome e firma):

Sig. ALESSANDRO DELLA VEDOVA