

Management System Certification Rapporto di Audit

| | | | | | | |
|--|--|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----|--|
| Organizzazione: | LA DORIA S.p.A. | | | | | |
| Indirizzo: | Via Nazionale, 320 - 84012 - Angri (SA) | | | | | |
| Norma (e): | UNI EN ISO 14001:2004 | | | Accreditamento: ACCREDIA | | |
| Rappresentante Organizzazione: | Ing. M. Jacobsthal | | | | | |
| Sito(i) visitato(i): | Via Polcareccia, 3 - 84084 Fisciano (SA) | | Data(e) dell'audit: | 25.09.2014 | | |
| Codici EA: | 03 | Codici NACE: | 15 | Codici Area Tecnica: | EM5 | |
| N° effettivo di addetti | 117 | | No. di turni: | 3 | | |
| Lead auditor: | V. Pappalardo | | Altri componenti il GA: | L. Barca | | |
| Questo documento è confidenziale e la distribuzione è limitata al gruppo di audit, al rappresentante del cliente e all'ufficio SGS. | | | | | | |

1. Obiettivi dell'audit

Gli obiettivi dell'audit erano :

- Confermare che il sistema di gestione è conforme con i requisiti della norma di riferimento;
- Confermare che l'organizzazione ha effettivamente implementato il sistema di gestione pianificato;
- Confermare che il sistema di gestione è in grado di raggiungere gli obiettivi della politica stabilita.

2. Scopo della certificazione (campo di applicazione del sistema di gestione)

Produzione di derivati del pomodoro in scatole in banda stagnata, sacchi asettici e in astucci di cartone poliaccoppiato (combisafe)

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 ha condotto un'audit mediante campionamento sui processi, focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento; il metodo ha utilizzato 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 facenti parte integrante del presente rapporto e che dettagliano, unitamente alla check-list eventualmente utilizzata, i processi specifici, attività e funzioni esaminati e loro interrelazioni.

Il Gruppo di Audit ha concluso che l'Organizzazione ha non ha stabilito e/o mantenuto il suo Sistema di gestione in conformità con i requisiti della norma e dimostrato la capacità del sistema di raggiungere sistematicamente i requisiti per i prodotti o servizi in linea con lo scopo e gli obiettivi e politica dell'organizzazione.

Numero di non conformità identificate e allegate al presente rapporto : 0 **MAGGIORI** 0 **MINORI**

Il Gruppo di Audit sulla base dei risultati del presente audit e sullo stato di sviluppo e maturità dimostrato dal sistema, propone che la certificazione del sistema di gestione, in riferimento allo scopo di certificazione sopra riportato, sia :

Raccomandata Confermata Ritirata Sospesa

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/CS.20130180.0/2 | Data Rapporto: | 25.09.2014 | Tipo visita: | SORVEGLIANZA | | |
| CONFIDENZIALE | Doc Rif. N° | RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 8 | Visita n° | 2 | Pag. n° | 1 di 4 | |

4. Risultati del precedente audit

I risultati dell'ultimo audit del presente sistema di gestione sono stati riesaminati, in particolare per assicurare la presa in carico e corretta implementazione delle non conformità identificate. Tale riesame ha portato alle seguenti conclusioni :

- Ogni non conformità identificata nel precedente audit è stata risolta e le azioni correttive intraprese risultano efficaci .
- 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 (giudizio complessivo espresso dal Gruppo di Audit rispetto ai requisiti delle norme di riferimento applicabili ; barrare le caselle non applicabili e riportare osservazioni e/o NC ove necessario)

| SI | NO | NA | |
|----|----|----|--|
| X | | | La documentazione del sistema di gestione ha dimostrato la conformità con i requisiti della norma di riferimento e risulta sufficientemente strutturata per supportare l'implementazione ed il mantenimento del sistema di gestione. |
| X | | | L'Organizzazione ha dimostrato un'effettiva implementazione e mantenimento/miglioramento del suo sistema di gestione |
| X | | | L'Organizzazione ha dimostrato di disporre e perseguire appropriati obiettivi prestazionali e traguardi monitorandone i progressi ai fini del loro raggiungimento. |
| X | | | Audit interni effettuati da personale competente e gestiti in modo efficace e commisurato all'Organizzazione |
| X | | | Il processo di riesame della direzione ha dimostrato la capacità di assicurare la continua conformità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione |
| X | | | Limitatamente al campionamento effettuato e alle evidenze di audit, i requisiti applicabili, compresi quelli cogenti aventi influenza sulla certificazione, sono soddisfatti. |
| | X | | 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. |
| X | | | Adeguate gestione del (i) logo(i) di certificazione, del certificato in accordo alle prescrizioni. |

6. Non Conformità (vedi allegati al presente rapporto)

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 preventive 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.

| | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|---|------------|--------------|--------------|--------|--|
| Rif. n°: | IT/CS.20130180.0/2 | Data Rapporto: | 25.09.2014 | Tipo visita: | SORVEGLIANZA | | |
| CONFIDENZIALE | Doc Rif. N° | RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 8 | Visita n° | 2 | Pag. n° | 3 di 4 | |

7. 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.

Osservazioni Generali:

- 1) L'Organizzazione è in attesa del rilascio della nuova AIA (vista documentazione presentata il 12.06.2013 per il rinnovo dell'autorizzazione);
- 2) L'Organizzazione attualmente è ancora coinvolta in un procedimento giudiziario risalente a giugno 2010 e riguardante la non corretta attribuzione del codice CER ai fanghi da lavorazione. Ad oggi è in attesa di giudizio.

Opportunità per il miglioramento:

- a) Si raccomanda di sollecitare formalmente la Provincia per il rilascio della concessione all'emungimento dei 3 pozzi;
- b) si suggerisce di migliorare all'interno dell'elenco dei documenti (PA 4.4.5 A-M1) l'identificazione tra le diverse tipologie (procedure, istruzioni operative, moduli di registrazione);
- c) si raccomanda di riportare sulla planimetria la postazione dei KIT antisversamento;
- d) si raccomanda di coprire con telo il cassone esterno per CER 020301;
- e) si suggerisce di evidenziare all'interno del registro delle NC quelle ancora aperte e di inserire i tempi previsti per la chiusura.

8. Rappresentanti dell'Organizzazione alle riunioni iniziale e finale

| Nome | Ruolo/Funzione | Riunione iniziale | Riunione finale |
|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Maria Jacobsthal | RdD, RSGA | X | X |
| Serena D'Onofrio | Assistente RSGA | X | X |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |