



L'ENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO

ACCREDIA

RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO DELL'ENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO

ANNO 2022

aggiornamento al

31 DICEMBRE 2022

INDICE GENERALE

1	PREMESSA	2
2	FUNZIONAMENTO DELL'ENTE	3
2.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	3
2.2	RISORSE UMANE	4
2.3	RICONOSCIMENTI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI, PARTECIPAZIONI INTERNAZIONALI E PARTECIPAZIONE AD ACCORDI INTERNAZIONALI	12
2.4	SISTEMA DI GESTIONE	17
3	EVOLUZIONE DEGLI ACCREDITAMENTI - STATO DELLE SOSPENSIONI/REVOCHE/RINUNCE	26
3.1	ACCREDITAMENTI RILASCIATI	26
3.2	ATTIVITA' DI ACCREDITAMENTO DEI DIPARTIMENTI	29
3.3	AVVIO DI NUOVI SCHEMI DI ACCREDITAMENTO	31
4	SVILUPPI DI CARATTERE ISTITUZIONALE	32
5	RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS	36
5.1	CIG E GRUPPI DI LAVORO	37
5.2	INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION	38
5.3	COINVOLGIMENTO NEL PROCESSO DI REVISIONE DEI REGOLAMENTI	39
6	INDICATORI: PRESENTAZIONE DELLE RISULTANZE E RELATIVE ANALISI	40
6.1	CALCOLO DEGLI INDICATORI	41
6.2	ANALISI DELLE RISULTANZE	51
7	GESTIONE RECLAMI/RICORSI	54
7.1	GESTIONE DI RECLAMI/SEGNALAZIONI	54
7.2	GESTIONE DEI RICORSI	59
8	ELABORAZIONI E AGGREGAZIONI SU NON CONFORMITÀ RISCOSE SUGLI ORGANISMI NOTIFICATI	60
8.1	RILIEVI EMERSI NEGLI ESAMI DOCUMENTALI	60
8.2	RILIEVI EMERSI DURANTE LE VERIFICHE IN SEDE	60
8.3	RILIEVI EMERSI DURANTE LE VERIFICHE IN ACCOMPAGNAMENTO	61
9	ALLEGATI	61

NOTA: in data 20-09-2023 viene redatta la presente Errata Corrige, per correzione refusi nel testo (pagg.32, 47 e 59) e inserimento di una riga mancante nella tabella a pag.57.

1 PREMESSA

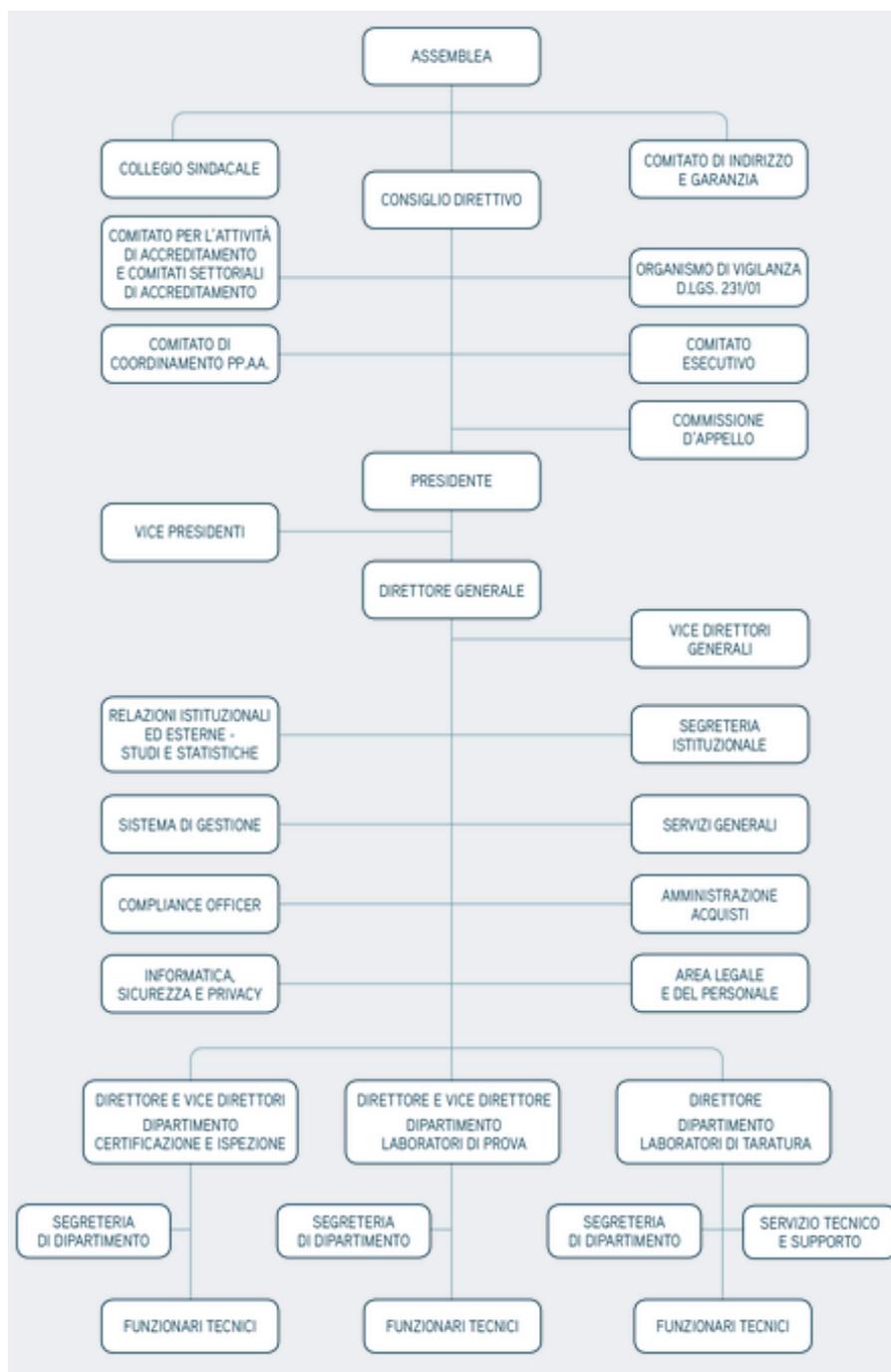
La presente Relazione è redatta ai sensi del D.M. 22 Dicembre 2009 "Prescrizioni relative all'organizzazione ed al funzionamento dell'unico organismo nazionale italiano autorizzato a svolgere attività di accreditamento", in ottemperanza del "Piano di Sorveglianza su ACCREDIA" approvato dalla Commissione di Sorveglianza Interministeriale nella riunione del 12 maggio 2022.

Il documento ha pertanto lo scopo di descrivere i criteri, le modalità e le responsabilità messe in atto da ACCREDIA, quale Ente unico riconosciuto dallo Stato, per garantire il pieno rispetto delle citate prescrizioni, nello svolgimento del proprio ruolo, così come disciplinato dal Reg. CE 765/2008.

L'arco temporale considerato è l'anno 2022 (1 Gennaio-31 Dicembre).

2 FUNZIONAMENTO DELL'ENTE

2.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA



Al fine di garantire il pieno rispetto delle prescrizioni del Regolamento (CE) n.765/2008, ACCREDIA si è dotata di una Struttura organizzativa, gestionale ed amministrativa secondo quanto disciplinato dallo Statuto e dal Regolamento Generale di Applicazione dello Statuto (ST e ST-01), che è indipendente da pressioni commerciali ed estranea a logiche di concorrenza con altri Enti di accreditamento o con gli Organismi di Valutazione della Conformità.

La Struttura di ACCREDIA, rappresentata nell'organigramma sopra riportato, nel 2022 è rimasta sostanzialmente invariata rispetto agli anni precedenti. Le uniche variazioni sono rappresentate dall'istituzione, tra le Aree di Staff, dell'Area Legale e del Personale, a luglio 2022, con nomina di un nuovo responsabile e la formalizzazione del Servizio Tecnico e di Supporto all'interno del dipartimento Laboratori di Taratura.

ACCREDIA applica politiche non discriminatorie e tariffe trasparenti, rendendo i suoi servizi accessibili a chiunque ne faccia richiesta, con lo scopo di garantire rigore procedurale e tecnico, obiettività, indipendenza, imparzialità, integrità morale, riservatezza, efficienza gestionale, efficacia operativa e rispetto delle prescrizioni degli standard internazionali.

La compagine sociale di ACCREDIA rappresenta tutti i soggetti portatori di interesse nelle attività di accreditamento, dalle Pubbliche Amministrazioni ai soggetti accreditati, dalle organizzazioni d'impresa ai consumatori. I Soci di ACCREDIA nel 2022 sono incrementati di una unità rispetto all'anno precedente, con l'approvazione della richiesta di adesione presentata dal Consiglio Nazionale dei Geologi, per un totale di **69 Soci**. Maggiori dettagli, inclusa la composizione di tutti gli Organi Istituzionali di ACCREDIA, sono disponibili nel sito web di ACCREDIA nella sezione "**Chi siamo**".

Gli elenchi degli schemi di accreditamento e delle norme/documenti di riferimento per l'accREDITAMENTO sono riportati nella sezione "**Servizi accreditati**" del sito web di ACCREDIA.

2.2 RISORSE UMANE

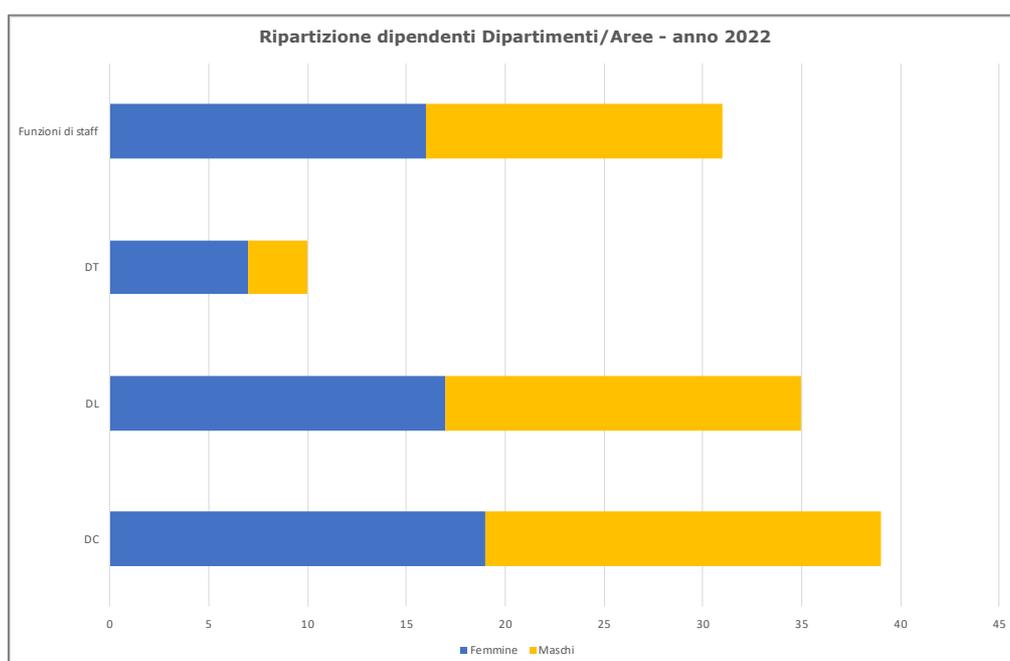
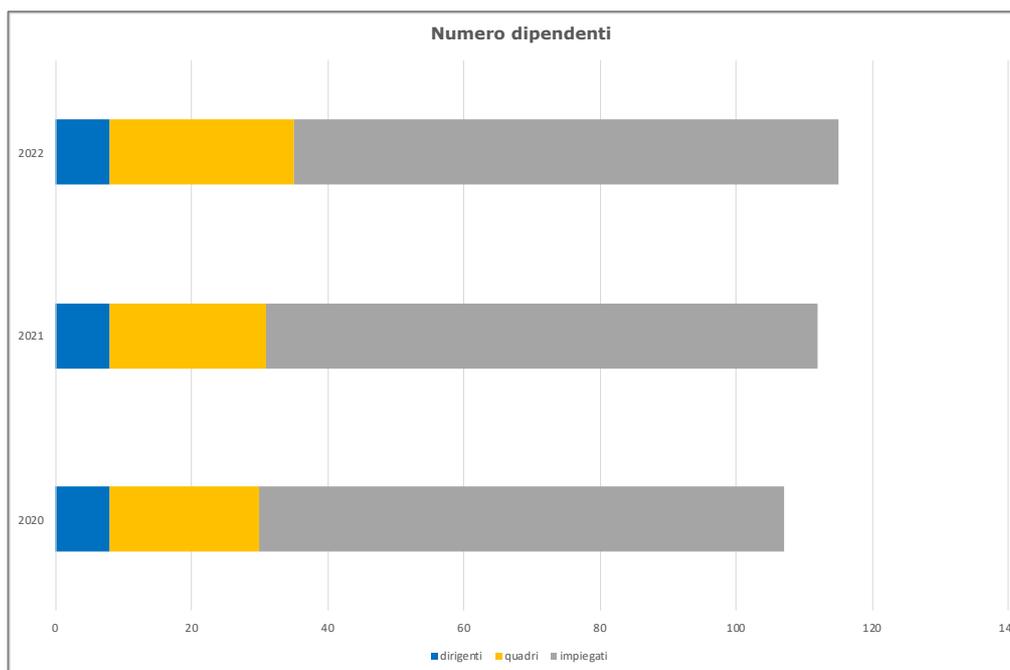
ACCREDIA assicura le competenze del personale interno ed esterno attraverso rigorosi processi di selezione, formazione, addestramento, aggiornamento continuo e monitoraggio.

2.2.1 Personale Interno

Il personale interno in forza ad ACCREDIA al 31-12-2022 è pari a **115** unità, con una età media di 47 anni.

	2022	2021	2020
Dirigenti	8	8	8
Quadri	27	23	22
Impiegati/Apprendisti	80	81	77
Totale ACCREDIA	115	112	107

Area	Maschi	Femmine	Tot.
DC	20	19	39
DL	18	17	35
DT	3	7	10
Funzioni di staff	15	16	31
Totale ACCREDIA	56	59	115



Rispetto all'anno precedente ci sono state 6 assunzioni e 4 cessazioni.

Si riportano di seguito gli avvicendamenti del personale specifici per singolo dipartimento/area.

Area	Nuove assunzioni	Cessazioni
DC	3	2
DL	1	0
DT	0	0
Funzioni di staff	2	2
Totale ACCREDIA	6	4

2.2.1.1 Dipartimento DC:

Nel corso del 2022, nell'Ufficio Tecnico:

- Area Regolamentata: è stato assunto un Funzionario Tecnico con contratto a tempo indeterminato
- Area Volontaria: è stato assunto un Referente di Area nonché Funzionario Tecnico con contratto a tempo indeterminato. Il suo inserimento è avvenuto per la sostituzione di un funzionario dimissionario.

Per le funzioni di staff, a livello di dipartimento:

- Segreteria Tecnica e Programmazione: inserita una nuova risorsa, che però ha deciso di terminare la collaborazione con ACCREDIA dopo 6 mesi, ed è stata sostituita con una nuova risorsa da gennaio 2023

2.2.1.2 Dipartimento DL:

Nel corso del 2022, relativamente all'Ufficio Tecnico si segnala:

- conclusione del percorso di formazione/addestramento di MPL, assunta da giugno 2020 e di LS, assunto ad ottobre 2021.
- inserimento di un nuovo funzionario tecnico (EF) ad aprile 2022, in affiancamento al tutor PV, operante principalmente sui laboratori del settore meccanico e tessile.

2.2.1.3 Dipartimento DT:

Nel corso del 2022 non ci sono state variazioni di organico. Si segnala comunque:

- conclusione del percorso di formazione/addestramento di IC, assunta da novembre 2021;
- rientro in servizio di EP, a conclusione del periodo di maternità e conseguente cessazione dell'incarico di AG in sostituzione;
- conclusione del percorso di formazione/addestramento di DO, assunto ad aprile 2021, quale Coordinatore Servizio Tecnico e Supporto;

- conclusione del percorso di formazione/addestramento di LLG in qualità di referente del sistema di gestione DT (dRSG) da ottobre 2021;
- conclusione del percorso di formazione/addestramento di DO in qualità di ATM DT da ottobre 2021.

2.2.1.4 Aree di Staff

Per il 2022, relativamente alle aree di staff si segnala:

- Sistema di gestione: variazione di mansione per LG, dall'area RIE&S, all'area Legale e all'area Sistema di Gestione (addeba ai reclami del Dipartimento Certificazione e Ispezione e supporto nella gestione delle attività di presentazione di nuovi schemi di valutazione della conformità al CdA e al CD). Mantiene il ruolo, assunto nel 2021, di Assistente del Presidente;
- Sistema di gestione: formalizzazione dell'addetto reclami anche per il Dipartimenti DT e DL;
- Area Legale e del Personale: istituita dal CD a luglio 2022, a decorrere da ottobre 2022, con la nomina di un nuovo responsabile, ES.
- Amministrazione: assunta, con contratto di apprendistato, una risorsa, in sostituzione di una dimissionaria.
- RIE&S: ricollocazione di una risorsa alla funzione qualità del DC e inserimento, in sostituzione, di una nuova risorsa come addetto alle Relazioni Istituzionali.
- Area IT: cessazione di una risorsa per pensionamento.

2.2.2 Personale Ispettivo

2.2.2.1 Ispettori ed Esperti qualificati

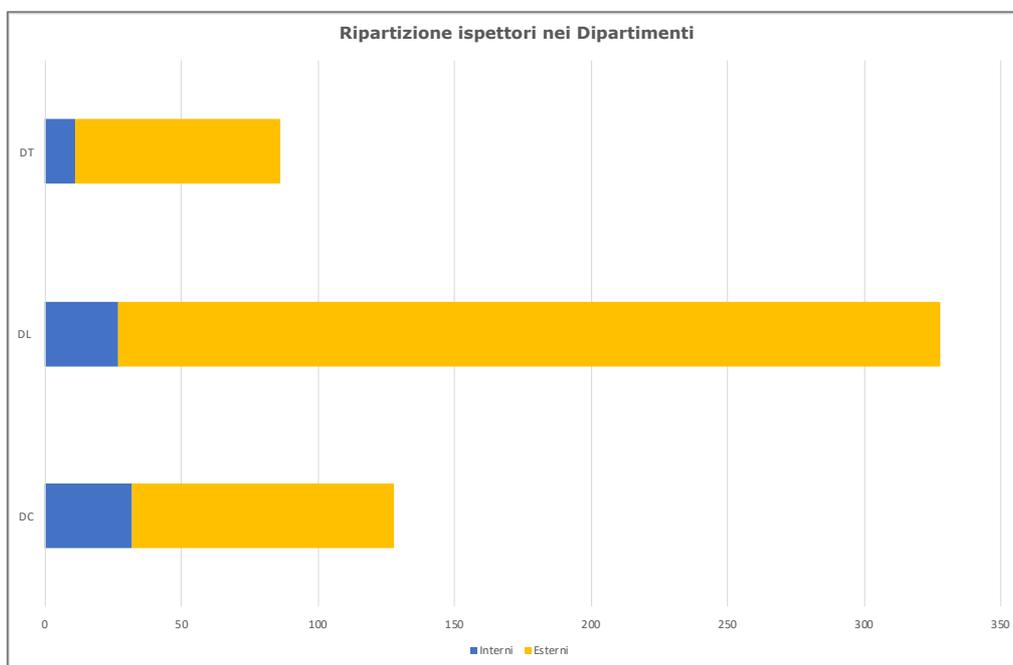
Per quanto riguarda gli Ispettori/Esperti, il numero degli stessi operativi alla data del 31/12/2022 è pari a **478** Ispettori e **109** Esperti.

Nella tabella di seguito si rappresenta la suddivisione degli ispettori ed esperti nei tre dipartimenti. Si precisa che diversi ispettori ed esperti sono qualificati per più dipartimenti.

Dipartimento	Ispettori		Esperti
	Interni	Esterni	
DC	32	96	76
DL	27	28	12
DT	11	75	22
Totale ACCREDIA	478¹		109¹

¹ Gli ispettori e gli esperti qualificati per più dipartimenti sono stati conteggiati una sola volta, pertanto il totale ACCREDIA non corrisponde alla somma dei singoli dipartimenti.

Schema (MLA levels 2-3)	Ispettori di sistema / RGVI Totale (interni/esterni)	Ispettori Tecnici /AVI Totale (interni/esterni)	Esperti tecnici Totale (interni/esterni)
Calibration (EN ISO/IEC 17025)	19 (7/12)	58 (9/49)	18 (0/18)
Testing (EN ISO/IEC 17025)	79 (22/57)	237 (6/231)	4 (0/4)
Medical examinations (EN ISO 15189)	33 (17/16)	32 (1/31)	0
Inspection (EN ISO/IEC 17020)	44 (14/30)	7 (3/4)	36 (0/36)
Proficiency testing providers (EN ISO/IEC 17043)	27 (15/12)	29 (2/27)	0
Reference material producers (EN ISO 17034)	6 (1/5)	7 (2/5)	0 (0/0)
Management system certification (EN ISO/IEC 17021-1)	66 (13/53)	4 (4/0)	18 (0/18)
Product certification (EN ISO/IEC 17065)	69 (15/54)	4 (4/0)	56 (1/55)
Certification of persons (EN ISO/IEC 17024)	28 (5/23)	1 (1/0)	32 (1/31)
GHG Validation & Verification (EN ISO 14065)	7 (0/7)	0	3 (0/3)
Biobanks (ISO 20387)	7 (2/5)	16 (0/16)	3 (1/2)



Relativamente alle variazioni degli elenchi ispettori nel 2022, per singolo dipartimento, si presenta di seguito una tabella riassuntiva.

CdA	Inserimenti			Estensioni di qualifica			Cancellazioni			Riduzioni di qualifica		
	DC	DL	DT	DC	DL	DT	DC	DL	DT	DC	DL	DT
01/02/22	2		2					1	2			
10/03/22				1			2					
21/04/22	2			1			1	2		1		
24/05/22	2		1	3								
05/07/22	4			1								
22/09/22	5					1		2				
27/10/22	2			1			1					
01/12/22	2			1			2	4			1	
Tot. Dipartim.	19	0	3	8	0	1	6	9	2	1	1	0
Tot. ACCREDIA	22			9			17			2		

Per tutti i Dipartimenti, il rispetto dei requisiti generali per la qualifica degli Ispettori e delle modalità operative per il loro inserimento così come per il mantenimento della qualifica, è garantito dall'applicazione sistematica dei requisiti di procedure di sistema, ovvero della PG-07-DC, della PG-07-DL e della PG-07-DT, rispettivamente applicabili per i diversi Dipartimenti.

Nel 2022 sono proseguite con continuità ed efficacia le attività del gruppo di lavoro interdipartimentale dei Funzionari addetti al monitoraggio ispettori (ATM) dei 3 dipartimenti. Il gruppo di lavoro ha lo scopo di condividere procedure, modulistica e informazioni relative ai monitoraggi, con particolare riguardo agli ispettori ed esperti qualificati per più dipartimenti.

Nel paragrafo di seguito si riporta una sintesi delle attività di monitoraggio.

2.2.2.2 Monitoraggio degli ispettori

Dipartimento DC:

Per quanto riguarda la situazione dei monitoraggi sugli Ispettori ACCREDIA DC effettuati nel 2022, si riporta di seguito il consuntivo al 31 dicembre 2022.

Monitoraggio ispettori Dipartimento DC	
Monitoraggi PIANIFICATI (con scadenza 2022)	33
Monitoraggi ESEGUITI (con scadenza 2022 + monitoraggi extra non previsti da piano)	25+5
Monitoraggi ASSOLTI tramite monitoraggi di altri Dipartimenti ACCREDIA	4
Monitoraggi DOCUMENTALI	0
Monitoraggi NON ESEGUITI	1

Di seguito si riportano i dettagli dei monitoraggi effettuati:

- Piano di monitoraggio 2022=
 - il piano prevedeva il monitoraggio in campo di 33 Ispettori;
 - sono stati effettuati monitoraggi in campo su 25 Ispettori;
 - per 3 Ispettori il monitoraggio non si è reso più necessario, considerando le cancellazioni degli stessi avvenute nel 2022;
 - per 1 Ispettore non è stato possibile effettuare il monitoraggio in campo, in quanto non ha effettuato alcuna verifica nell'anno 2022. Lo stesso è stato pertanto inserito nel piano di monitoraggio 2023 (trattandosi del secondo anno consecutivo senza verifiche, è stata comunicata all'Ispettore la necessità di effettuazione del monitoraggio nell'anno 2023, pena l'adozione di un provvedimento di sospensione di qualifica);
 - per 4 Ispettori sono stati considerati validi i monitoraggi in campo effettuati dal Dipartimento DL;
 - rispetto al programma di monitoraggio, sono stati anticipati i monitoraggi in campo di 5 Ispettori, al fine di valutare il relativo passaggio di ruolo da AVI a RGVI (o RGVI-VA).

Si ritiene utile sottolineare che sia le attività di monitoraggio che le attività di addestramento in campo richieste per le nuove qualifiche/estensione di Ispettori sono subordinate a:

- la pianificazione ed effettuazione delle verifiche ACCREDIA
- le disponibilità degli Osservatori nelle date delle verifiche ACCREDIA
- accettazione da parte del CAB/Organizzazione di un'ulteriore persona nel GVI ACCREDIA.

Dipartimento DL:

Al 31 dicembre 2022 la situazione relativa ai monitoraggi DL è la seguente:

Monitoraggio ispettori Dipartimento DL					
CONSUNTIVO 2022	pianificati 2022	monitorati	assegnati (in corso)	da assegnare	Cancellati/Indisp/Nic
DA MONITORARE	83	65	5	12	1
RECUPERI	29	8	0	10	11
EXTRA	-	23	4	0	0
Totale	112	96	9	22	12

I monitoraggi pianificati per il 2022 sono: 112. Tra questi:

- 2 cancellati nel 2022 (di quelli con monitoraggio pianificato)
- 4 hanno comunicato la loro indisponibilità per motivi di salute o assenza di autorizzazione da parte dell'ente di appartenenza
- 6 sono qualificati solo in settori di nicchia (es. trichinelle, micologia, anatomie patologica)

TOTALE MONITORAGGI CONCLUSI : **96**

Pertanto risulta effettuato il **96%** dei monitoraggi sugli ispettori effettivamente incaricabili.

Ai fini del monitoraggio vengono presi in considerazione non solo le attività in campo, ma anche fattori legati al processo generale di valutazione, come: segnalazioni, riserve accolte, ricusazioni fondate, campionamento prove non approvato. Il dettaglio è riportato nel Rapporto stato qualità DL.

Dai dati sopra riportati si evince che la situazione dei monitoraggi risulta gestita e sotto controllo. Relativamente ai monitoraggi non assegnati per assenza di incarico, si precisa che si tratta di ispettori qualificati in settori particolari, i laboratori accreditati/in corso di accreditamento sono in numero molto ridotto e pertanto non è sempre possibile affidare loro incarichi con continuità, oppure di ispettori che hanno una ridotta disponibilità ad accettare incarichi. Per tutti questi casi, opportunamente evidenziati nel registro MD-07-09-DL, la Direzione prevederà, in occasione del primo incarico utile, le azioni più opportune, in accordo alla procedura PG-07-DL (ad es. formazione ad hoc, monitoraggio in campo alla prima visita utile).

Al 31/12/2022 sono presenti in elenco **13** ispettori con "nessun incarico attivo":

Dipartimento DT:

Lo stato dell'arte, al **31-12-2022**, della gestione dei Monitoraggi del 2021 (monitoraggi pianificati, effettuati e non monitorati) è il seguente:

Monitoraggio ispettori Dipartimento DL		
PREVISTI	ESEGUITI	NON ESEGUITI
31	21	10 (9 per mancanza di incarichi, 1 per pratica che prosegue nel 2023)

Si segnala che i monitoraggi sono effettuati mediante osservazione di valutazione su campo e monitoraggi mediante esame delle registrazioni (§8.2 PG-07-DT). Non sono considerati i monitoraggi svolti come azioni correttive a seguito di rilievi emersi da precedenti monitoraggi.

2.3 RICONOSCIMENTI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI, PARTECIPAZIONI INTERNAZIONALI E PARTECIPAZIONE AD ACCORDI INTERNAZIONALI

2.3.1 Progetti internazionali

Come già riferito nelle precedenti relazioni, la Commissione Europea, Direzione Generale "Enlargement", ha concesso ad ACCREDIA un "Mandated Body Status", riconoscendolo come soggetto assimilabile alla Pubblica Amministrazione per la partecipazione a **progetti "twinning"**. Secondo tale qualifica, essendo assimilati alle Pubbliche Amministrazioni, possono partecipare alle gare indette per i soggetti pubblici e svolgere le attività connesse.

Di seguito si riportano i progetti in corso.

a) Progetto Twinning: "Setting conditions for recognition of the Armenian Accreditation System by the European Co-operation for Accreditation"

Nel corso del 2022 è proseguita l'attività nell'ambito del progetto, che coinvolge un consorzio italo-tedesco composto dal Ministero Federale dell'Economia e dell'Energia tedesco, l'Ente di accreditamento tedesco DAkkS e ACCREDIA, come junior partner.

Obiettivo generale del progetto è supportare l'Ente di accreditamento armeno (ARMNAB) nell'implementazione dell'accordo di partenariato con l'Unione Europea, il CEPA - *Comprehensive and Enhanced Partnership Agreement*, per consentirgli di soddisfare le condizioni necessarie per diventare membro di EA raggiungendo lo status di firmatario degli accordi di mutuo riconoscimento (MLA).

Nello specifico le attività previste dal progetto sono orientate:

- alla revisione del quadro giuridico e procedurale secondo la norma ISO/IEC 17011 e le disposizioni del Regolamento CE 765/2008;
- al rafforzamento della capacità istituzionale di ARMNAB nel fornire l'accreditamento in linea con le regole di EA.

Nel progetto è stato coinvolto personale dei diversi dipartimenti e aree di ACCREDIA, con missioni in presenza e da remoto.

b) Progetto Twinning: "Strengthening Georgian Accreditation System with the Focus on EU Technical Regulations" GE 16 ENI EC 07 18

Progetto in collaborazione con il Ministero Federale dell'Economia e dell'Energia tedesco, l'ente di accreditamento tedesco DAkkS, e Unioncamere.

L'obiettivo generale del progetto rivolto a GAC, l'Ente di accreditamento della Georgia, è di supportare e migliorare il sistema georgiano di accreditamento e di valutazione della conformità e promuovere il riconoscimento di GAC nella rete internazionale dell'accreditamento e la cooperazione con l'Unione Europea.

Il 7 aprile del 2022 si è svolta la *Mid-term conference* del Progetto.

Nel corso del 2022 sono inoltre proseguite le attività di formazione, confronto e simulazione di *peer evaluation*, con il coinvolgimento di personale dei diversi dipartimenti e aree di ACCREDIA, in presenza e da remoto.

c) Progetto Twinning: "Strengthening of institutional as well as human capacities of Georgian National Agency for Standards and Metrology (GEOSTM) according to the international/EU best practices" GE 18 ENI EC 05 21

Avviato il 1° febbraio del 2022 e rivolto a GEOSTM, l'Ente di normazione e metrologia della Georgia, e al Ministero georgiano dell'Economia e dello Sviluppo Sostenibile. Obiettivo del progetto, che vede per la prima volta ACCREDIA come leader del progetto, è il rafforzamento delle attività di normazione e di metrologia. Junior partner del progetto sono gli enti di normazione e metrologia italiani (UNI ed INRIM) e spagnoli.

Il ruolo di *Resident Twinning Adviser* (RTA) è svolto, per ACCREDIA, da GS.

d) Progetto MU TRAINING (MATHMET)

Progetto coordinato da PTB, in cooperazione con CEM, GUM, IMBIH, IMS SAS, INRIM, IPQ, LNE, METAS, NPL, SMD, ACCREDIA, DAM, NSAI, Politecnico di Torino, University of Konstanz.

Il progetto ha come obiettivo il miglioramento della qualità, dell'efficacia e la disseminazione della formazione sull'incertezza di misura.

e) Altre attività

- **Meeting ACCREDIA con l'Agenzia brasiliana per i trasporti terrestri (ANTT)**
Nell'ambito dell'Infrastruttura Qualità italiana, si è tenuta a giugno 2022 una missione dell'Agenzia brasiliana per i trasporti terrestri (ANTT), presso i dipartimenti ACCREDIA di Roma e Milano, con l'obiettivo di ampliare la conoscenza tecnica della delegazione brasiliana, sulle buone pratiche e sulle esperienze di successo, nell'area delle prove e delle ispezioni accreditate da Accredia secondo le norme ISO/IEC 17025 e ISO/IEC 17020.
- **TAIEX Study Visit sulla sicurezza dei giocattoli per una delegazione dell'ente di accreditamento del Montenegro ATCG**
Dal 25 al 27 ottobre è stato ospitato dal Dipartimento DC il TAIEX Study Visit con focus specifico sulla sicurezza dei giocattoli ma nel corso del quale sono stati comunque approfonditi i processi di accreditamento in ambito ISO/IEC 17065 e, per quanto applicabile, in ambito *testing* ISO/IEC 17025.
- **Richieste di attività formative pervenute al Dipartimento DC.**
Nel corso del 2022 sono pervenute varie richieste di attività formative da parte di altri enti di accreditamento quali ALGERAC, GAC, HAA, NCA che tuttavia, a seguito di primi contatti, non si sono concretizzati nell'anno di analisi.

2.3.2 Peer Assessment effettuati da personale ACCREDIA

I **Peer Assessments effettuati** da parte di personale ACCREDIA nel 2022 sono stati:

- **8 a livello EA** (in alcuni casi con più partecipanti di ACCREDIA nel team):
 - INAB - The Irish National Accreditation Board
 - CAI – Czech Accreditation Insititute
 - BELAC – Belgian Accreditation Body
 - DAKKS - Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
 - ENAC - Entidad Nacional de Acreditación
 - BAS - Bulgarian Accreditation Service
 - SNAS Slovak National Accreditation Service
 - ATCG – Accreditation Body of Montenegro
- **1 a livello IAF**
 - Region SADCAS (Southern African Development Community Accreditation Service) svolta witness a Mauritius nel mese di giugno e partecipazione al Decision Making Committee nel mese di novembre 2022.

In data 01/03/2023, ACCREDIA ha ricevuto la sintesi dei "Man days delivered by ABs". La partecipazione di ACCREDIA è consistente, e rispetta ampiamente i criteri del Comitato MAC di EA. In particolare, risultano effettuati 35gg/uomo superiori a quanto previsto. Ciò a conferma della grande disponibilità da parte di ACCREDIA per le attività internazionali.

Per quanto riguarda le nuove **qualifiche come Peer Assessors per EA**, nel 2022 un Funzionario Tecnico nonché Ispettore operante nel Dipartimento DC ha partecipato ai tre giorni di training svolti in presenza a Bruxelles per la qualifica ad Ispettore EA e al termine dei quali è stato direttamente qualificato in veste di *Team Member* senza necessità quindi che svolga preventive attività in affiancamento.

I Peer Assessor che risultano qualificati al 31/12/2022 sono:

Dipartimento	Sigla (iniziali)	Qualifica
DC	ER	EA Team Leader + IAF Team Leader
	MC	EA Team Leader
	DP	EA Team Member + IAF Team Member
	ADG	EA Team Member
	LP	EA Team Member
	MZ	EA Team Member
DL	MS	EA Team Leader
	SG	EA deputy Team Leader
	SP	EA Team Member
	AP	EA Team Member
DT	GS	EA Team Member

2.3.3 Accordi internazionali di mutuo riconoscimento

Nel 2022, in particolare nella seconda metà dell'anno, si sono tenuti diversi contatti con il Segretariato EA e con il Team Leader per la pianificazione della *peer evaluation* di gennaio 2023.

A ottobre 2022, in accordo alle tempistiche previste da EA, è stata trasmessa, attraverso la piattaforma Teams, tutta la documentazione del sistema di gestione di ACCREDIA per la valutazione.

Nella *peer evaluation* di gennaio 2023, è stata inclusa anche la valutazione per lo schema ISO/IEC 17029, in estensione. A tal riguardo, al fine di organizzare la *witness* e verificare il soddisfacimento delle condizioni per richiedere l'estensione a questo schema, è stato anche organizzato un incontro da remoto, con il *Team Leader*, il *Team Member* incaricato per lo schema e la segreteria MAC di EA.

Per le Biobanche, non è stato possibile richiedere l'estensione in concomitanza della visita di gennaio 2023, in quanto EA avvierà le attività di verifica a partire da marzo 2023. ACCREDIA si attiverà prontamente per presentare domanda di estensione, appena possibile.

2.3.4 Riunioni degli Organi internazionali

È proseguita la **partecipazione di personale ACCREDIA** a livello EA/IAF/ILAC.

Oltre alla partecipazione ai Comitati e ai gruppi di lavoro, si evidenzia che, nel 2022:

- Riva ha formalmente assunto il ruolo di presidenza di IAF, coordinando l'impegnativo progetto di fusione IAF-ILAC. Inoltre prosegue l'attività quale membro del Comitato Esecutivo di EA.
- Guzzi è stato eletto Chair del Laboratori Committee di EA, per il biennio 2023-2024.

Per quanto riguarda i **meeting internazionali**:

- tutti i delegati ACCREDIA hanno partecipato ai meeting internazionali di rispettiva competenza, riportando feedback alla Struttura e ai dipartimenti interessati.
- molto attiva è stata la partecipazione ai gruppi di lavoro, ai Technical Network, alla valutazione dei documenti in revisione e nelle risposte alle survey di EA/ILAC/IAF.
- nella seconda metà del 2022, sono riprese le riunioni in presenza o in modalità mista delle riunioni.
- ACCREDIA ha organizzato e ospitato a fine 2022:
 - la riunione del Comitato EA MAC a Torino;
 - la riunione del Comitato EA CPC a Roma;
 - la riunione del working group Health Care dell'EA LC a Roma;

2.3.5 Partecipazione a gruppi di lavoro nazionali e internazionali

È proseguita altresì la **partecipazione di personale ACCREDIA ai gruppi di lavoro ISO, UNI e CEI**, nonché ai convegni/congressi a livello nazionale ed internazionale.

Il dettaglio delle attività è riportato nei riepiloghi del responsabile della formazione (ATC).

A livello di lavori normativi, si evidenzia che personale ACCREDIA partecipa/ha partecipato ai lavori ISO CASCO, in qualità di rappresentate UNI, per la revisione delle norme relative all'accreditamento e per la successiva traduzione italiana:

- ISO 15189 per i laboratori medici: lavori avviati nel 2019 e conclusi a dicembre 2022 con la pubblicazione della norma; delegato F. Pecoraro.
- ISO/IEC 17043 per PTP: avvio lavori settembre 2020; delegato S.Pepa.

Personale DC partecipa ai tavoli di normazione UNI in materia di Professioni non regolamentate, sistemi di gestione, sviluppo di prassi di riferimento, ecc.

Inoltre, si sono avviati i lavori dell' "**Infrastruttura per la Qualità**", con le riunioni del Gruppo di Coordinamento. Per ACCREDIA partecipa il Direttore Generale.

2.3.6 Rafforzamento dei rapporti con gli altri Enti di Accreditamento

In relazione al **rafforzamento dei rapporti con gli altri Enti di Accreditamento** (ABs) finalizzati allo scambio di informazioni sui processi di accreditamento e l'impegno in ambito normativo, sono proseguiti gli incontri, in particolare da remoto, con i funzionari di altri AB.

In particolare, si segnala:

- UKAS-United Kingdom: alla Verifica Ispettiva Interna del Dipartimento ha partecipato con ruolo di AVI in ambito ISP volontario e regolamentato *Ian Ronksley* che da marzo 2000 a marzo 2022 ha ricoperto i ruoli, prima come Assessment Manager e poi come Development Manager, in UKAS.
- NAB-Malta: effettuati incontri con l'Ente di Accreditamento Maltese finalizzati allo scambio di informazioni sui processi di accreditamento afferenti allo schema ISP.
- SCC-Canada: effettuati tre incontri da remoto (18/01, 03/06, 12/07) tra i responsabili del sistema di gestione dei due enti, per un confronto su temi legati ai processi di accreditamento e ai requisiti ISO/IEC 17011.

Inoltre ACCREDIA fornisce supporto ad altri Enti di accreditamento, come ad esempio NAB (Malta) e DPA (National Accreditation Body of Albania) segnalando, previa disponibilità degli interessati, i nominativi di Ispettori ACCREDIA per l'attività di verifica.

2.3.7 Cross Frontier

Sulla base degli accordi già sottoscritti con alcuni Enti di Accreditamento (CAI, COFRAC, DAKKS, ENAC, LATAK, PCA, SAS, SNAS, SWEDAC, UKAS, JAS-ANZ, KAB, TUNAC, DPA, DANAK, SA, OAA), ed alcuni nuovi stipulati nel corso del 2022 con altri Enti di Accreditamento europei firmatari degli accordi EA MLA (RENAR, ATS), sono proseguite le attività di Cross Frontier (CF). Come già avvenuto nel 2021, anche le attività svolte nel 2022 hanno interessato solo richieste provenienti da AB appartenenti all'EA Region.

Tutte le attività sono state condotte in accordo alla procedura ACCREDIA PG-12, basata sulle prescrizioni del Reg. (EU) 765/2008 e del documento EA-2/13.

In sintesi, le attività di cross frontier del 2022 riguardano:

- **Dipartimento DC:** effettuate 45 attività di Cross Frontier per altri enti di accreditamento per CAB in Italia. Inoltre, sono state subappaltate da ACCREDIA agli Enti locali 6 attività di verifica di CAB dislocati fuori dall'Italia;
- **Dipartimento DL:** effettuata 1 attività di Cross Frontier per conto di RvA, relativa ad una sede secondaria di un CAB in Italia (la verifica è stata effettuata da ACCREDIA e le risultanze sono state trasmesse a RvA). Per un'altra richiesta, invece ACCREDIA ha concesso ad RvA l'autorizzazione ad effettuare la verifica della sede su territorio italiano, in considerazione dell'organizzazione del CAB e della tipologia di prove. Riguardo CAB italiani con sedi fuori dal confine nazionale italiano, sono stati contattati l'ente svedese (SWEDAC) e spagnolo (ENAC), che hanno autorizzato ACCREDIA alla verifica di tali sedi.
- **Dipartimento DT:** nessuna attività nel 2022.

Per il DL e DT le attività di *cross frontier* si mantengono, come per gli anni precedenti, molto limitate.

Per il DC, rispetto agli anni 2021 e 2020 in cui erano state svolte rispettivamente 32 e 30 attività si è registrato un notevole incremento pari al + 41% rispetto al 2021 e +50% rispetto all'anno 2020

2.4 SISTEMA DI GESTIONE

2.4.1 Risultati delle verifiche

2.4.1.1 Risultati delle verifiche ispettive interne

Nel corso del 2022 è stato attuato il 100% delle verifiche ispettive interne programmate, come di seguito descritto.

Le verifiche sono state svolte generalmente in modalità mista, con parte del personale in sede e parte da remoto.

Tutte le verifiche sui diversi Dipartimenti sono state pianificate e condotte in modo congiunto da personale interno ACCREDIA (Funzionari Tecnici qualificati come Ispettori) ed esterno (Ispettori con accordo quadro), tutti in possesso dei requisiti necessari per effettuare le verifiche ispettive interne in accordo alle norme ed ai documenti applicabili.

Le verifiche sono state condotte con l'obiettivo di valutare:

- la conformità del sistema di gestione e delle attività di accreditamento svolte da ACCREDIA alle prescrizioni dei riferimenti normativi applicabili (norma ISO/IEC 17011:2017, Guide di applicazione EA (EA-2-02));
- la gestione a campione delle pratiche di accreditamento e del personale addetto;
- l'efficacia dei trattamenti e delle azioni correttive relative ai rilievi emersi durante le verifiche ispettive interne ed esterne effettuate nel 2021.
- lo stato di gestione dei rilievi interni.

Gli esiti delle verifiche ispettive interne effettuate sono di seguito riassunti:

Dipartimento	Schema	Date	GVI	Rilievi
DC	Sistema di gestione ACCREDIA, Verifica e Validazione, DAP e PRS	09-10-11-14-15-16-17 Novembre 2022	Marco Cerri (RGVI)	2 NC, 17 OSS 27 COMM
	Sistemi di Gestione: SCR, ABMS, BCMS, RTS	15-16-17 Novembre 2022	Riccardo Bianconi (AVI)	
	Sistemi di Gestione: SGQ, SGA EMAS, SGE, AMS.	14-15-16-17 Novembre 2022	Riccardo Bisagno (AVI)	
	Sistemi di Gestione FSM e PRD Food	14-15-16 Novembre 2022	Monica Malagoli (AVI)	
	PRD Regolamentato e Volontario e ISP Regolamentato	14-15-16-17 Novembre 2022	Marcella Babini (AVI)	
	Ispezione Regolamentato e Volontario	14-15-16-17 Novembre 2022	Ian Ronskley (AVI)	
	Sistemi di Gestione e PRS limitatamente alla verifica della conformità delle procedure	14-15-16 Novembre 2022	Sara Vitali (AVI)	
	Sistemi di Gestione: SSI, ITX e PRD IT	14 Novembre 2022	Francesco Soro (AVI)	
	Sistemi di Gestione e PRD limitatamente alla verifica della conformità delle procedure	10 e 11 Novembre 2022	Maurizio Musolino (AVI)	
	ISP e PRD limitatamente alla verifica della conformità delle procedure	10 e 11 Novembre 2022	Angelo Del Giudice (AVI)	
DC	Sistema di gestione ACCREDIA, SGQ Aerospaziale	10 ottobre 2022	Riccardo Bianconi (RGVI)	0 rilievi
DL	Laboratori di prova (LAB) Laboratori Medici (MED) Organizzatori di prove valutative interlaboratorio (PTP)	14, 15, 19, 20 Dicembre 2022	Michela Signorini (RGVI) Sara Vitali (AVI) Beatrice Bargellini (AVI)	1 OSS 3 COMM

Dipartimento	Schema	Date	GVI	Rilievi
DT	Laboratori di Taratura (LAT) Produttori di Materiali di riferimento (RMP), Biobanche (BBK)	04-05 novembre 2022	E. Riva (RGVI) A. Giagnorio (AVI)	1 NC 3 COMM

È stato operato un campionamento adeguato e conforme a quanto previsto dalla Procedura PG-02, sia per quanto riguarda il numero del personale da intervistare, che gli schemi di accreditamento e il numero delle pratiche da verificare. In particolare sono stati intervistati sia i Funzionari tecnici sia i referenti delle Funzioni di Staff.

Il giudizio finale espresso dai diversi Team di Verifica incaricati ha evidenziato competenza del personale, efficacia ed efficienza dei processi di accreditamento, facilità di accesso alla documentazione e pronta rintracciabilità della documentazione di sistema e delle registrazioni delle pratiche.

Dagli esiti delle verifiche ispettive interne effettuate presso tutti i Dipartimenti non sono emerse aree/processi critici tali da rendere necessario un rafforzamento delle attività di verifica ispettiva interna.

2.4.1.2 Risultati degli audit esterni

2.4.1.2.1 Peer Assessment EA

Relativamente ai rilievi emersi dalla verifica di *full evaluation* di novembre 2018 e gennaio 2019, che nel precedente riesame non risultavano completamente chiusi (2 commenti), si segnala che:

- Commento n.7 relativo alla sostituzione del termine "Certificazione del Personale" con "Certificazione delle Persone": è stata infatti parzialmente completata la chiusura con la sostituzione del termine "Certificazione del Personale" con "Certificazione delle Persone" mediante la revisione dei Regolamenti di accreditamento entrati in vigore il 01/01/2023. La completa gestione è invece avvenuta con la riemissione di tutti i certificati di accreditamento da cui è stato anche tolto il marchio IAF. Tale riemissione di massa è formalmente avvenuta in data 05/01/2023.
- Commento n.9 relativo all'inserimento di maggiori dettagli sullo scopo flessibile nella checklist PTP: è stato chiuso con la revisione delle checklist per lo schema ISO/IEC 17043.

Inoltre, per l'osservazione n.7, relativa alla pubblicazione delle informazioni circa i laboratori revocati, era stata adottata nel 2021 una modalità di risoluzione provvisoria, che prevedeva l'inserimento delle informazioni nell'elenco dei provvedimenti sanzionatori e l'adozione del QRcode sui certificati di accreditamento. Nel 2022 sono stati completati sia il sistema di tracciamento e invio dei dati già messo a punto nel 2021 sia la maschera della pagina di ricerca nel database del sito, denominata "ricerca storico accreditamenti".

Nel periodo 16-20 gennaio 2023 si è svolta la nuova visita di *peer evaluation* EA. Benché non espressamente riferita al periodo di riferimento della presente relazione (anno 2022), si riportano sinteticamente gli esiti.

La verifica ha coinvolto 12 *peer evaluators* di EA nelle 3 sedi di Accredia (Roma, Milano, Torino) e presso un campione di 17 organismi e laboratori accreditati. Sono state verificate tutte le

attività svolte per l'accreditamento degli organismi e dei laboratori, sia a livello documentale che operativo, inclusa la partecipazione del Team Leader a due Comitati Settoriali di Accredimento (CSA DL e CSA CI).

Oggetto della valutazione sono stati gli schemi coperti dagli Accordi internazionali di mutuo riconoscimento EA MLA e l'estensione allo schema ISO/IEC 17029 (verifiche e validazioni).

Sono emersi 23 rilievi, classificati in 10 Non conformità (NC) e 13 commenti (COMM). Con le nuove regole di EA, non è più previsto il livello intermedio delle "osservazioni", per cui tutti gli scostamenti rispetto ai requisiti di norma vengono classificati come NC. In ogni caso, tutti i rilievi hanno carattere puntuale e non sono previste particolari difficoltà per la relativa risoluzione. Il report finale del team ha evidenziato, in particolare, la competenza del Personale e dei Comitati, il dettaglio delle Procedure e, in conclusione, la robustezza del Sistema Italiano di Accredimento.

ACCREDIA ha prontamente trasmesso al Team Leader il piano di gestione dei rilievi, per la successiva valutazione da parte del team. Come sempre, nell'ottica di recepire gli spunti di miglioramento, ACCREDIA ha predisposto un piano di gestione anche per tutti i commenti, benché non obbligatorio.

L'esito complessivo della valutazione sarà sottoposto al Comitato MAC di EA che, alla data della presente relazione, ha incaricato la *Task Force group* per l'esame della pratica.

2.4.1.2.2 Verifica AIAD CMBC (Federazione Aziende Italiane per l'Aerospazio, la Difesa e la Sicurezza - Certification Body Management Committee - Schema EN 9100)

Come previsto dal MOU sottoscritto tra AIAD ed ACCREDIA alla fine del 2006, ed ai successivi rinnovi dello stesso nelle date del 18 maggio 2013 e 4 luglio 2019, il Dipartimento DC viene sottoposto, con periodicità annuale, alla verifica di sorveglianza da parte di AIAD per la valutazione della conformità dei processi di accreditamento agli standard di riferimento applicabili a suddetto schema (Norma EN 9104).

In base al piano annuale definito da AIAD-CBMC, per l'anno 2022 la verifica di sorveglianza su ACCREDIA è stata condotta in modalità remoto da Samuele Mondini - Lead OP Assessor e Monica Mazzonelli OP Assessor, nelle date del 03 e 04 novembre. Sono state emesse 1 NC minore e 4 OFI (opportunità di miglioramento) che tuttavia non mettono in dubbio il processo di accreditamento in tale ambito.

I rilievi pregressi (4 OFI dell'anno 2021 ed una OFI dell'anno 2020 rimasta aperta), sono stati tutti chiusi.

Per quanto riguarda la Non Conformità minore emessa la stessa è relativa ad un *soft-grading* effettuato da ACCREDIA nella valutazione di uno scopo di certificazione le cui versioni in italiano ed in inglese non coincidevano e che avrebbe invece dovuto essere classificata come Osservazione (Non Conformità minore). Per quanto riguarda la sua gestione, in data 04/02/2023, il Dipartimento ha provveduto ad inviare ad AIAD la proposta di trattamento per cui si è previsto di notificare al CAB interessato tale anomalia con la conseguente richiesta di formulare trattamento, analisi della causa radice ed azione correttiva (che comprendesse anche la valutazione dell'estensione della problematica) da sottoporre ad ACCREDIA per accettabilità e

verifica dell'efficacia in occasione della prima sorveglianza utile presso l'Organismo. Altresì come azione correttiva si è previsto di:

1. Effettuare un riesame delle risultanze delle verifiche condotte da ACCREDIA nello schema SGQ-ASD nel corso del 2022 e, laddove siano riscontrate analoghe carenze, saranno informati i CAB affinché siano predisposti i necessari trattamenti ed azioni correttive ed effettuata adeguata analisi della causa radice. L'efficacia degli stessi sarà valutata in occasione della successiva sorveglianza o rinnovo.
2. Integrare il Regolamento Tecnico RT-18 in occasione della prima revisione affinché siano inserite precisazioni in merito alla doppia emissione dei certificati.
3. Effettuare attività di sensibilizzazione agli Ispettori (qualificati e in training) e alla struttura tecnica affinché sia posta sempre adeguata attenzione alla corretta classificazione dei rilievi.

Le attività, ad esclusione della revisione del Regolamento Tecnico RT-18 per cui si è comunque aggiornata la relativa procedura, risultano completate.

La verifica AIAD ha comunque dimostrato che lo schema è gestito in modo conforme da parte di ACCREDIA, con personale competente.

2.4.1.2.3 Verifiche ai sensi del D.Lgs. 231/2001

L'attività di audit sul Modello Organizzativo è stata svolta in modo continuo, con rispetto della pianificazione annuale approvata dall'Organismo di Vigilanza (OdV) operante in ACCREDIA sin dalla costituzione.

Il calendario degli audit per il 2022 è stato il seguente:

- **20-01-2022:** il Presidente dell'OdV ha condotto l'audit sulla gestione dei Reclami/Segnalazioni ricevuti dai Dipartimenti nel secondo semestre del 2021;
- **24-01-2022:** il Presidente dell'OdV e la Compliance Officer hanno condotto un audit in accompagnamento da remoto per il Dipartimento Laboratori di Taratura su un Laboratorio (posticipo del 2021);
- **01-02/03-2022:** il DPO ACCREDIA e un Componente dell'OdV hanno condotto l'audit security e privacy al Dipartimento DL (posticipo dell'anno 2021);
- **01-04-2022:** il DPO ACCREDIA e un Componente dell'OdV hanno condotto l'audit security e privacy alle funzioni amministrative di ACCREDIA (posticipo dell'anno 2021);
- **17-03-2022:** il Presidente dell'OdV e la Compliance Officer hanno condotto un audit in accompagnamento da remoto per il Dipartimento Certificazione e Ispezione durante una verifica supplementare presso un Organismo di Certificazione di Persone;
- **03/13/19/25-05-2022:** una Esperta in salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, supportata dalla RSPP ACCREDIA ha condotto l'audit safety sul Dipartimento DC;
- **04-05-2022:** una Esperta in salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, supportata dalla RSPP ACCREDIA, ha condotto l'audit safety sul Dipartimento DT;

- **09/10-05-2022:** una Esperta in salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, supportata dalla RSPP ACCREDIA, ha condotto l'audit safety sul Dipartimento DL;
- **05-09-2022:** il DPO ACCREDIA e una Componente dell'OdV hanno condotto l'audit security e privacy al fornitore per attività di assistenza e consulenza per la gestione dell'infrastruttura informatica relativamente alle *infrastructure data center*, firewall e supporto ai sistemi Apple Mac);
- **06-09-2022:** il Presidente dell'OdV ha condotto l'audit sulla gestione dei Reclami/Segnalazioni ricevuti dai Dipartimenti nel primo semestre del 2022;
- **05-10-2022:** il DPO ACCREDIA e una Componente dell'OdV hanno condotto l'audit security e privacy al fornitore per calcolo paghe e contributi;
- **05-12-2022:** il DPO ACCREDIA e una Componente dell'OdV hanno condotto l'audit security e privacy al fornitore per Attività di creazione del sito internet.

Gli audit sopra citati sono stati effettuati dai Componenti dell'OdV e da Esperti Tecnici esterni provvisti delle adeguate competenze settoriali e hanno riguardato tutti i settori di attività ed i processi contemplati nell'analisi dei rischi di reato presupposto e hanno incluso audit sui fornitori di processi critici.

Per quanto riguarda l'audit security e privacy sui Dipartimenti di ACCREDIA di competenza dell'anno 2022, sono stati rinviati per esigenze della Struttura ACCREDIA a febbraio 2023 (già programmati: per il DT al 09-02-2023, per il DL al 13-02-2023 e per il DC al 27-02-2023).

Dagli audit svolti non sono emerse particolari criticità. Le azioni di miglioramento richieste dagli Auditor incaricati dall'OdV sono costantemente prese in considerazione e di regola attuate con efficacia.

2.4.2 Documenti

Nel corso del 2022 l'architettura del sistema documentale di ACCREDIA è rimasta invariata.

Relativamente ai Regolamenti generali e tecnici di accreditamento, è stato completato il processo di revisione, coordinato tra i dipartimenti, in vista della *peer evaluation* di gennaio 2023.

L'elenco completo ed aggiornato dei documenti "interni" è il documento LS-01. I documenti "pubblici" (Regolamenti Generali, Regolamenti Tecnici, Elenchi Documenti, Domande, Tariffari, ecc.), sono esposti nel sito Web.

Nel 2022 è stata attivata, in modalità sperimentale, la trasposizione, in formato xls, degli elenchi della documentazione e della modulistica, in modo da consentire una maggiore fruibilità e soprattutto iniziare a porre le basi per un successivo sviluppo in database.

La modulistica è stata costantemente aggiornata in funzione delle esigenze d'utilizzo.

Si riporta nella tabella seguente l'elenco dei documenti generali ACCREDIA, revisionati durante il 2022, mentre, per la documentazione specifica dei singoli Dipartimenti, si rimanda ai relativi registri interni.

CODICE DOCUMENTO	TITOLO	Rev.	Data Approvazione CD	Data entrata in vigore
RG-01	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione, Ispezione, Validazione e Verifica - Parte Generale	05	03-05-2022 <i>Errata Corrige</i> 10-11-2022	01-01-2023
RG-01-01	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione di Sistemi di Gestione	02	03-05-2022	01-01-2023
RG-01-02	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione di Persone	02	03-05-2022 <i>Errata Corrige</i> 10-11-2022	01-01-2023
RG-01-03	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione del Prodotto/Servizio/Processo	02	03-05-2022	01-01-2023
RG-01-04	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Ispezione	02	03-05-2022	01-01-2023
RG-01-05	Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Verifica e Validazione	01	03-05-2022	01-01-2023
RG-02	Regolamento per l'accreditamento dei Laboratori di prova e dei Laboratori medici	08	05-10-2022	01-02-2023
RG-04	Regolamento di Funzionamento del Comitato di Accreditamento	06	10-02-2022	11-02-2022
RG-04-DC	Regolamento di Funzionamento dei Comitati Settoriali di Accreditamento del Dipartimento Organismi di Certificazione e Ispezione	06	05-04-2022	06-04-2022
RG-04-DL	Regolamento di funzionamento del Comitato Settoriale di Accreditamento del Dipartimento Laboratori di Prova (CSA DL)	07	05-04-2022	06-04-2022
RG-04-DT	Regolamento di funzionamento del Comitato settoriale di Accreditamento del Dipartimento Laboratori di Taratura (CSA DT)	05	05-04-2022	06-04-2022
RG-04-01	Regolamento di Funzionamento dei SottoComitati Settoriali di Accreditamento (SCSA)	05	05-04-2022	06-04-2022
RG-09	Regolamento per l'utilizzo del marchio ACCREDIA	11	05-10-2022 <i>Errata Corrige</i> 26-10-2022	01-01-2023
RG-13	Regolamento per l'accreditamento dei Laboratori di Taratura (schema UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018)	09	05-10-2022	01-02-2023
RG-18	Regolamento per l'accreditamento dei Produttori di Materiali di Riferimento	03	05-10-2022	01-02-2023
RG-21	Analisi dei Rischi ISO/IEC 17011 relativa ai Processi Di Gestione di ACCREDIA	02	05-04-2022	06-04-2022
RT-08	Prescrizioni per l'accreditamento dei laboratori di prova (rif. UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018)	05	15-12-2021 <i>Errata Corrige</i> 10-02-2022	01-04-2022
RT-18	Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità per le aziende del settore Aerospaziale, Sicurezza e Difesa	05	05-10-2022	01-12-2022

CODICE DOCUMENTO	TITOLO	Rev.	Data Approvazione CD	Data entrata in vigore
RT-25	Prescrizioni per l'accreditamento dei Laboratori di Taratura (schema UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018)	08	05-10-2022	01-02-2023
RT-26	Prescrizioni per l'accreditamento con campo di accreditamento flessibile	07	05-10-2022	01-02-2023
RT-35	Prescrizioni per l'accreditamento dei laboratori medici	01	05-10-2022	01-02-2023
RT-36	Prescrizioni per l'accreditamento dei Laboratori di Taratura in materia di Confronti di Misura	02	05-10-2022	01-02-2023
MD-21-01	Valutazione del Rischio	00	05-04-2022	06-04-2022
CO-03-DC	Convenzione Quadro Ispettori ed Esperti Tecnici-Dipartimento Certificazione e Ispezione	04	---	07-07-2022
CO-03-DL	Convenzione Quadro Ispettori ed Esperti Tecnici-Dipartimento Laboratori di Prova	05	---	07-07-2022
CO-03-DT	Convenzione Quadro Ispettori ed Esperti - Dipartimento Laboratori di Taratura	04	---	07-07-2022
PG-12	Procedura per l'applicazione degli accreditamenti "Cross Frontier"	04	---	01-12-2022
IO-09-07-DL	Istruzione Operativa per l'utilizzo dell'applicativo 3A "post-audit" da parte di ACCREDIA DL, Ispettori e Laboratori di prova	01	---	02-03-2022
LS-02	Elenco norme e documenti di riferimento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione	27 28	---	31-03-2022 26-10-2022
LS-03	Elenco norme e documenti di riferimento per l'accreditamento degli Organismi di Ispezione	20 21	---	31-03-2022 26-10-2022
LS-04	Elenco norme e documenti di riferimento per l'accreditamento dei Laboratori di Prova, Laboratori Medici e PTP	12 13	---	04-04-2022 05-10-2022
LS-09	Elenco norme e documenti di riferimento per l'accreditamento dei Laboratori di Taratura e dei Produttori di Materiali di riferimento	12	---	20-12-2022
LS-12	Elenco norme e documenti di riferimento per l'accreditamento degli Organismi di Validazione e Verifica	14 15	---	31-03-2022 26-10-2022
LS-15	Lista schemi di accreditamento/schemi di valutazione della conformità presentati dal Dipartimento Certificazione e Ispezione di ACCREDIA alla valutazione del Comitato per le Attività di Accreditamento (CdA) e approvati dal Consiglio Direttivo (CD)	16 17 18 19	---	12-04-2022 08-06-2022 22-07-2022 14-12-2022
---	Politica ACCREDIA per la qualità e imparzialità	00	11-05-2022 (approvazione CD e CIG)	11-05-2022
---	Raccomandazioni espresse dal Comitato di Indirizzo e Garanzia di ACCREDIA in relazione alla definizione di criteri omogenei per la verifica di alcuni requisiti della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018, in sede di valutazione e sorveglianza dei laboratori di prova e dei laboratori di taratura accreditati	01	27-09-2022 (approvazione CIG)	27-09-2022

Relativamente alla documentazione revisionata, inclusa quella ad uso interno, si evidenzia in particolare:

- è stata riesaminata e approvata da CD e CIG la politica per la qualità e l'imparzialità ACCREDIA, alla luce del rinnovo delle cariche del 2021;
- Il Manuale del Sistema di Gestione è stato revisionato, in recepimento delle modifiche organizzative di ACCREDIA (inserimento dell'Area Legale e del Personale, istituita a luglio 2022 e del Servizio Tecnico e Supporto del DT);
- la revisione dei Regolamenti di funzionamento degli Organi, prevista entro il primo semestre 2022 è stata conclusa, ad eccezione del Regolamento di funzionamento della Commissione di appello (mai riunitasi nel 2022), la cui revisione è stata posticipata al 2023;
- il documento di analisi dei rischi è stato completamente rivisto, alla luce del nuovo documento EA-2/19, riorganizzandolo in una parte generale di descrizione dell'approccio e una parte tabellare dinamica, per il monitoraggio continuo dei rischi stessi. Il documento è stato sottoposto alla valutazione del CIG, con una valutazione preliminare in una riunione ordinaria e un approfondimento specifico in una riunione ad hoc, e successiva approvazione del CD ad inizio 2022.
- a livello di dipartimenti sono stati aggiornati Regolamenti, istruzioni e modulistica, per recepire le esigenze di modifica derivanti dall'operatività;
- sono state aggiornate le procedure di gestione degli ispettori (PG-07-DC/DL/DT) in modo comune per i tre dipartimenti ed è stato predisposto un modulo di monitoraggio allineato nei contenuti, ma codificato ancora con i riferimenti di dipartimento. È stata inoltre revisionata la convenzione ispettori/esperti (CO-03-DC/DL/DT), in funzione degli aggiornamenti statutari.
- è stata completata la revisione della procedura di *cross frontier* PG-12, alla luce del documento EA-2/13M, ed è stata organizzata per gennaio 2023 una sessione formativa per tutto il personale ACCREDIA.

2.4.3 Azioni correttive e opportunità di miglioramento

Le azioni implementate nel periodo considerato sono conseguenti a:

- rilievi emersi durante le verifiche ispettive interne/esterne,
- rilievi interni, emersi nello svolgimento delle attività operative, in funzione di una mancata ottemperanza ai requisiti dei documenti ACCREDIA o a fronte della norma ISO/IEC 17011,
- opportunità di miglioramento emerse dagli esiti della *Customer Satisfaction*.

3 EVOLUZIONE DEGLI ACCREDITAMENTI - STATO DELLE SOSPENSIONI/REVOCHE/RINUNCE

3.1 ACCREDITAMENTI RILASCIATI

Si riporta di seguito il trend relativo all'ultimo triennio (2022-2020) degli **accreditamenti rilasciati** per tutti gli ambiti di accreditamento di ACCREDIA.

Si rammenta che tale numero è maggiore del numero dei Soggetti accreditati, in quanto ciascun organismo può possedere più di un accreditamento.

CAB	2022	2021	2020
Lab. Taratura	212	209	201
Produttori di Materiali di riferimento	6	6	5
Biobanche	1	---	---
Lab. Prova	1.339	1.279	1.239
Lab. Analisi mediche	23	16	16
Organizzatori di prove valutative interlaboratorio	20	19	17
Organismi schema SGQ	105	104	102
Organismi schema SGA	43	44	43
Organismi schema SGE	18	18	17
Organismi schema SCR	38	39	37
Organismi schema SSI	21	20	18
Organismi schema ITX	9	9	7
Organismi schema FSM	14	14	14
Organismi schema PRD	217	212	208
Organismi schema PRS	75	66	57
Organismi schema ISP	468	407	294
Organismi schema DAP	10	8	8
EMAS	16	15	15
Organismi di Validazione/Verifica schema GHG/ETS/MRV	10	9	11
Organismi schema V&V	1	---	---
TOTALE	2.646	2.494	2.309

Per gli accreditamenti collegati allo schema SGQ, si riporta di seguito il dettaglio degli accreditamenti rilasciati per singolo schema di valutazione della conformità.

AMBITO	NORMA
Certificazione di sistemi di gestione per la qualità per le organizzazioni dell'aeronautica, dello spazio e della difesa	EN 9100:8 EN 9110:5 EN 9120: 6
Certificazione di sistemi di gestione per la qualità- Dispositivi Medici	ISO 13485:14
Certificazione di sistemi di gestione per la saldatura	ISO 3834:10
Certificazione di sistemi di gestione sostenibile degli eventi	ISO 20121:5
Certificazione di sistemi di gestione per la sicurezza stradale (RTS)	ISO 39001:18
Certificazione di sistemi di gestione per la qualità di società di ingegneria per verifiche della progettazione delle opere, ai fini della validazione	SGQ, IAF 34 (RT-21):19
Certificazione di sistemi di gestione della business continuity (BCMS)	ISO 22301:8
Certificazione di sistemi di gestione- Asset Management	ISO 55001:2
Certificazione di sistemi di gestione per il credito commerciale	CRMS FP07:5
Certificazione di sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione	ISO 37001:31
Prevenzione e contrasto del bullismo - Linee guida per il sistema di gestione per la scuola e le organizzazioni rivolte ad utenti minorenni, in accordo alla prassi di riferimento UNI/PdR 42:2018.	UNI/PdR 42:3
Certificazione di sistemi di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione	UNI ISO 21001:7
PEFC IFCC Gestione Forestale Sostenibile (GFS) - Requisiti per Organismi che svolgono audit e certificazioni di Gestione Forestale Sostenibile	PEFC IFCC ST 1001 (e smi adottate da IFCC) Gestione Forestale Sostenibile - Requisiti e PEFC IFCC ST 1002:2
Certificazione di Sistemi di Gestione per la sicurezza nella catena di fornitura	ISO 28000:3
Studi legali - principi organizzativi e gestione dei rischi connessi all'esercizio della professione	UNI/PdR 33:1
Certificazione di sistema di gestione "Ecosistema Aziendale® Sostenibile Integrato" – Modello EASI®	EASI:2
Certificazione del sistema di gestione End of Waste "carta e cartone"	End of Waste Carta e Cartone: 18
Certificazione del sistema di gestione per la qualità per le organizzazioni che forniscono prodotti e servizi per le industrie del petrolio, della petrolchimica e del gas naturale	ISO 29001: 1
Sistema di gestione BIM	UNI/PdR 74: 5

Per quanto riguarda l'Area Regolamentata, l'andamento degli Accreditementi per lo Schema PRD e ISP, distinto per Direttive/Leggi Nazionali/Circolari Agenzia delle Dogane è riportato nella tabella seguente:

Settore/Direttive/Leggi Nazionali/Circolari	2022	2021	2020
Decisione della Commissione 2009/750/CE sulla definizione del servizio europeo telepedaggio (S.E.T.)	1	1	1
Reg.to 2016/424/UE Impianti a Fune	1	1	1
Verifiche su Circolari Agenzia delle Dogane e dei Monopoli	10	12	10

Settore/Direttive/Leggi Nazionali/Circolari	2022	2021	2020
Regolamento (UE) 2016/426 GAR (Apparecchi a gas)	5	6	7
Direttiva 2014/31/UE NAWID	2	3	3
Direttiva 2014/53/UE RED	6	6	5
Direttiva 92/42/CEE BED (Caldaie ad acqua calda)	3	3	4
Direttiva 2009/42/CE Giocattoli	7	7	7
Direttiva 2014/29/UE Recipienti Semplici a Pressione	6	6	6
Verifiche periodiche e straordinarie ascensori DPR 162/99 e s.m.i. art. 13 e 14	18	15	13
Direttiva 2000/14/CE Rumore	7	7	8
Direttiva 2014/30/UE Compatibilità elettromagnetica	8	9	9
Direttiva 2014/34/UE ATEX	11	11	11
Direttiva 2014/32/UE Strumenti di misura automatici MID	7	8	8
Direttiva 2010/35/UE T PED	12	12	11
Regolamento (UE) 2016/425 DPI	13	14	14
DM 93/2917 (Controlli degli strumenti di misura in servizio e sulla vigilanza sugli strumenti di misura conformi alla normativa nazionale europea)	190	144	115
Direttiva 2006/42/CE Macchine	32	32	33
Direttiva Attrezzature a Pressione (PED) 2014/68/UE	44	38	39
Direttiva Ascensori e componenti di sicurezza per ascensori 2014/33/UE	76	78	78
DPR 462/01 (Impianti elettrici)	185	176	93
Direttiva 2016/797/UE Sottosistemi ferroviari – DeBo	7	7	7
Direttiva 2016/797/UE Sottosistemi ferroviari – NoBo	7	7	6
Regolamento UE 402/2013 Sottosistemi ferroviari – AsBo	6	6	6
Regolamento UE 779/2019 Sottosistemi ferroviari - OC-ECM	5	5	6
Prodotti da costruzione Regolamento UE 305/2011 CPR	23	1	Non attivo
Convention Safe Container - CSC	1	Non attivo	Non attivo
OIML-Certification System	1	Non attivo	Non attivo
Certificazione dei centri di riempimento delle bombole ai sensi del Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 585 del 21/12/2017 e quanto previsto dall'istruzione di imballaggio P200 dell'ADR/RID/ADN	1	Non attivo	Non attivo
Totale	695	615	501

Relativamente al Reg.(UE)305/2011 si segnala che il dato riportato della tabella precedente non comprende gli accreditamenti rilasciati per i laboratori di prova (Sistema 3), che, al 31/12/2022, sono pari a 16.

3.2 ATTIVITA' DI ACCREDITAMENTO DEI DIPARTIMENTI

Di seguito si riporta la **situazione degli accreditamenti per ciascun Dipartimento** a decorrere dal 1° gennaio 2022.

Dipartimento DC	2022		2021		2020	
N° accreditamenti rilasciati	96	62 CSA AR 27 CSA CI 1 CSA AG 6 CSA CPR	145	108 CSA AR 34 CSA CI 3 CSA AG,	128	98 CSA AR 26 CSA CI 4 CSA AG
N° estensioni rilasciate	229	53 CSA AR, 144 CSA CI 16 CSA AG 16 CSA CPR	218	44 CSA AR 146 CSA CI 27 CSA AG 1 CSA CPR	180	33 CSA AR 119 CSA CI 28 CSA AG
N° rinnovi rilasciati	179	67 CSA AR 99 CSA CI 13 CSA AG	187	57 CSA AR 115 CSA CI 15 CSA AG	147	46 CSA AR 88 CSA CI 13 CSA AG
N° rinunce	20	11 CSA AR 9 CSA CI	12	3 CSA AR 9 CSA CI 0 CSA AG	16	7 CSA AR 9 CSA CI 0 CSA AG
N° riduzioni di settore	59	12 CSA AR 3 CSA CI 14 CSA AG	35	10 CSA AR 18 CSA CI 7 CSA AG	66 riduzioni permanenti	6 deliberate dal CSA AR, 12 dal CSA AG, 48 dal CSA CI. (in quest'ultimo caso si specifica che si è trattato di 21 autoriduzioni e 27 riduzioni applicate a seguito del termine del transitorio degli "Schemi FGAS Persone e Imprese")
N° provvedimenti sanzionatori maggiori	4	Area volontaria: 1 sosp.pariaziale + 1 revoca. Area regolamentata : 1 sosp.pariaziale + 1 sosp.totale	3	di cui 2 relativi ad un medesimo CAB per cui prima si è adottato il provvedimento o di sospensione e successivamente la revoca dell'accrreditamento (CSA AR)	4	2 per il CSA CI relativi ad un medesimo CAB per cui prima si è adottato il provvedimento o di sospensione e successivamente la revoca dell'accrreditamento;
N° provvedimenti sanzionatori minori	1	Area regolamentata : 1 blocco estensioni	2	Entrambi afferenti all'Area Volontaria del Dipartimento e che hanno interessato un Organismo	3	1 adottato nell'Area Volontaria da DDC con successiva informazione al CSA CI,

Dipartimento DC	2022		2021		2020	
				accreditato nello schema PRS ed uno accreditato nello schema SGQ		2 adottati dall'Area Regolamentat a.
N° richieste di autosospensione	8	Rif. CSA CI	3	---	5	---
N° ricorsi ricevuti	0	---	2	---	0	---
Domande di accreditamento pervenute	72	---	86	---	48	---
Domande di estensione pervenute	229	---	178	---	112	---

Dipartimento DL	2022	2021	2020
Domande di accreditamento	65 (58 LAB+6 MED+1 PTP)	95	78
Domande di riaccreditamento	300 (209 LAB+7 MED+3 PTP)	313	277
Domande di estensione	648	518	dato introdotto nel 2021
Visite di 1° accreditamento	77	78	81
Visite di rinnovo	309	302	255
Visite di Sorveglianza	1.003	954	953
Estensioni ad hoc	42	63	53
Visite supplementari	39	35	26
Visite non programmate	11	13	dato introdotto nel 2021
Visite preliminari	1	1	dato introdotto nel 2021
N° accreditamenti rilasciati	88 (79 LAB+7 MED+2 PTP)	75 (72 LAB+1 MED+2 PTP)	65 (62 LAB+2 MED+1 PTP)
N° riaccreditamenti rilasciati	314 (308 LAB+4 MED+2PTP)	288 (284 LAB+2 MED+2 PTP)	260 (251 LAB+3 MED+6 PTP)
Rinunce	20 (13 totale + 7 di sede)	27 (21 totale + 6 di sede)	41 (36 totale + 5 di sede)
Revoche	7	8	7
Scadenze non rinnovate	3	4	4
Chiusure proced. prima dell'accREDITAMENTO	11	10	6
Sedi Lab. accreditati con campo flessibile	153	140	116
Preventivi	118	129	111
Riduzione prove (provv. sanzionatorio)	5	9	14
sosp. totale accreditamento (provv. sanzionatorio maggiore e autosospensioni)	54	46 (33 autososp.+ 13 provvedimenti)	45 (34 autososp.+11 provvedimenti)
sospensione parziale accreditamento (provv. sanzionatorio e autosospensioni)	201	164	139
Sospensione amministrativa	8	6	11
ricorsi ricevuti	0	0	0

Dipartimento DT	2022	2021	2020
Domande di accreditamento	5	dato introdotto nel 2022	dato introdotto nel 2022
Domande di estensione	57	dato introdotto nel 2022	dato introdotto nel 2022
Accreditamenti rilasciati	9 8 LAT + 1 BBK	11 10 LAT + 1 RMP	13 13 LAT + 0 RMP
Rinnovi	56	57	33
Sorveglianze	119 +11 sorv.straordinarie	105 +18 sorv.straordinarie	108
Estensioni deliberate	59	56	61
Rinunce	5 Corrispondenti alle 5 revoche	2 Corrispondenti alle 2 revoche	6 Corrispondenti alle 6 revoche
Revoche	5	2	6
Chiusure proced. prima dell'accREDITAMENTO	7	0	1
Sosp. totale accreditamento (prov. sanzionatorio maggiore)	0	0	1
Sospensione parziale accreditamento (prov. sanzionatorio)	0	0	0
Richieste di autosospensione	10	8	(15 LAT e 1 RMP)
Ricorsi ricevuti	0	0	0

Relativamente alle attività di verifica, nel 2022, soprattutto dalla seconda metà dell'anno, sono riprese in modo più intensivo le verifiche in campo o miste, in particolare per recuperare le situazioni che, durante la pandemia, erano state verificate completamente da remoto.

Relativamente all'andamento generale delle attività, preso atto anche dei resoconti mensili delle amministrazioni di dipartimento, si può confermare un trend in continua crescita sia degli accreditamenti rilasciati, sia delle attività di verifica.

3.3 AVVIO DI NUOVI SCHEMI DI ACCREDITAMENTO

Nel corso del 2022 non sono stati attivati nuovi schemi di accreditamento.

Relativamente ai nuovi schemi avviati negli anni precedenti, nel corso 2022:

- è stato rilasciato il primo accreditamento per lo schema V&V nell'ambito dei claim etici. Altresì è stato formalmente avviato il processo di transizione degli accreditamenti GHG ISO 14065:2013 allo standard ISO/IEC 17029:2019 (livello 3) e ISO 14065:2020 livello 4 per cui è stata emessa una Circolare Informativa DC n. 44/2022 (dipartimento DC).
- è stato rilasciato il primo accreditamento per lo schema Biobanche (dipartimento DT).

Inoltre, prosegue con continuità l'avvio dell'accREDITAMENTO per **nuovi schemi di valutazione della conformità**, in accordo alle modalità operative definite dalla procedura PG-13-01, con riferimento alle attività del Dipartimento DC. L'elenco degli schemi di valutazione della conformità valutati dal Comitato per le Attività di AccREDITAMENTO e approvati dal Consiglio Direttivo nel 2022 è riportato in Allegato 1.

4 SVILUPPI DI CARATTERE ISTITUZIONALE

Nel 2022, per gli Organi si sono svolte le attività di gestione ordinaria. Nei primi mesi dell'anno, sempre in funzione della situazione pandemica, le riunioni si sono svolte da remoto. Da maggio tutte le riunioni si sono svolte in modalità mista, sia in presenza, nelle sedi ACCREDIA, che in videoconferenza, mediante piattaforma *Lifesize*.

Tutte le riunioni si sono svolte con regolarità e i collegamenti da remoto non hanno avuto influenza sulla gestione ordinaria dell'Ente e sulla puntualità e continuità dell'erogazione dei servizi. Anzi, la partecipazione da remoto ha consentito, evitando gli spostamenti, una elevata partecipazione e la riduzione dei costi.

Di seguito si riporta una breve sintesi delle attività relative agli Organi di ACCREDIA e delle attività istituzionali.

a) Assemblea dei Soci

L'Assemblea dei Soci si è tenuta nuovamente in presenza, dopo le due precedenti effettuate da remoto, in data 11 maggio presso la sede centrale di INAIL a Roma.

La riunione è stata presieduta per la prima volta dal Prof. Massimo De Felice, eletto alla Presidenza di ACCREDIA a giugno 2021.

Nel corso dell'Assemblea ordinaria sono stati approvati il Bilancio consuntivo, la Relazione di attività 2021, il preventivo e il programma per il 2022.

Sono state poste all'attenzione dell'Assemblea le istanze di Ammissione tra i Soci di ACCREDIA pervenute da parte delle Associazioni CONFIMEA e FEDERCEPICOSTRUZIONI.

La decisione di non ammettere l'Associazione CONFIMEA tra i Soci di ACCREDIA adottata dal Comitato Esecutivo e del Consiglio Direttivo, è stata esaminata e posta in votazione. Tale decisione è stata confermata in Assemblea dalla maggioranza, con due voti contrari e due astenuti.

Le valutazioni sull'istanza di FEDERCEPICOSTRUZIONI sono state molto simili. Anche in questo caso la decisione è stata assunta dal Consiglio Direttivo con una maggioranza quasi unanime (un voto contrario e nessuna astensione). Tale decisione è stata confermata dall'Assemblea, con due voti contrari e un'astensione.

b) Consiglio Direttivo (CD):

Nelle 9 date pianificate (10/02, 05/04, 03/05, 07/06, 19/07, 05/10, 26/10, 10/11, 15/12), le riunioni si sono svolte regolarmente.

È stata inoltre convocata per il 20/5 una riunione d'urgenza del Consiglio Direttivo, per approfondire dei documenti presentati in Assemblea da parte di alcuni Soci. A fronte della disponibilità della Commissione di Sorveglianza Interministeriale ad esaminare, insieme all'Ente, i documenti presentati nell'Assemblea di ACCREDIA, e tenuto conto delle difficoltà espresse da diversi Consiglieri per prendere parte alla riunione, la stessa è stata poi annullata e l'argomento posticipato alla successiva riunione di giugno.

Tra le attività del Consiglio Direttivo del 2022, si rilevano in particolare:

- nella prima riunione dell'anno il Consiglio Direttivo, definite le variazioni al Tariffario dell'Ente ha preso in considerazione l'ipotesi di devolvere i margini di Bilancio, a favore dei Soggetti Accreditati, in via diretta (*Rebate*), o destinando le somme a Progetti straordinari di Valorizzazione delle attività accreditate. La Regolamentazione di un Sistema di Devoluzione dei Margini di Bilancio a favore dei Soggetti Accreditati è stata poi deliberata dal Comitato Esecutivo e attuata a vantaggio dei CAB;
- nella riunione di aprile è stata esaminata e respinta la richiesta di ammissione tra i Soci di ACCREDIA di FEDERCEPICOSTRUZIONI;
- nella riunione di luglio è stata presentata ed accolta la richiesta di ammissione tra i Soci di ACCREDIA del Consiglio Nazionale dei Geologi;
- esame e approfondimento della lettera del 13 giugno 2022 della Commissione di Sorveglianza Interministeriale (CSI) su ACCREDIA che, pur dando atto all'Ente di aver operato in linea con le disposizioni normative, regolamentari e statutarie attualmente vigenti, ha posto all'attenzione del Consiglio Direttivo l'avvio di riflessioni su alcune tematiche sollevate da alcuni Soci;
- avvio, anche in risposta ad una delle sollecitazioni della CSI, della revisione del documento "*Linee Guida per il processo di valutazione delle richieste di ammissione di nuovi Soci Ordinari e delle richieste di partecipazione al Comitato di Indirizzo e Garanzia come Osservatori*", approvato dal Consiglio Direttivo di ACCREDIA il 10 ottobre 2017;
- aggiornamenti sulle disposizioni internazionali EA, IAF e ILAC relativamente alla guerra in Ucraina.

Le attività del Consiglio Direttivo sono state supportate e preparate regolarmente dal **Comitato Esecutivo (CE)**, riunitosi in data: 18/02, 25/03, 12/07, 19/09, 18/10, 29/11.

c) Comitato per l'Attività di Accredimento (CdA):

Nelle 8 date pianificate (01/02, 10/03, 21/04, 24/05, 05/07, 22/09, 27/10, 01/12), le riunioni si sono svolte regolarmente da remoto, con la possibilità, dalla metà dell'anno, di partecipare in presenza.

d) Comitato di Indirizzo e Garanzia

Le 5 riunioni calendarizzate (22/02, 24/03, 11/05, 27/09, 14/12) si sono svolte regolarmente da remoto con la possibilità, dalla metà dell'anno, di partecipare in presenza, sempre nel rispetto della legislazione vigente.

Il 24/03 si è tenuta una riunione informale del Comitato di Indirizzo e Garanzia, per approfondire la revisione del Regolamento per l'analisi di rischio per l'imparzialità e il relativo modulo di valutazione, entrambi oggetto di revisione generale. Il lavoro è stato molto accurato e ha visto un'elevata partecipazione.

I gruppi di lavoro del CIG hanno proseguito le attività regolarmente, principalmente da remoto. Per il dettaglio si veda il successivo §5.

e) Comitati Settoriali di Accreditamento

Le attività dei Comitati settoriali dei tre dipartimenti (CSA CI, CSA AR, CSA AG, CSA CPR, CSA DL, CSA DT) sono state condotte con regolarità. Tutte le riunioni sono state organizzate da remoto e in modalità mista e non sono emerse criticità nella conduzione e non ci sono stati impatti sulle delibere assunte.

f) Organismo di Vigilanza e Collegio Sindacale

Le riunioni si sono svolte con regolarità e, nel periodo di pandemia sono state organizzate in modalità da remoto, mista o in presenza, in funzione degli aspetti logistici e dell'andamento della pandemia.

g) Altri Comitati

Nel corso del 2022 per la **Commissione d'Appello** di ACCREDIA, per il **Comitato delle Amministrazioni Socie di ACCREDIA** e il **Collegio dei Probiviri** non si sono presentate esigenze di convocazione.

In data 01/02/2022 si è svolto il consueto **incontro tra rappresentanti di CD-CIG-CdA**.

h) Ammissione di nuovi Soci

Per quanto riguarda la compagine associativa, nel 2022 è stata approvata la richiesta di inserimento tra i Soci di ACCREDIA presentata dal Consiglio Nazionale dei Geologi. L'attuale numero dei Soci è passato dunque da 68 a 69.

È pervenuta anche una nuova domanda di adesione, da parte di FEDERCEPICOSTRUZIONI, la Federazione Nazionale delle Costruzioni.

È stata inoltre riesaminata e definitivamente respinta la domanda di adesione, già presentata nel corso del 2021, di CONFIMEA.

La decisione di non ammettere le due Associazioni tra i Soci di ACCREDIA è stata adottata dopo approfondita discussione da parte del Comitato Esecutivo e del Consiglio Direttivo, i quali hanno ritenuto non soddisfacenti gli elementi forniti dalle Organizzazioni richiedenti, per quanto riguarda il livello di rappresentatività, non essendoci dimostrazione oggettiva di una presenza diffusa a livello nazionale, né in ambiti istituzionali (CNEL e Camere di Commercio). Inoltre, non espongono nessuna iniziativa o documento che effettivamente e concretamente denotino sostegno o interesse verso l'accREDITamento e le relative valutazioni di conformità

i) Convenzioni/Protocolli di Intesa/Accordi di collaborazione

Per quanto riguarda le Convenzioni/Protocolli di Intesa/Accordi di collaborazione che ACCREDIA ha in essere, si rimanda all'elenco riportato in Allegato 2.

j) Commissione di Sorveglianza Interministeriale (CSI)

Nel 2022 si sono tenute 4 riunioni della CSI (30/03, 12/05, 05/10,14/12).

Come di consueto, ACCREDIA ha partecipato alla fase preliminare delle riunioni, fornendo aggiornamenti e chiarimenti ed inviando preliminarmente, su richiesta, documenti a supporto degli argomenti trattati.

Tra gli argomenti affrontati durante le riunioni, si evidenziano in particolare:

- questionario condotto dalla CSI sull'operato di ACCREDIA e sottoposto agli Organismi Notificati;
- aggiornamento del piano di sorveglianza su ACCREDIA.

La relazione annuale relativa all'andamento dell'anno precedente è stata regolarmente trasmessa alla CSI i primi di giugno 2022, a seguito del consolidamento dei dati di bilancio in Assemblea. Non sono state sollevate criticità.

Come indicato al precedente paragrafo relativo al CD, la CSI ha trasmesso ad ACCREDIA una lettera a giugno 2022, evidenziando alcuni spunti di riflessione. Tutti gli spunti sono stati presi in considerazione, riesaminati puntualmente e singolarmente approfonditi, dalla struttura di ACCREDIA, dal Comitato Esecutivo e dal Consiglio Direttivo. Come anticipato in una delle riunioni alla CSI, la risposta definitiva è stata condivisa anche con il Comitato di Indirizzo e Garanzia, per essere poi trasmessa alla CSI stessa a dicembre 2022. Inoltre, dando seguito agli impegni assunti con la risposta alla CSI, ACCREDIA si è attivata per la revisione del documento "*Linee Guida per il Processo di Valutazione delle Richieste di Ammissione di Nuovi Soci Ordinari e delle Richieste di Partecipazione al Comitato di Indirizzo e Garanzia come Osservatori*".

Infine, si riporta che, nel corso del 2022, ACCREDIA ha provveduto a trasmettere, oltre ai documenti previsti in attuazione del paragrafo 4 del Piano di Sorveglianza su Accredia, aggiornamenti e chiarimenti relativi a:

- documenti presentati all'Assemblea dei Soci: Bozze Statuto e Regolamento Generale di Applicazione dello stesso; Bilancio Consuntivo 2021; Budget Previsionale 2022; Relazione Annuale 2021; Programma di attività 2022;
- schemi proprietari approvati dal Consiglio Direttivo;
- esiti del questionario di *Customer Satisfaction* diffuso tra i CAB e un riepilogo degli spunti di miglioramento espressi;
- aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle verifiche e degli accreditamenti per l'ambito CPR;
- Verbali degli Organi di ACCREDIA (CdA, CD, CIG, CE, Assemblea).

k) Accredia Academy

Nel corso del 2022, è stato avviato un progetto di riorganizzazione e potenziamento delle attività di formazione erogate da ACCREDIA, scegliendo il modello della "Accredia Academy".

ACCREDIA svolge annualmente molteplici attività di formazione, sia interna verso i dipendenti, sia esterna verso gli stakeholders, partecipa ad iniziative convegnistiche sui temi dell'accreditamento e collabora sovente con alcune Università, con l'organo tecnico della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ITACA, con Enti di studio e ricerca, allo scopo di diffondere i principi dell'accreditamento e l'importanza della valutazione di conformità accreditata.

Le iniziative di formazione sono in costante aumento, parallelamente alla crescita dei Soggetti accreditati e all'allargamento dei campi in cui le valutazioni di conformità accreditate vengono apprezzate dal mercato, e/o imposte *ex lege*. Inoltre, l'uso del *webinar*, sempre più diffuso, e con modalità di collegamento che progressivamente migliorano, permette di potenziare la gestione dei corsi, modulando le singole iniziative.

Nell'ottica di razionalizzare e coordinare al meglio le attività di formazione che vedono ACCREDIA coinvolta, il modello della Academy, già ampiamente adottato dall'ente di accreditamento inglese UKAS, è apparso quello più adeguato, in quanto flessibile nei contenuti e nelle tempistiche.

È previsto per il mese di giugno 2023 un esperimento pilota per la Academy di ACCREDIA, con una *Summer School* del Dipartimento Laboratori di Taratura, in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Ricerca Metrologica, INRiM, con l'obiettivo di fornire le nozioni di base per una corretta attività di taratura.

5 RAPPORTO CON GLI STAKEHOLDERS

ACCREDIA è particolarmente attenta alle relazioni con gli Stakeholders, che sono individuati nelle seguenti categorie:

1. **Soggetti accreditati:** le associazioni degli Organismi di Certificazione ed Ispezione, Laboratori di prova e di Taratura, sono state coinvolte nelle attività dell'Ente a diversi livelli di partecipazione, intervenendo attraverso la partecipazione agli Organi e ad appositi gruppi di lavoro.
2. **Pubblica Amministrazione e Rappresentanze di Categoria,** in base ad un loro crescente coinvolgimento per la definizione delle politiche dell'Ente e alla luce delle sinergie tra strumenti di valutazione della conformità e funzioni proprie della Pubblica Amministrazione prospettate dal nuovo Regolamento europeo.

Sia nell'ambito delle attività degli Organi sociali, sia attraverso incontri ad hoc in sedi specifiche, sono stati allacciati rapporti sempre più significativi con le rappresentanze pubbliche e di categoria, con un crescente coinvolgimento per la definizione delle politiche dell'Ente, alla luce delle sinergie tra strumenti di valutazione della conformità e funzioni proprie della Pubblica Amministrazione.

5.1 CIG E GRUPPI DI LAVORO

Nell'ambito della salvaguardia dell'imparzialità riveste particolare importanza l'attività del **Comitato di Indirizzo e Garanzia (CIG)**, che si riunisce periodicamente con il compito di esprimere il contributo dei Soci di ACCREDIA e delle altre parti interessate alla "formulazione degli indirizzi operativi ed al buon funzionamento dell'Ente di Accreditamento, onde assicurare la competenza, la trasparenza e l'imparzialità del suo operato, così come prescritto dalla normativa applicabile" (art. 19 dello Statuto di ACCREDIA).

Relativamente ai **gruppi di lavoro del CIG** e alle attività da essi derivate, si riporta di seguito una sintesi.

1) Gruppo di Lavoro "ECI_LPP" (Estensione Conflitto di Interesse per Laboratori-Prodotti-Persone)

In continuità con i lavori del 2021, nel corso del 2022 il GdL ha sviluppato il documento:

- Raccomandazioni espresse dal Comitato di Indirizzo e Garanzia di ACCREDIA in relazione alla definizione di criteri omogenei per la verifica di alcuni requisiti della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018, in sede di valutazione e sorveglianza dei Laboratori di Prova e dei Laboratori di taratura accreditati.

Il documento è stato sviluppato congiuntamente per i laboratori di prova e taratura, per i quali si applica la medesima norma di riferimento, coinvolgendo i dipartimenti DL e DT, è stato approvato nella seduta plenaria del CIG del 27 settembre ed è stato programmato per gennaio 2023 un webinar di presentazione.

Il GdL ha inoltre avviato una riflessione sulla norma ISO/IEC 17029 "Valutazione della conformità - Principi e requisiti generali per gli organismi di validazione e verifica". Essendo lo schema ancora in una fase iniziale, con casistiche limitate, si è deciso di posticipare l'analisi a una fase successiva.

2) Gruppo di Lavoro "C_FFPP" (Certificazioni delle Figure Professionali)

In linea con quanto previsto dal DP2021-2023, a marzo 2022 è stato istituito questo GdL, con gli obiettivi di:

- esaminare lo stato di attuazione della legge 4/2013 evidenziando potenziali criticità da risolvere, in particolare per i riflessi su attività professionali regolamentate;
- elaborare un position paper per un'ulteriore valorizzazione delle certificazioni delle persone, anche attraverso forme di riconoscimento pubbliche.

Il GdL si è riunito 4 volte nel 2022, ed ha sviluppato il documento "*Certificazioni delle professioni - informazioni e chiarimenti*", che fornisce un inquadramento generale delle attività di certificazione delle persone e delle competenze, in ambito pubblico e privato, evidenziandone criticità e opportunità.

Sulla scorta delle discussioni in seno al GdL e a un incontro con il MiSE, ACCREDIA ha inviato prima della chiusura estiva una lettera al Ministero, con la richiesta di chiarire quattro punti, in relazione ai contenuti della circolare MiSE riferita alla legge n. 4/2013.

Nella riunione del CIG del 27 settembre 2022 è stato presentato il documento suddetto e, in assenza di ulteriori aggiornamenti da parte del MiSE, le attività del GdL sono state sospese.

L'attenzione sull'argomento è costantemente mantenuta attraverso la Cabina di Regia UNI (CdR) sulle professioni, cui partecipa anche ACCREDIA, svolgendo un ruolo fondamentale di monitoraggio e aggiornamento.

3) Gruppo di Lavoro "RSS" (Responsabilità Sociale e Sostenibilità)

In linea con quanto previsto dal DP2021-2023, a marzo 2022 è stato istituito un GdL, con gli obiettivi di:

- effettuare una ricognizione dei vari schemi – accreditati e non - che si richiamano alla sostenibilità;
- far emergere criticità ed opportunità dei processi di certificazione – accreditate e non – per un eventuale "position paper";
- valutare eventuali criteri aggreganti o selettivi per i vari schemi proprietari, con la possibile riconduzione verso i canali normativi tradizionali.

I lavori del Gruppo, che ha anche esaminato le Certificazioni della Responsabilità Sociale basate sulla UNI EN ISO 26000 o SA 8000, si sono sviluppati attraverso 3 incontri, nel 2022 e si sono conclusi con la definizione del documento: "*Elementi minimi degli schemi di valutazione della conformità in ambito Responsabilità Sociale e Sostenibilità*" presentato al CIG nella riunione plenaria del 27 settembre 2022, ed approvato.

4) Gruppo di Lavoro "VSA_DP_2021-2023" (Valutazione Stato Attuazione Documento di Programma 2021-2023)

Il gruppo di lavoro è stato istituito nell'ultimo trimestre del 2022, con l'obiettivo di riesaminare e condividere la relazione di medio termine del DP 2021-2023, prima della presentazione al CIG in riunione plenaria.

Si è svolta una riunione del GdL in data 16/11.

Il documento finale è stato approvato come Documento di Programma 2021-2023 (DP) dal CIG in seduta plenaria il 14 dicembre.

5.2 INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION

Nel periodo aprile-maggio 2022 è stata condotta l'**Indagine di Customer Satisfaction** rivolta a tutti i soggetti accreditati. Dal 2018, su espressa richiesta del CIG, la consultazione viene svolta in modo anonimo, per consentire massima libertà di espressione ai partecipanti.

Come nel 2020, l'indagine è stata sviluppata considerando n. 6 aree di interesse: Costi/Tempi, Promozione accreditamento, Sito Web, Team ispettivo, gestione dell'emergenza sanitaria, Altro.

Gli esiti sono stati molto positivi e non hanno rilevato particolari aree di criticità. Gli spunti di miglioramento e i commenti aperti sono stati tutti raccolti, suddivisi per dipartimenti/funzioni e valutati singolarmente, per le opportune azioni a seguire. Nel corso del 2022 è stato dato ampio seguito a tali spunti di miglioramento, con continuo monitoraggio da parte dei dipartimenti delle azioni a seguire.

L'indagine di *Customer Satisfaction* viene condotta su base biennale. Il prossimo lancio è pianificato per il 2024. A tal riguardo, è stato attivato un apposito gruppo di lavoro del CIG, per riesaminare il questionario e valutare eventuali aggiornamenti o integrazioni delle domande, allo scopo di ottenere informazioni di ritorno sempre più significative e rappresentative.

5.3 COINVOLGIMENTO NEL PROCESSO DI REVISIONE DEI REGOLAMENTI

Come ulteriore elemento di coinvolgimento delle parti interessate, si ricorda il costante coinvolgimento delle Associazioni dei CAB nel processo di revisione dei Regolamenti per l'accreditamento, mediante la partecipazione diretta a gruppi di lavoro, organizzazione di workshop tematici su specifici requisiti e/o trasmissione delle bozze dei Regolamenti per raccolta di eventuali commenti.

6 INDICATORI: PRESENTAZIONE DELLE RISULTANZE E RELATIVE ANALISI

Di seguito si riporta un estratto del Piano di Sorveglianza su ACCREDIA approvato dalla CSI nella riunione del 12 maggio 2022, per la definizione degli indicatori, che possono essere specializzati per Dipartimento e/o settore e/o schema di accreditamento:

- A. in riferimento ad un dato periodo (trimestrale o semestrale o annuale) e alle specifiche richieste di accreditamento presentate nello stesso periodo: rapporto tra n. di accreditamenti rilasciati e n. di accreditamenti richiesti; rapporto tra n. di accreditamenti negati e n. di accreditamenti richiesti; rapporto tra n. di accreditamenti non rilasciati per altre motivazioni e n. di accreditamenti richiesti;
- B. in riferimento ad un dato periodo (trimestrale o semestrale o annuale) e alle specifiche richieste di rinnovo di accreditamento presentate nello stesso periodo: rapporto tra n. di rinnovi rilasciati e n. di rinnovi richiesti; rapporto tra n. di rinnovi negati e n. di rinnovi richiesti; rapporto tra n. di rinnovi non rilasciati per altre motivazioni e n. di rinnovi richiesti;
- C. tempo medio di rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO per Dipartimento e/o settore e/o schema di accREDITAMENTO e delle unità di personale (amministrativi e ispettori) direttamente impiegati nel rilascio stesso;
- D. costo medio di rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO per Dipartimento e/o settore e/o schema di accREDITAMENTO e delle unità di personale (amministrativi e ispettori) direttamente impiegati nel rilascio stesso;
- E. rapporto tra il numero di ispettori impiegati nella sorveglianza e il numero degli organismi da sorvegliare (riferimento annuale);
- F. tempo medio della sorveglianza per Dipartimento e/o settore e/o schema di accREDITAMENTO e delle unità di personale (amministrativi e ispettori) direttamente impiegati;
- G. costo medio della sorveglianza per Dipartimento e/o settore e/o schema di accREDITAMENTO e delle unità di personale (amministrativi e ispettori) direttamente impiegati;
- H. confronto con analoghi indicatori, qualora disponibili, comuni a tutti gli organismi nazionali degli Stati membri sulle voci di cui ai punti precedenti.

Gli indicatori di cui alle lett. a) e b) sono significativi dell'efficacia dell'attività di accreditamento. Infatti, individuato un certo numero di richieste (primo accreditamento o rinnovo), si individua la frazione di quelle che vanno a buon fine o meno. Ciò dipendentemente dalle capacità e competenze dimostrate dall'organismo istante. Elevati valori di tali indicatori dimostrano che i richiedenti possiedono preparazione e competenze idonee ad ottenere l'accREDITAMENTO o rinnovo e che a monte è stata svolta e recepita una adeguata comunicazione e diffusione della cultura dell'accREDITAMENTO.

Gli indicatori di cui alle successive lettere c) e d) fanno riferimento alla efficienza in riferimento al tempo e al costo delle risorse mediamente impegnate per il rilascio e il rinnovo dell'accREDITAMENTO.

L'indicatore di cui alla lettera e) esprime l'impegno di unità di personale (ispettori) utilizzato per la sorveglianza. Gli indicatori di cui alle lettere f) e g) sono espressione dell'efficienza in riferimento al tempo e al costo delle risorse mediamente impegnate per le visite di sorveglianza.

6.1 CALCOLO DEGLI INDICATORI

Di seguito sono riportate le elaborazioni predisposte per i singoli Dipartimenti. Poiché con la revisione del piano di sorveglianza su ACCREDIA alcuni indicatori sono stati riformulati o aggiunti, il trend dell'ultimo triennio (2022-2020) viene riportato solo per gli indicatori già esistenti nel piano precedente.

Si precisa che:

- per gli **indicatori D e G**, relativi al costo medio di rilascio/rinnovo e di sorveglianza, si rimanda alla relazione sui costi dell'Ente Italiano di Accreditamento per l'anno 2022.
- Per l'**indicatore H**, relativo al confronto con analoghi indicatori, qualora disponibili, comuni a tutti gli Organismi nazionali degli Stati membri, ad oggi l'unico documento ufficiale disponibile è rappresentato dallo studio di Benchmarking tra enti di accreditamento, conclusosi nel 2021 e già trasmesso alla Commissione.

6.1.1 Dipartimento DC

INDICATORE A - DC				
A1	N° di accreditamenti richiesti nell'anno	72	Valore anno 2021 = 86 Valore anno 2020 = 48	
A2	N° di accreditamenti rilasciati nell'anno	99 (145 nel 2021)	Rapporto tra A2 e A1: Valore anno 2022 = 137,5% Valore anno 2021 = 169% Valore anno 2020 = 273%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche aperte negli anni precedenti.</i>
A3	N° di accreditamenti negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	0 (0 nel 2021)	Rapporto tra A3 e A1: Valore anno 2022 = 0% Valore anno 2021 = 0% Valore anno 2020 = 2%	<i>Nota: il dato si riferisce alla totalità dei nuovi accreditamenti presentati in CSA (indipendentemente dalla data di presentazione della DA)</i>
A4	N° di accreditamenti non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (pratiche decadute)	6 (1 nel 2021)	Rapporto tra A4 e A1: Valore anno 2022 = 8,3% Valore anno 2021 = 1,2% Valore anno 2020 = 0%	<i>Nota: il dato si riferisce a domande di accreditamento avviate negli anni 2018 e 2019 e non concluse, che sono state dichiarate decadute nell'anno di riferimento (2022).</i>

INDICATORE B - DC				
B1	N° di rinnovi richiesti nell'anno	N.A.	Non è prevista dai Regolamenti applicabili al Dipartimento DC, la presentazione della domanda di rinnovo.	Rinnovi previsti nel 2022: 145 Rinnovi previsti nel 2021: 179
B2	N° di rinnovi rilasciati nell'anno	179 (187 nel 2021)	Rapporto tra B2 e B1 Valore anno 2022 = 123,4% Valore anno 2021 = 104,5% Valore anno 2020 = 83%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche di rinnovo iniziate negli anni precedenti.</i>
B3	N° di rinnovi negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	0 (0 nel 2021)	Rapporto tra B3 e B1 Valore anno 2022 = 0% Valore anno 2021 = 0% Valore anno 2020 = 0%	
B4	N° di rinnovi non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (rinunce e revoche)	4 (2 nel 2021)	Rapporto tra B4 e B1 Valore anno 2022 = 2,8% Valore anno 2021 = 1,1% Valore anno 2020 = 5%	<i>Nota: il dato include i trasferimenti di titolarità accreditamento ad altro soggetto</i>

INDICATORE C - DC				
C1	Tempo medio tra ricezione DA e concessione dell'accREDITAMENTO	9 mesi	Valore anno 2021 = 6,5 mesi Valore anno 2020 = 8,5 mesi	<i>Si precisa che all'interno del calcolo non sono state considerate alcune pratiche dell'area regolamentata, in quanto le stesse sono state processate in funzione della scadenza temporale del relativo decreto autorizzativo.</i>
C2	Unità di personale impiegato nel rilascio accREDITAMENTO	1 Funzionario Tecnico, almeno 2 Ispettori per la verifica iniziale e 1 Ispettore per ogni verifica in accompagnamento nei settori IAF/ tipologie di prodotti/figure professionali/ Direttive e attività ispettive richieste.	Valore per gli anni 2021 e 2020: come indicato nella cella a fianco.	
C3	Tempo medio tra ricezione DA e	Non applicabile	In base alla procedura di accREDITAMENTO del	<i>Corrisponde all'indicatore D1</i>

INDICATORE C - DC				
	concessione di rinnovo		Dipartimento il rinnovo degli accreditamenti viene concesso all'incirca 1 mese e mezzo prima della scadenza degli stessi Valore anni 2021 e 2020: non applicabile per le medesime ragioni sopra riportate.	delle precedenti relazioni
C4	Unità di personale impiegato nel rilascio del rinnovo accreditamento	1 Funzionario Tecnico, 1 Ispettore per l'Esame Documentale e mediamente 2 Ispettori per la verifica di rinnovo.	Valore per gli anni 2021 e 2020: come indicato nella cella a fianco.	Corrisponde all'indicatore D2 delle precedenti relazioni

INDICATORE E - DC				
E1	N° di ispettori complessivamente impiegati nelle visite di sorveglianza (espresso come giorni uomo impiegati)	7.800	Valore anno 2021 = 6.988 Valore anno 2020 = 5.786	Nota: il dato si riferisce alla totalità delle visite, inclusi gli esami documentali (e non solamente alle sorveglianze), in quanto il sistema informativo non consente una chiara distinzione. Essendo l'indicatore stato introdotto a metà del 2022, si sta implementando per il 2023 la modifica del sistema gestionale, per l'estrazione dei dati relativi alle sole sorveglianze. Si precisa che, anche a livello procedurale, non ci sono differenze significative tra le diverse tipologia di verifica.
E2	N° di visite di sorveglianza effettuate nell'anno	2.645	Valore anno 2021 = 2.609 Valore anno 2020 = 2.109	
E3	Rapporto tra E1 e E2	In una verifica sono mediamente impiegati 2,9 Ispettori.	Valore anno 2021 = 2,7 Valore anno 2020 = 2,7	

INDICATORE F - DC			
F1	Tempo medio sorveglianza	Non applicabile	<i>In base alla procedura di accreditamento del Dipartimento la sorveglianza è pianificata ad inizio anno con l'emissione dei preventivi, secondo la scadenza derivante dalla delibera di accreditamento/rinnovo, in accordo a quanto previsto dai regolamenti per l'accreditamento.</i>
F2	Unità di personale impiegato nella sorveglianza	1 Funzionario Tecnico e mediamente 2 Ispettori oppure 1 ispettore e 1 esperto tecnico per la verifica di sorveglianza.	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore</i>
F3	Numero Sorveglianza pianificate 2022	948	
F4	Numero Sorveglianza non eseguite perché posticipate (sospensioni, rinunce,...)	50	<i>Si precisa che nel conteggio non sono state considerare le verifiche a sedi estere/periferiche in quanto la sede principale dell'Organismo è stata comunque verificata nell'anno.</i>
F5	Rapporto F4/F3	5,3%	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore</i>

6.1.2 Dipartimento DL

INDICATORE A - DL				
A1	N° di accreditamenti richiesti nell'anno	65	Valore anno 2021 = 95 Valore anno 2020 = 78	
A2	N° di accreditamenti rilasciati nell'anno	88 (75 nel 2021)	Rapporto tra A2 e A1: Valore anno 2022 = 135% Valore anno 2021 = 79% Valore anno 2020 = 83%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche aperte anche negli anni precedenti.</i>
A3	N° di accreditamenti negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	11 (8 nel 2021)	Rapporto tra A3 e A1: Valore anno 2022 = 16,9% Valore anno 2021 = 8,4% Valore anno 2020 = 6,4%	<i>Nota: il dato si riferisce alla totalità dei nuovi accreditamenti presentati in CSA (indipendentemente dalla data di presentazione della DA)</i>
A4	N° di accreditamenti non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (pratiche decadute)	11 (10 nel 2021)	Rapporto tra A4 e A1: Valore anno 2022 = 16,9% Valore anno 2021 = 10,5% Valore anno 2020 = 7,7%	<i>Nota: il dato si riferisce a domande di accreditamento avviate negli anni precedenti e non concluse, che sono state dichiarate decadute nell'anno di riferimento (2022).</i>

INDICATORE B - DL				
B1	N° di rinnovi richiesti nell'anno	300	Valore anno 2021 = 313 Valore anno 2020 = 277 Valore anno 2019 = 258	<i>Le domande di rinnovo variano in funzione delle scadenze degli accreditamenti (la domanda deve essere presentata circa 8 mesi prima della scadenza.</i>
B2	N° di rinnovi rilasciati nell'anno	314 (288 nel 2021)	Rapporto tra B2 e B1 Valore anno 2022 = 104,7% Valore anno 2021 = 92% Valore anno 2020 = 93,9%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche di rinnovo iniziate nell'anno precedente.</i>
B3	N° di rinnovi negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	9 (7 nel 2021)	Rapporto tra B3 e B1 Valore anno 2022 = 3,0% Valore anno 2021 = 2,2% Valore anno 2020 = 1,1%	

INDICATORE B - DL				
B4	N° di rinnovi non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (rinunce e revoche)	4 (11 nel 2021)	Rapporto tra B4 e B1 Valore anno 2022 = 1,3% Valore anno 2021 = 3,5% Valore anno 2020 = 17,0%	<i>Nota: il dato include sia accreditamenti scaduti e non rinnovati, sia revoche in fase di rinnovo</i>

INDICATORE C - DL				
C1	Tempo medio tra ricezione DA e concessione dell'accREDITAMENTO	7,8 mesi	Valore anno 2021 = 7,9 mesi Valore anno 2020 = 7,8 mesi	
C2	Unità di personale impiegato nel rilascio accREDITAMENTO	1 Funzionario Tecnico, mediamente 2 ispettori (1 sistemista + 1 tecnico) + 1 ulteriore ispettore tecnico per ciascun settore di prova (es. chimica, microbiologia, ecc.)	Valore per gli anni 2021 e 2020: come indicato nella cella a fianco.	
C3	Tempo medio tra ricezione DA e concessione del ri-accREDITAMENTO	6,8 mesi	Valore anno 2021 = 7 mesi Valore anno 2020 = 4,9 mesi	<i>Corrisponde all'indicatore D1 delle precedenti relazioni</i>
C4	Unità di personale impiegato nel rilascio del rinnovo accREDITAMENTO	1 Funzionario Tecnico, mediamente 2 ispettori (1 sistemista + 1 tecnico) + 1 ulteriore ispettore tecnico per ciascun settore di prova (es. chimica, microbiologia, ecc.)	Valore per gli anni 2021 e 2020: come indicato nella cella a fianco.	<i>Corrisponde all'indicatore D2 delle precedenti relazioni</i>

INDICATORE E - DL				
E1	N° di ispettori complessivamente impiegati nelle visite di sorveglianza (espresso come giorni uomo impiegati)	2.643	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore (gli anni precedenti era calcolato sulla totalità delle visite).</i>	

INDICATORE E - DL			
E2	N° di visite di sorveglianza effettuate <i>(Incluse le sorveglianze non programmate)</i>	1.014	
E3	Rapporto tra E1 e E2	In una verifica di sorveglianza sono mediamente impiegati 2,6 Ispettori.	

INDICATORE F - DL			
F1	Tempo medio sorveglianza	Non applicabile	<i>In base alla procedura di accreditamento del Dipartimento la sorveglianza è attivata circa tre mesi prima della scadenza derivante dalla delibera di accreditamento/rinnovo/mantenimento, in accordo a quanto previsto dai regolamenti per l'accreditamento.</i>
F2	Unità di personale impiegato nella sorveglianza	1 Funzionario Tecnico, 2 Ispettori per l'Esame Documentale e mediamente 2 Ispettori per la verifica in campo	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore</i>
F3	Numero Sorveglianza pianificate 2022	1.035	
F4	Numero Sorveglianza non eseguite perché posticipate (sospensioni, rinunce,...)	90	Delle 90 sorveglianze non eseguite nel 2022: 81 posticipate al 2023 9 non eseguite per rinuncia/revoca
F5	Rapporto F4/F3	8,7%	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore</i>

6.1.3 Dipartimento DT

INDICATORE A - DT				
A1	N° di accreditamenti richiesti nell'anno	6	Valore anno 2021=9 Valore anno 2020 = 10 Valore anno 2019 = 21	
A2	N° di accreditamenti rilasciati nell'anno	9 (11 nel 2021)	Rapporto tra A2 e A1: Valore anno 2022 = 150% Valore anno 2021 = 122% Valore anno 2020 = 130%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche aperte anche negli anni precedenti.</i>
A3	N° di accreditamenti negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	0 (0 nel 2021)	Rapporto tra A3 e A1: Valore anno 2022 = 0% Valore anno 2021 = 0% Valore anno 2020 = 0%	<i>Nota: il dato si riferisce alla totalità dei nuovi accreditamenti presentati in CSA (indipendentemente dalla data di presentazione della DA)</i>
A4	N° di accreditamenti non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (rinunce/chiusure)	7 (1 nel 2021)	Rapporto tra A4 e A1: Valore anno 2022 = 117% Valore anno 2021 = 11% Valore anno 2020 = 10%	<i>Nota: il dato si riferisce a domande di accreditamento avviate negli anni precedenti e non concluse, che sono state dichiarate decadute nell'anno di riferimento (2022).</i>

INDICATORE B - DT				
B1	N° di rinnovi richiesti nell'anno	18	Valore anno 2021 = 66 Valore anno 2020 = 36 Valore anno 2019 = 40	<i>Nel 2022 c'erano 51 rinnovi in scadenza, ma per molti di essi la relativa domanda è pervenuta già nel 2021</i>
B2	N° di rinnovi rilasciati nell'anno	55 (57 nel 2021)	Rapporto tra B2 e B1 Valore anno 2022 = 305,6% Valore anno 2021 = 86% Valore anno 2020 = 92%	<i>Nota: il rapporto è >100% perché gli accreditamenti rilasciati nell'anno derivano anche da pratiche di rinnovo iniziate negli anni precedenti.</i>
B3	N° di rinnovi negati nell'anno (richiesta verifiche supplementari)	0 (0 nel 2021)	Rapporto tra B3 e B1 Valore anno 2022 = 0% Valore anno 2021 = 0% Valore anno 2020 = 0%	

INDICATORE B - DT				
B4	N° di rinnovi non rilasciati nell'anno per altre motivazioni (rinunce e revoche)	2 (0 nel 2021)	Rapporto tra B4 e B1 Valore anno 2022: 11% Valore anno 2021 = 0% Valore anno 2020 = 17%	

INDICATORE C - DT				
C1	Tempo medio tra ricezione DA e concessione dell'accREDITAMENTO	17 mesi	Valore anno 2021 = 15 mesi Valore anno 2020 = 14 mesi	
C2	Unità di personale impiegato nel rilascio accREDITAMENTO	1 Funzionario Tecnico, mediamente 2 ispettori (1 sistemista + 1 tecnico) + 1 ulteriore ispettore tecnico per ciascun settore di accREDITAMENTO	Valore per gli anni 2020 e 2019: come indicato nel box a fianco.	
C3	Tempo medio tra ricezione DA e concessione del ri-accREDITAMENTO	7 mesi	Valore anno 2021 = 7 mesi Valore anno 2020 = 7 mesi	<i>Corrisponde all'indicatore D1 delle precedenti relazioni</i>
C4	Unità di personale impiegato nel rilascio del rinnovo accREDITAMENTO	1 Funzionario Tecnico, mediamente 2 ispettori (1 sistemista + 1 tecnico) + 1 ulteriore ispettore tecnico per ciascun settore di accREDITAMENTO	Valore Anni 2021 e 2020: come indicato nel box a fianco.	<i>Corrisponde all'indicatore D2 delle precedenti relazioni</i>

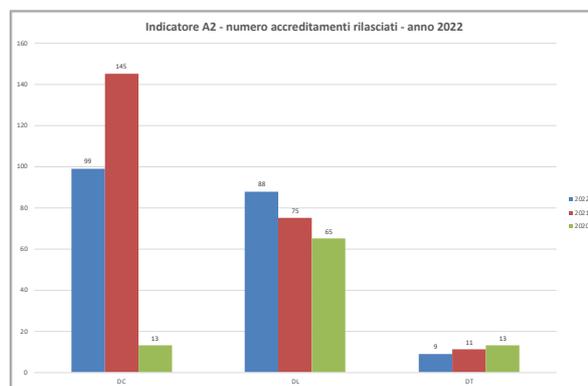
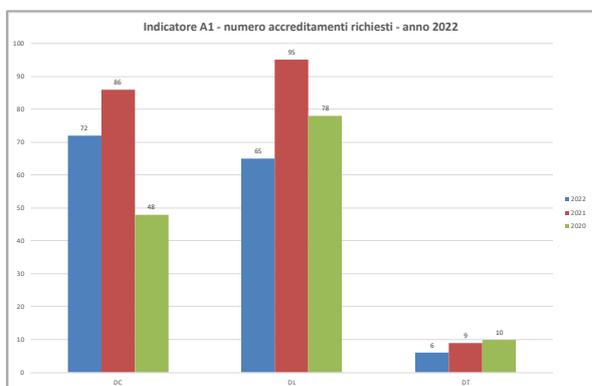
INDICATORE E - DT				
E1	N° di ispettori complessivamente impiegati nelle visite di sorveglianza (espresso come giorni uomo impiegati)	305,5	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore (gli anni precedenti era calcolato sulla totalità delle visite).</i>	
E2	N° di visite di sorveglianza effettuate <i>(Incluse le sorveglianze non programmate)</i>	131		

INDICATORE E - DT			
E3	Rapporto tra E1 e E2	In una verifica sono mediamente impiegati 2,3 ispettori.	

INDICATORE F - DT			
F1	Tempo medio sorveglianza	Non applicabile	<i>In base alla procedura di accreditamento del Dipartimento, il preventivo viene emesso tre mesi prima della data prevista della sorveglianza pianificata per il quadriennio nell'ambito dell'Accreditamento o del Rinnovo dell'accreditamento.</i>
F2	Unità di personale impiegato nella sorveglianza	1 Funzionario Tecnico, 1 Ispettore di sistema e 1 Ispettore tecnico	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore.</i>
F3	Numero Sorveglianza pianificate 2022	114	
F4	Numero Sorveglianza non eseguite perché posticipate (sospensioni, rinunce,...)	8	Delle 8 sorveglianze non eseguite nel 2022: 5 posticipate al 2023; 2 non eseguite per rinuncia; 1 non eseguita per autosospensione
F5	Rapporto F4/F3	7%	<i>Non disponibile il confronto con gli anni precedenti, in quanto trattasi di nuovo indicatore</i>

6.2 ANALISI DELLE RISULTANZE

6.2.1 Indicatori A: numero accreditamenti

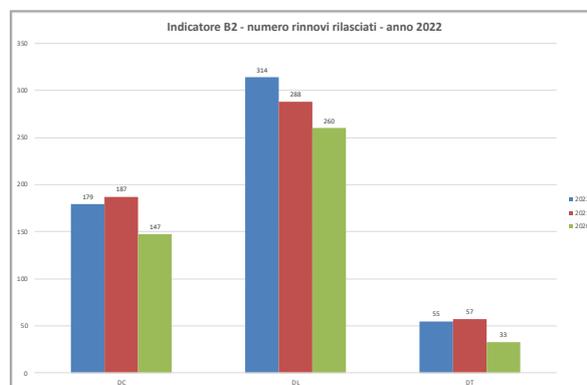
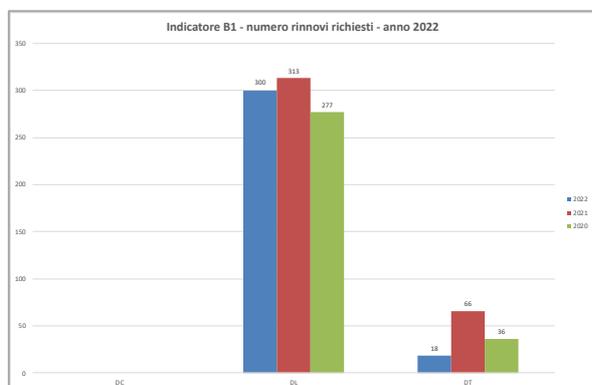


Dall'andamento dell'indicatore A1 si rileva una flessione negativa per tutti i dipartimenti, principalmente attribuibile al fatto che nuovi settori di accreditamento si erano avviati o avevano avuto un picco nel 2021 (fitopatologia, forense, CPR).

Analoga flessione è rappresentata anche dall'indicatore A2 per DC e DT, mentre per DL si nota un aumento, derivante dal conseguimento dell'accREDITAMENTO da parte di Laboratori che avevano presentato domanda anche negli anni precedenti.

Riguardo l'iter di concessione dell'accREDITAMENTO è importante evidenziare che le tempistiche dipendono principalmente dai tempi di risposta degli Organismi/laboratori e che spesso è necessario ripetere più volte l'esame documentale, prima della visita di valutazione. Tale processo richiede mediamente diversi mesi e spesso non si conclude all'interno dell'anno solare. I valori degli indicatori A e i relativi rapporti riportati nelle tabelle dei tre dipartimenti, pertanto, derivano da processi avviati anche negli anni precedenti.

6.2.2 Indicatori B: numero rinnovi

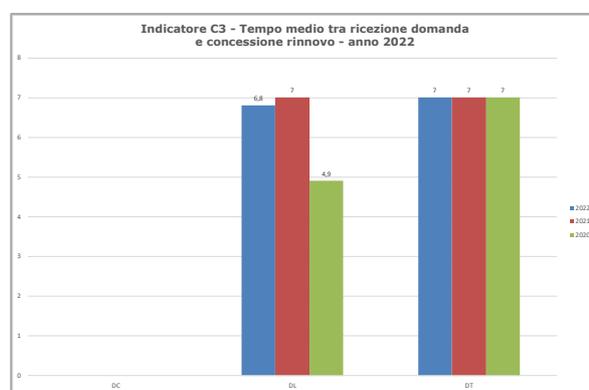
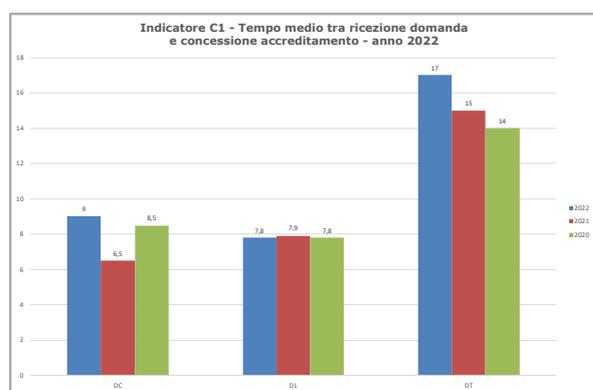


Relativamente all'indicatore B1, si precisa che per il Dipartimento DC non è applicabile, in quanto non è prevista la presentazione della domanda di rinnovo. Per il DL si rileva un lieve aumento mentre per DT una lieve diminuzione.

L'indicatore B2 presenta valori in aumento per il DL e in lieve riduzione per DC e DT. Si segnala comunque, in generale, che l'andamento delle domande e delle concessioni dei rinnovi di accreditamenti varia annualmente, in relazione alle scadenze dei cicli di accreditamento.

In merito ai mancati rinnovi, con particolare riferimento all'indicatore B4, si segnala che le motivazioni dipendono principalmente da: rinuncia a singoli accreditamenti della stessa ragione sociale, per confluire in un accreditamento multisito, superamento del termine del periodo di sospensione e, seppur in casi limitati, rinuncia per ragioni economiche.

6.2.3 Indicatori C: tempo medio concessione e rinnovo accreditamento



L'indicatore C1, relativo ai tempi medi di gestione delle pratiche di accreditamento, mostra un dato sostanzialmente stabile per il DL e un lieve aumento per DC e DT.

Tale indicatore (espresso in mesi) fornisce un valore di riferimento per il processo di accreditamento, ma è sensibilmente influenzato dai tempi di risposta dei CAB (ad esempio per DL e DT, i Laboratori, in fase di analisi documentale, possono rispondere fino a 8-12 mesi dalla richiesta di adeguamento).

L'indicatore C3 non è comparabile tra il Dipartimento DC e gli altri Dipartimenti, in quanto per il DC non è prevista la presentazione di una domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO. Per DL e DT il valore è allineato all'anno precedente. Occorre precisare che i regolamenti per l'accREDITAMENTO dei Laboratori di prova e di taratura prevedono che la domanda di rinnovo sia presentata almeno 8 mesi prima della scadenza, pertanto il valore dell'indicatore è sensibilmente influenzato da tale requisito.

6.2.4 Indicatori E: numero sorveglianze e ispettori impiegati

Gli indicatori E sono stati riformulati rispetto agli anni precedenti, circoscrivendoli alle sole visite di sorveglianza, pertanto non è possibile un confronto degli andamenti.

Come evidenziato nelle tabelle del capitolo precedente, per il dipartimento DC, non è stato possibile estrapolare il dato delle sole visite di sorveglianza, in quanto l'indicatore è stato introdotto con il Piano di sorveglianza di maggio 2022, e il sistema informatico non consentiva una chiara distinzione delle singole attività (in particolare nel caso di verifiche di *governance*, o di verifiche accorpate per più schemi). Per il 2023 si sta implementando una modifica del gestionale, per consentire l'estrazione dei dati relativi alle sole sorveglianze.

6.2.5 Indicatori F: tempo medio sorveglianze

Gli indicatori F sono stati introdotti con il Piano di sorveglianza di maggio 2022, pertanto non è possibile un confronto con gli anni precedenti.

Relativamente all'indicatore F1, come indicato nelle tabelle del capitolo precedente, non è possibile un calcolo rigoroso delle tempistiche del processo, in quanto le sorveglianze sono cadenzate in base alla periodicità stabilita dai Comitati Settoriali di Accreditamento. Ciascun dipartimento gestisce lo scadenziario e, in funzione delle procedure specifiche per schema di accreditamento, pianifica l'incarico del team ispettivo e l'effettuazione delle visite.

Il rispetto delle scadenze di sorveglianza è monitorato costantemente dall'ufficio tecnico, attraverso funzioni di *alert* del sistema informatico ed eventuali posticipi rispetto alla scadenza devono essere autorizzati dalle Direzioni di Dipartimento.

Come evidenziato nelle tabelle, l'indicatore F4 indica la totalità delle sorveglianze non eseguite nell'anno di riferimento. Tuttavia, la maggior parte di queste derivano da un posticipo al 2023 delle verifiche cadenzate a fine 2022.

7 GESTIONE RECLAMI/RICORSI

7.1 GESTIONE DI RECLAMI/SEGNALAZIONI

La reputazione di Accredia presso i soggetti accreditati e gli stakeholder è basata su un processo di miglioramento continuo delle attività, di cui è parte fondamentale la gestione dei reclami e delle segnalazioni.

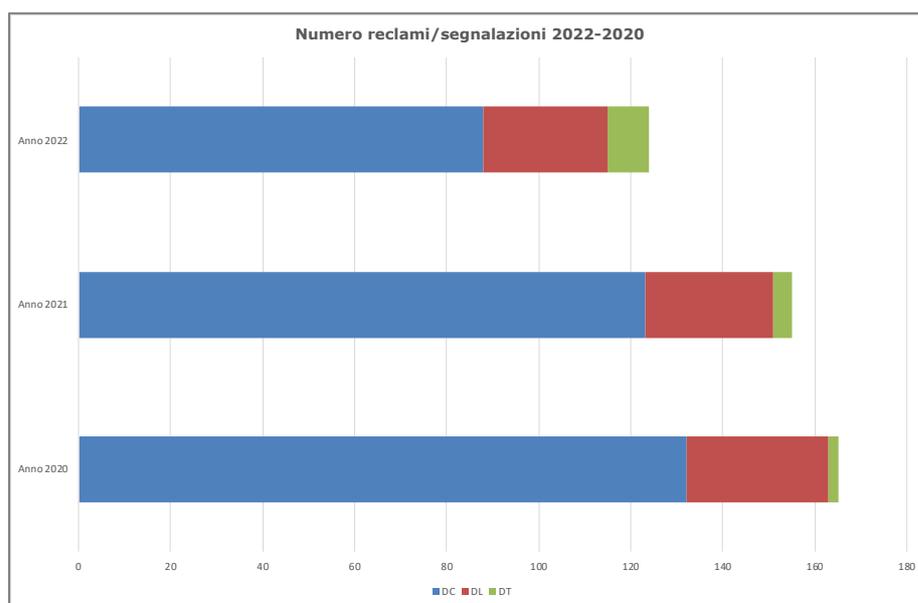
L'analisi dei reclami e delle segnalazioni dal mercato comporta sempre un esame rigoroso delle responsabilità di ACCREDIA, al fine di individuare i relativi trattamenti da attuare, l'analisi delle cause e le conseguenti azioni correttive.

Per tutti i Dipartimenti di ACCREDIA, i reclami/segnalazioni sono stati gestiti in accordo alla procedura interna PG-10 e si è proceduto ad analizzare approfonditamente aspetti ricorrenti nei reclami/segnalazioni riferiti a medesimi CAB.

Nel 2022 è stata formalizzata anche per i Dipartimenti Laboratori di prova e Laboratori di taratura la figura di "addetto ai reclami", già prevista per il Dipartimento Certificazione e Ispezione.

Di seguito si riporta una tabella sinottica dell'andamento dei reclami (RE)/segnalazioni(SE) gestiti da ACCREDIA nell'ultimo triennio (2022-2020) e la relativa rappresentazione grafica:

Dipartimento	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2020
DC	88 (34RE+54SE)	123 (53RE+70SE)	132 (67RE-65SE)
DL	27 (8RE+19SE)	28 (3RE+25SE)	31 (10RE-21SE)
DT	9 (3RE+6SE)	4 (2RE+2SE)	2 (1RE-1SE)
Totale ACCREDIA	124	155	165



Relativamente alla tipologia di reclami/segnalazioni, di seguito si riporta una sintesi tabellare dell'ultimo triennio (2022-2020) per i diversi dipartimenti:

Oggetto reclamo/segnalazione	Dipartimento	2022	2021	2020
Relativi all'operato del singolo Dipartimento ACCREDIA	DC	2	4	3
	DL	6	3	7
	DT	4	2	0
Relativi all'operato di CAB accreditati dal singolo Dipartimento ACCREDIA	DC	37	47	66
	DL	21	20	19
	DT	3	2	2
Relativi ad aziende/persone certificate	DC	32	27	36
Relativi ad attività non accreditate	DC	17	45	27
Relativi all'operato di terzi diversi da ACCREDIA (es. clienti di soggetti accreditati, soggetti non accreditati che utilizzano impropriamente il riferimento all'accreditamento,	DL	0	5	5
	DT	2	0	0
Totale		124	155	165

Il numero di reclami/segnalazioni del 2022, così come la tipologia e la ripartizione tra dipartimenti, sono in diminuzione rispetto al 2021 (31 in meno).

Per i **reclami/segnalazioni relativi all'operato dei singoli dipartimenti**, si riporta di seguito una sintesi dell'oggetto degli stessi e la relativa valutazione.

Dipartimento	Oggetto	Valutazione
DC	Invio con PEC ad un CAB di un file pdf allegato relativo a un avviso di sospensione per inadempienza contrattuale, che conteneva, oltre a quello indirizzato al destinatario, altri analoghi avvisi destinati ad altri CAB. L'invio ha determinato un reclamo da parte del destinatario, che temeva l'invio di analoga comunicazione contenente proprie informazioni riservate ai destinatari degli altri avvisi contenuti nel pdf.	Il reclamo e le cause del disguido sono stati esaminati dal Compliance Officer e Vice Direttore del DCI, col supporto del DPO; è stato accertato che la comunicazione indebita ha riguardato solo il reclamante e sono state avviate azioni di mitigazione/correttive al fine di evitare che in futuro possa ripresentarsi la medesima problematica. Quanto rilevato e svolto è stato comunicato al CAB reclamante e il reclamo è stato quindi chiuso con la richiesta di procedere all'eliminazione della comunicazione oggetto del reclamo, in quanto contenente dati riservati riferiti ad altri CAB.
	Reclamo avanzato da EAQG, autorità europea del settore aerospaziale, relativo alla rimozione da parte di ACCREDIA della sospensione dell'accreditamento di un CAB sottoposto a verifica anche nell'ambito dello schema ICOP. Il reclamante chiedeva di ripristinare la sospensione dal momento che la verifica condotta nell'ambito dello schema ICOP aveva sollevato non conformità non ancora risolte.	In considerazione della richiesta mossa dall'autorità europea in ambito aerospaziale, il Comitato Settoriale di Accreditamento Certificazione e Ispezione (CSA CI) di ACCREDIA è stato informato dalla Direzione di ACCREDIA della segnalazione inerente la mancata chiusura di 6 Non Conformità emesse da EAQG durante una verifica effettuata presso la sede dell'Organismo nelle date del 28-29 giugno 2022 entro il termine di

Dipartimento	Oggetto	Valutazione
		<p>90 gg previsti dalla norma EN 9104-001 nella versione vigente, e di una richiesta pervenuta ad ACCREDIA da parte di AIAD di riattivazione della sospensione precedentemente adottata e ritirata con decorrenza dal 26 ottobre u.s.</p> <p>Dopo aver analizzato la corrispondenza pervenuta e la risposta inviata da ACCREDIA ad AIAD, il Comitato ha quindi disposto che in tempi brevi, ovvero entro un termine massimo di 7 giorni lavorativi, così come previsto dal § 1.5.1.3 del Regolamento di Accreditamento - Parte Generale RG-01 rev. 04, fosse condotta da ACCREDIA una Sorveglianza non programmata (Verifica Straordinaria) presso la sede dell'Organismo nel corso della quale doveva essere valutata la gestione, da parte dello stesso, dei rilievi emessi da EAQG ed accertate eventuali criticità che avrebbero potuto impattare sul mantenimento dell'accreditamento per lo schema SGQ- settore ASD.</p> <p>Tuttavia, prima che l'attività straordinaria fosse condotta, EAQG aveva provveduto a chiudere le 6 Non Conformità rimaste aperte.</p>
DL	<p>I reclamanti hanno contestato quanto riportato al §7.1.3. del documento RT-08, ovvero che i laboratori di analisi e di prova accreditati debbano formulare obbligatoriamente dichiarazioni di conformità qualora richieste dal cliente. I reclamanti ritengono che il requisito non sia coerente con la norma di riferimento e con le indicazioni ILAC ed EA.</p>	<p>ACCREDIA ha chiarito, ai reclamanti e ai soggetti da questi messi in copia nell'invio della segnalazione (ILAC, EA, Ministero delle Imprese e del Made in Italy e Ministero della Salute) che il Regolamento RT-08 è predisposto in ottemperanza ai requisiti previsti dalle norme internazionali UNI CEI EN ISO/IEC e UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018 e che il senso del §7.1.3 in RT-08 oggetto della segnalazione è da intendersi non come obbligo per il laboratorio a emettere dichiarazioni di conformità, ma come non esclusione, a priori, da parte di un soggetto accreditato, di ottemperare ad un requisito normativo.</p>
	<p>Un Laboratorio segnala comportamenti e atteggiamenti poco adeguati adottati da un Ispettore nel corso del collegamento tra laboratorio e team ACCREDIA prima e in sede di audit. Contesta inoltre la competenza tecnica dell'Ispettore e comunica le sue perplessità all'Ordine Nazionale dei Biologi che lo comunica a sua volta ad ACCREDIA, chiedendo chiarimenti.</p>	<p>Dagli approfondimenti condotti da ACCREDIA è emerso che alcuni componenti del team abbiano tenuto un atteggiamento colloquiale che, seppur non riferito al Laboratorio, poteva apparire non consono al ruolo che gli ispettori devono tenere. In merito alla competenza dell'ispettore, l'Ente ha confermato che l'operato degli ispettori è costantemente sottoposto a valutazione e monitoraggio dall'ufficio tecnico di ACCREDIA, dalla Direzione di Dipartimento e dal Comitato Settoriale di Accreditamento e, in relazione al caso specifico, non sono mai emersi elementi tali da metterne in dubbio la competenza. ACCREDIA ha provveduto a tenere un incontro di sensibilizzazione rivolto al team ispettivo coinvolto e ha chiarito i punti sopra riportati anche all'Ordine dei Biologi.</p>
	<p>Un laboratorio, non avendo inviato il modulo per usufruire delle agevolazioni riservate ai piccoli laboratori nei tempi previsti, ha richiesto ad ACCREDIA l'emissione di una nota di credito in</p>	<p>ACCREDIA ha chiarito che non è possibile accogliere la richiesta del laboratorio perché, per ragioni di imparzialità e correttezza nei confronti di tutti i soggetti accreditati, la</p>

Dipartimento	Oggetto	Valutazione
	modo da pagare la quota prevista per i piccoli laboratori. ACCREDIA ha rifiutato e il laboratorio ha sporto il reclamo.	scadenza per la presentazione della richiesta di accesso alla categoria dei 'piccoli laboratori', non è derogabile. È stato sottolineato che la procedura per la presentazione della domanda è resa nota ai soggetti accreditati attraverso diversi mezzi, ed è sostanzialmente immutata dal 2010 pertanto non sussistono le condizioni per ritenere il reclamo fondato. Accredia ha inoltre proposto la disponibilità a valutare una diversa rateizzazione del piano di pagamento sempre nel rispetto dei principi di imparzialità.
	Un laboratorio contesta di non aver ricevuto da parte del FT la notifica di mantenimento con livello di rischio e l'aggiornamento dell'elenco prove a seguito della sorveglianza	Dalle opportune verifiche condotte è stato rilevato che i ritardi sono stati causati da un disguido informatico. ACCREDIA ha provveduto a programmare la discussione della pratica per il primo CSA DL successivo alla segnalazione. Il FT inoltre ha provveduto ad aggiornare immediatamente l'elenco prove del laboratorio.
	Il reclamante contesta una gestione a suo parere inadeguata (dal punto di vista tecnico e dei tempi di risposta) della segnalazione da lui presentata nei riguardi di un laboratorio accreditato nel 2021.	Gli aspetti segnalati dal reclamante sono stati oggetto di valutazione e approfondimento in maniera indipendente rispetto all'area oggetto del reclamo e sono stati sottoposti ai diversi livelli in cui la struttura dell'Ente è articolata. Alla luce delle verifiche condotte, non sono emersi elementi che evidenzino un operato non corretto da parte di ACCREDIA o dei Suoi operatori coinvolti
	Un laboratorio reclama di aver ricevuto da ACCREDIA osservazioni in sede di verifica relativamente all'uso del marchio QS sui RdP quando il laboratorio stesso aveva già richiesto all'Ente l'autorizzazione all'uso del marchio QS.	A seguito di tale segnalazione la Direzione ha effettuato un riesame sulla gestione e utilizzo del marchio QS dal quale è emerso che non ci sono elementi sufficienti per rilasciare l'autorizzazione sulla base degli elementi attualmente disponibili. Al fine di garantire la gestione uniforme dei CAB che utilizzano il marchio QS sui Rapporti di Prova, è stato chiesto ai FT dei laboratori oggetto della segnalazione, di richiedere, ciascuno al proprio laboratorio di competenza, di provvedere a rimuovere il marchio QS dai Rapporti di Prova anche per garantire l'imparzialità verso tutti i laboratori accreditati in possesso di certificazione QS.
DT	Un Laboratorio contesta un rilievo (NC) emesso successivamente alla visita di sorveglianza relativo ad un certificato di taratura: il misurando non è espresso nelle unità di misura delle CMC presenti sulla tabella di accreditamento.	Per valutare la fondatezza del reclamo è stato affidato l'incarico ad un ispettore tecnico. In base alla relazione di quest'ultimo, il reclamo è risultato fondato e il rilievo è stato annullato.
	Nel corso delle attività previste dal DM 93, l'Ufficio di metrologia legale della CCIA dell'Umbria, ha riscontrato che nell'allegato al certificato di accreditamento di un LAT non è compresa l'attività di verifica periodica per gli erogatori di soluzioni a base di Urea.	Azioni messe in atto 1) richiesto parere a ispettori tecnici sulla possibilità di inserire d'ufficio lo strumento in oggetto nella tabella di accreditamento 2) riesame delle tabelle di tutti i laboratori accreditati per le verificazioni periodiche di distributore di carburante 3) aggiornamento delle tabelle per delibera al CSA-DT di dicembre 2022.

Dipartimento	Oggetto	Valutazione
	Un laboratorio accreditato ha chiesto delucidazioni sul calcolo dell'incertezza riportato su un certificato emesso da un laboratorio concorrente.	A seguito di verifica documentale, il certificato in oggetto è risultato corretto e in linea con quanto disposto dalla Circolare n. 04/2019/DT emessa da ACCREDIA DT relativamente al contenuto e alla modalità con cui sono riportati i risultati della taratura. Pertanto la segnalazione è stata valutata infondata.
	Un laboratorio ha reclamato tempistiche inadeguate per emissione del preventivo per la ripresa attività a seguito di autosospensione.	Dalla verifica della documentazione, il reclamo è stato valutato infondato, in quanto il preventivo è stato emesso in 3 gg lavorativi.

7.1.1 Stato gestione dei reclami/segnalazioni 2022

Dipartimento	Ricevuti	Aperti	Chiusi	Fondati	Infondati	In corso di valutazione
DC	88	16	64+8 ^(#)	25	47 ^(#)	16
DL	27	6	21	22	5	0
DT	9	1	8	5	3	1
Totale ACCREDIA	124	23	101	52	55	17

(#) 8 sono stati classificati come "Non Gestibili", in quanto il loro oggetto non è stato riferibile ad attività che ricadono nell'ambito dell'accreditamento seguito.

Tutti i reclami/segnalazioni risultano presidiati.

Anche i reclami/segnalazioni rimasti aperti dall'anno precedente sono stati gestiti. Laddove la gestione ha richiesto tempi lunghi, con esigenza di verifiche documentali e/o in campo, o ha richiesto approfondimenti specifici, è prassi effettuare comunicazioni intermedie al reclamante, per aggiornamenti.

Si è evidenziato un miglioramento delle tempistiche di chiusura dei reclami e delle segnalazioni, in particolare per il DL, grazie ai controlli effettuati con continuità da parte dell'addetto reclami di dipartimento.

Si è notata inoltre una maggior collaborazione da parte dei CAB nella risposta e nella gestione dei reclami, che ha consentito, nella maggior parte dei casi, una verifica documentale, demandando alla verifica in campo la sola verifica di efficacia di eventuali azioni correttive implementate.

A tal riguardo si ricorda che la corretta gestione del processo delle segnalazioni/reclami da parte dei CAB, rientra come fattore di valutazione nell'analisi del rischio dei CAB stessi.

7.1.2 Aspetti ricorrenti nei reclami rispetto ad uno stesso CAB

Nel 2022 non sono emersi aspetti ricorrenti nei reclami rispetto ad uno stesso CAB.

Per il DL, due distinti laboratori di prova hanno ricevuto due segnalazioni ciascuno nel corso del 2022, ma relative ad aspetti diversi. Tutte le segnalazioni sono state prontamente gestite e chiuse.

7.2 GESTIONE DEI RICORSI

7.2.1 Ricorsi relativi al processo di accreditamento (rif. ISO/IEC 17011)

Nel 2022 ACCREDIA non sono pervenuti ricorsi.

Si riporta di seguito, l'andamento dei ricorsi rivolti nei confronti di ACCREDIA nel triennio (2022-2020)

ANNO 2022	ANNO 2021	ANNO 2020
0 ricorsi ricevuti	2 ricorsi ricevuti (1 respinto + 1 non ammissibile)	0 ricorsi ricevuti

7.2.2 Ricorsi esterni

In merito ai ricorsi esterni, si riporta di seguito una sintesi.

In merito ai ricorsi esterni, sono stati tuttavia ricevuti 3 ricorsi di cui 2 al TAR del Lazio ed 1 alla Corte di Appello di Milano.

Il primo ricorso al TAR, presentato dalla società Fratelli Edilizia Claps S.r.l. contro l'Organismo ACCERTA S.p.A. ed ACCREDIA per l'annullamento della nota ACCREDIA prot. DC2022UTMO10 del 16/03/2022 recante rigetto della richiesta di accesso agli atti del 8/3/2022, è stato a sua volta rigettato dal Tribunale Amministrativo (sentenza pubblicata il 15.06.2022). Il secondo ricorso al TAR è stato invece presentato dall'Organismo CONSORZIO SERVIZI QUALIFICATI - C.I.Q. contro Uniocamere ed ACCREDIA a seguito dell'adozione, da parte di questi ultimi, di alcuni provvedimenti nell'ambito del D.M. 93/2017 tra cui la Determinazione del Segretario Generale di Unioncamere n. 175 del 02.08.2022. Con sentenza del 24/01/2023, pubblicata il 20/03/2023 il ricorso è stato respinto.

Risultano inoltre ancora attivi alcuni ricorsi presentati al TAR del Lazio nel 2018, da alcune organizzazioni quali Metalcontrol S.r.l., EURONE WPACK S.r.l., Polesine Energy 1 S.r.l., Core Compagnia di Ristorazione Europea S.r.l., Due Ponti S.r.l., MP Gamma S.r.l. contro GSE - GESTORE SERVIZI ENERGETICI S.p.A. di cui ACCREDIA ne è stata notiziata e sono ancora in corso le indagini a seguito della denuncia di querela esposta nel 2020 alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Torino nei confronti del Dott. Felloni. Si ricorda che la motivazione di quest'ultima era relativa alla diffusione sul mercato di dispositivi di protezione individuale (DPI) rilasciati senza essere in possesso delle necessarie autorizzazioni (riconoscimento quale Organismo Notificato per la specifica Direttiva "Regolamento (UE) 2016/425). La scelta era stata motivata, oltre che a salvaguardia delle attività di certificazione svolte sotto accreditamento, anche a tutela della salute pubblica.

7.2.3 Accesso agli atti

Per quanto riguarda l'accesso agli atti, nel 2022 sono state ricevute due richieste di accesso agli atti, una per il DL e per il DC, relazionate anche all'Organismo di Vigilanza.

In entrambi i casi, la richiesta non è stata accolta, essendo stata riscontrata la presenza di controinteressati e tenuto conto dei requisiti di riservatezza verso i soggetti accreditati, previsti dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17011 per gli Enti di accreditamento.

8 ELABORAZIONI E AGGREGAZIONI SU NON CONFORMITÀ RISCOstrate SUGLI ORGANISMI NOTIFICATI.

Per quanto riguarda le attività di verifica sugli Organismi richiedenti l'accreditamento, si conferma che i rilievi riscontrati con maggiore frequenza e di più elevata gravità, sono sostanzialmente i medesimi già presentati nelle relazioni precedenti sottoposte alla Commissione di Sorveglianza Interministeriale.

8.1 RILIEVI EMERSI NEGLI ESAMI DOCUMENTALI

- Assenza o non completezza di procedure per la qualifica di Laboratori in subappalto;
- Non completezza dei Regolamenti Generali (ad esempio per le modalità che disciplinano l'iter di ispezione/certificazione; per gli aspetti riguardanti i diritti e doveri sia dei richiedenti la certificazione che degli Organismi);
- Presenza nella proprietà degli Organismi di persone e/o organizzazioni che svolgono attività in possibile conflitto con quelle di un Organismo di Certificazione;
- Assenza, non completezza o estrema vetustà dei documenti di supporto alle qualifiche degli Ispettori (inclusi i CV) per eseguire le attività di verifica per tutto lo scopo di accreditamento;
- Procedure di qualifica degli Ispettori che non tengono conto dei requisiti definiti da leggi o altri documenti normativi;
- Polizze di assicurazione che non coprono i rischi professionali, o che non riguardano tutte le attività degli organismi, o che prevedono massimali inferiori a quelli previsti da leggi specifiche (es. Direttiva Attrezzature a Pressione, CPR, DM 93/2017).

8.2 RILIEVI EMERSI DURANTE LE VERIFICHE IN SEDE

- Assenza dei documenti contrattuali con i richiedenti le attività di valutazione;
- Presenza di intermediari e/o procacciatori non gestiti nella documentazione dell'Organismo e che si interpongono fra l'Organismo e i richiedenti le attività di valutazione (DM 93/2017 e DPR 462/01);
- Fascicoli Tecnici dichiarati conformi che non contengono quanto richiesto dalla Direttiva/Regolamento di riferimento (es. mancanza di Dichiarazione di conformità per i componenti di Sicurezza, mancanza dell'Analisi dei Rischi, mancanza o non univoca configurazione dei documenti di progetto verificati);
- Mancanza o non completa disponibilità delle evidenze a supporto delle attività eseguite per assumere Decisioni (es. Rapporti delle Verifiche, Verbali di ispezione, rapporti di prova, rapporti dei riesami eseguiti contestualmente o prima della delibera);

- Taratura degli strumenti non sempre presente e procedura di gestione strumenti che non descrive le modalità e i criteri di taratura, oltre a una scarsa o assente evidenza di effettuazione della conferma metrologica degli strumenti;
- Documento di Analisi dei rischi non sempre esaustivo, rispetto a tutti i rischi connessi alle attività oggetto di accreditamento.

8.3 RILIEVI EMERSI DURANTE LE VERIFICHE IN ACCOMPAGNAMENTO

- Effettuazione di verifiche in assenza o con esami documentali parziali o incompleti;
- Non sempre puntuale verifica del sistema di gestione collegato alla conformità dei prodotti (rif. Moduli Qualità presenti in alcune Direttive).
- Si presentano casi saltuari della non completezza della documentazione necessaria per un iter valutativo del prodotto completo.

I rilievi sopra descritti sono sempre oggetto di valutazione ed approfondimento con il Comitato Settoriale di pertinenza e con gli Ispettori ACCREDIA.

9 ALLEGATI

Allegato 1: Estratto lista schemi/settori di accreditamento presentati al CdA e al CD nel periodo 01-01-2020 / 31-12-2022

Allegato 2: Elenco convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, memorandum d'intesa stipulati con ACCREDIA al 31/12/2022.