

FIRENZE MANUTENZIONI

MANUALE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

secondo la norma BS OHSAS 18001:2007

copia controllata n° ____

Copia controllata consegnata a	Data di consegna	Firma RSGSSL

Se non numerata, la presenta copia è da considerarsi come copia non controllata, valida solo a titolo informativo e quindi non soggetta a revisioni.

MATRICE DELLE REVISIONI				
Indice di revisione	Data di emissione	Descrizione della modifica	Emesso da RSGSSL:	Approvato da DIR:
0	01/02/15	Prima emissione	GIORGETTI	CAPECCHI

Questo Manuale della Sicurezza e della Salute sul Lavoro è di proprietà di:

FIRENZE MANUTENZIONI

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi dovrà essere autorizzata dall'azienda.

FIRENZE MANUTENZIONI
MANUALE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

INDICE E CORRELAZIONE AI REQUISITI DELLA NORMA DI RIFERIMENTO

Par.	Titolo	Requisito OHSAS 18001:2007
0	DATI DELL'ORGANIZZAZIONE	///
1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	///
2	RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI APPLICABILI	///
3	GLOSSARIO E TABELLA ACRONIMI	///
4	REQUISITI DEL SISTEMA DI GESTIONE SSL	4
4.1	REQUISITI GENERALI	4.1
4.2	POLITICA DELLA SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO	4.2
4.3	PIANIFICAZIONE	4.3
	4.3.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli	4.3.1
	4.3.2 Prescrizioni legali e di altro tipo	4.3.2
	4.3.3 Obiettivi e programmi	4.3.3
4.4	ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO	4.4
	4.4.1 Risorse, ruoli, responsabilità e autorità	4.4.1
	4.4.2 Competenza, addestramento e consapevolezza	4.4.2
	4.4.3 Comunicazione, partecipazione e consultazione	4.4.3
	4.4.4 Documentazione	4.4.4
	4.4.5 Controllo dei documenti	4.4.5
	4.4.6 Controllo operativo	4.4.6
	4.4.7 Preparazione e risposta alle emergenze	4.4.7
4.5	VERIFICA	4.5
	4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni	4.5.1
	4.5.2 Valutazione della conformità	4.5.2
	4.5.3 Indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive	4.5.3
	4.5.4 Controllo delle registrazioni	4.5.4
	4.5.5 Audit interno	4.5.5
4.6	RIESAME DELLA DIREZIONE	4.6

Nel presente Manuale si fa riferimento a documenti e registrazioni comuni al Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) e specifici del Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro (SGSSL) elencati nell'Appendice A---02 al Manuale Qualità.

0. DATI DELL'ORGANIZZAZIONE

Ragione Sociale	FIRENZE MANUTENZIONI
Partita IVA	05778710682
Sede	via U. Della Faggiola, 12/R --- 50126 Firenze
Telefono	+39 334 6736998
Fax	+39 055 6580292
E---mail	francesco.capecchi@alice.it
Attività:	<ul style="list-style-type: none">• Esecuzione di lavori di manutenzione e riparazione di condutture di gas e opere civili accessorie• Esecuzione di interventi di chiusura di contatori gas per conto terzi• Esecuzione di lavori di manutenzione di aree a verde• Esecuzione di interventi di ristrutturazione su opere civili

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Manuale della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) è stato redatto per le seguenti finalità:

- illustrare il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (nel prosieguo indicato come SGSSL) messo in atto dall'azienda (nel prosieguo indicata come "organizzazione"), come evidenza di conformità ai requisiti della norma di riferimento BS OHSAS 18001:2007;
- garantire l'applicazione efficace del SGSSL, ivi inclusi i processi per il miglioramento continuo delle prestazioni in ambito SSL, per la prevenzione di infortuni/malattie e per l'assicurazione della conformità delle attività ai requisiti definiti dall'organizzazione ed a quelli cogenti applicabili in ambito SSL;
- ridurre i rischi inerenti la salute e la sicurezza sul lavoro e diminuire il numero di infortuni e incidenti.

1.1 CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGSSL

Il SGSSL descritto dal presente Manuale si applica alla sede, ai cantieri operativi e a tutte le attività svolte dall'organizzazione, descritte sinteticamente nel seguito:

- **ESECUZIONE DI LAVORI DI MANUTENZIONE E RIPARAZIONE DI CONDUTTURE DI GAS E OPERE CIVILI ACCESSORIE**
- **ESECUZIONE DI INTERVENTI DI CHIUSURA DEI CONTATORI GAS PER CONTO TERZI**
- **ESECUZIONE DI LAVORI DI MANUTENZIONE DI AREE A VERDE**
- **ESECUZIONE DI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE SU OPERE CIVILI**

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI APPLICABILI

Per la definizione, la documentazione e la tenuta sotto controllo del proprio SGSSL, l'organizzazione si richiama alle seguenti norme e regolamenti in ultima revisione applicabile:

- BS OHSAS 18001 (Sistemi di Gestione della Sicurezza e della Salute sul luogo di lavoro)
- UNI EN ISO 19011 (Linee guida per audit di sistemi di gestione)
- Linee Guida UNI---INAIL per un Sistema di gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Appare opportuno specificare in questa sede che l'organizzazione s'impegna a rispettare solo le prescrizioni applicabili della norma BS OHSAS 18001 in ultima revisione applicabile. Le prescrizioni delle rimanenti norme e guide sono utilizzate solo come riferimento, e l'organizzazione non assume alcun impegno a rispettarle integralmente.

Le disposizioni legislative in ambito SSL, il cui riferimento nazionale principale è il D.Lgs. 81/2008, sono elencate nell'Appendice A---03, mantenuta costantemente aggiornata secondo le modalità meglio descritte nel successivo paragrafo 4.4.5.

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Il significato dei termini e delle definizioni inerenti il SGSSL ed utilizzati nel presente Manuale è quello fornito dalla norma BS OHSAS 18001 in ultima revisione. Nel Manuale e nei documenti presenti all'interno dell'organizzazione possono essere utilizzati gli acronimi, le abbreviazioni e le sigle qui di seguito elencati:

Sigla	Significato
A	Appendice del Manuale Qualità
AS	Appendice del Manuale della Sicurezza e Salute sul Lavoro
AC	Azione correttiva
AP	Azione preventiva
DIR	Direzione
I	Istruzione Operativa
MQ	Manuale della Qualità
MSSL	Manuale della Salute e Sicurezza sul Lavoro
NC	Non conformità
P	Procedura del Sistema Qualità
PS	Procedura del SGSSL
R	Modulo di registrazione del Sistema Qualità
RS	Modulo di registrazione del Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro
RSGSSL	Responsabile del Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro
SGSSL	Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro
SSL	Salute e Sicurezza sul Lavoro

4. REQUISITI DEL SISTEMA DI GESTIONE SSL

4.1 REQUISITI GENERALI

L'impostazione e la successiva attuazione di un SGSSL conforme alla norma BS OHSAS 18001 comportano un significativo impegno verso il miglioramento continuo delle prestazioni in ambito salute e sicurezza sul lavoro.

A tale scopo, i requisiti generali del SGSSL richiedono all'organizzazione di:

- elaborare un'appropriata Politica della salute e sicurezza sul lavoro;
- identificare gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro connessi alle attività, ai prodotti ed ai servizi aziendali, con riferimento al passato, al presente ed alla pianificazione futura, per individuare i pericoli e i rischi associati;
- individuare i requisiti legislativi in ambito SSL riguardanti l'organizzazione ed altri eventuali norme e regolamenti a cui l'organizzazione aderisce;
- stabilire gli obiettivi in ambito SSL e i traguardi, identificando le priorità;
- impostare un programma in grado, attraverso la definizione di adeguate procedure, di attuare la Politica della salute e sicurezza sul lavoro e raggiungere gli obiettivi ed i traguardi definiti;
- impostare le fasi di pianificazione, controllo, monitoraggio, azioni correttive, audit e riesame per garantire che la Politica della salute e sicurezza sul lavoro sia rispettata e assicurare l'efficacia del SGSSL;
- adeguare l'impostazione del proprio SGSSL ai mutamenti che potranno verificarsi sia all'interno sia all'esterno dell'organizzazione.

I requisiti del SGSSL vengono illustrati e descritti nei successivi capitoli del presente Manuale.

4.2 POLITICA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

La Politica della salute e sicurezza sul lavoro costituisce il riferimento di tutto il SGSSL, identificando i principi sui quali l'organizzazione intende impostare il proprio impegno verso il miglioramento delle prestazioni in ambito SSL, la riduzione dei rischi e la diminuzione di infortuni e incidenti.

La Politica è costituita da un documento scritto (AS---01) in cui sono definiti i principi di fondo e le linee di azione generali che orientano le scelte aziendali in ambito salute e sicurezza sul lavoro.

La Direzione, sulla base delle informazioni ricavabili dalla valutazione dei rischi, ha stabilito le priorità e le linee guida generali, tenendo in considerazione i seguenti elementi:

- la missione ed i valori di base dell'organizzazione;
- l'impegno al miglioramento continuo;
- le richieste delle parti interessate;
- l'impegno verso la prevenzione degli infortuni e degli incidenti;
- il coordinamento con le altre politiche dell'organizzazione (in particolare relativamente all'ambiente);
- il rispetto dei requisiti legislativi e di altri standard a cui l'organizzazione aderisce;
- specifiche condizioni regionali o locali.

Gli ambiti di intervento che possono essere considerati ai fini della definizione delle linee di azione generali della Politica della salute e sicurezza sul lavoro fanno riferimento alle seguenti aree di attività:

1. Controllo

- riduzione dei rischi
- prevenzione degli infortuni e degli incidenti
- monitoraggio delle prestazioni in ambito SSL

2. Pianificazione

- scelta di nuove tecnologie e modifiche di processi esistenti
- design, packaging, trasporto ed uso delle attrezzature di lavoro
- valutazione delle prestazioni dei fornitori e dei subappaltatori
- prevenzione e limitazione degli infortuni e degli incidenti
- procedure di emergenza in caso di incidenti

3. Comunicazione

- comunicazione, formazione, addestramento interni
- report e comunicazione con l'esterno in particolare a tutti i soggetti che lavorano per conto dell'organizzazione

Le indicazioni contenute nella Politica possono essere mirate a:

- garantire il miglioramento continuo della gestione degli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro;
- incrementare il senso di responsabilità nei confronti della salute e sicurezza da parte di tutti i dipendenti;
- prendere provvedimenti per la riduzione dei rischi e per la prevenzione degli infortuni e degli incidenti;
- assicurare che eventuali subappaltatori che lavorino in azienda si attengano agli stessi standard di salute e sicurezza dell'organizzazione.

La Politica della salute e sicurezza sul lavoro è applicabile a tutti i livelli dell'organizzazione ed è stata comunicata e diffusa a tutto il personale.

MANUALE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

La Politica è soggetta a revisione periodica, generalmente in occasione del riesame della direzione, allo scopo di mantenere valido ed efficace il SGSSL a fronte di mutamenti interni o esterni all'organizzazione o per assicurare l'impegno verso il miglioramento continuo.

4.3 PIANIFICAZIONE

4.3.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli

Il procedimento di identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione delle misure di controllo viene condotto da RSPP con il supporto del Responsabile SGSSL, secondo quanto meglio descritto nella procedura specifica PS---01.

Il procedimento di identificazione dei pericoli consiste nel considerare tutte le attività dell'organizzazione (scomposte nelle fasi del ciclo lavorativo) per individuare quelle che hanno o possono comportare rischi significativi, valutando, fra gli altri, anche i seguenti elementi:

- le condizioni operative (ordinarie, straordinarie e di emergenza);
- le attività di tutte le persone che hanno accesso ai luoghi di lavoro;
- le attrezzature, gli impianti e i prodotti utilizzati;
- la sistemazione dei luoghi di lavoro, compresi i pericoli nelle vicinanze;
- le prescrizioni legali applicabili.

RSPP ha il compito di mantenere aggiornato il procedimento, provvedendo all'identificazione dei pericoli e dei rischi correlati ad eventuali modifiche ad attività, prodotti e servizi dell'azienda (ad es. impiego di nuovi prodotti, sviluppo di nuovi servizi, modifiche ai processi di erogazione dei servizi).

Il procedimento di valutazione consiste nella formulazione e nell'applicazione di criteri di priorità dei rischi individuati, allo scopo della successiva definizione delle opportune misure di controllo.

La valutazione della significatività è condotta prendendo in considerazione la probabilità di accadimento dell'evento dannoso e la gravità degli effetti di tale evento.

4.3.2 Prescrizioni legali e di altro tipo

N.B.: le prescrizioni contenute nel presente paragrafo costituiscono le procedure richieste dalla BS OHSAS 18001 (requisito 4.3.2) in merito all'identificazione delle prescrizioni legali.

È compito del Responsabile SGSSL identificare, raccogliere, selezionare e rendere disponibili la legislazione ed altri eventuali regolamenti che sono rilevanti per l'organizzazione, che fa riferimento principalmente alla legislazione nazionale. L'identificazione iniziale delle prescrizioni riguardanti gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro è stata fatta dal RSPP al momento dell'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi, avvalendosi principalmente della consulenza di professionisti del settore.

Il regolare aggiornamento di tali prescrizioni è garantito dal Responsabile SGSSL attraverso l'utilizzo seguenti strumenti:

- consultazione bimestrale del portale telematico www.inail.it, dove la normativa nazionale in tema sicurezza sul lavoro è tenuta costantemente aggiornata;
- consultazione bimestrale del portale telematico www.aggiornamentonormativo.it, dove le notizie e le normative sono organizzate per aree tematiche;
- consulenza di studi professionali e/o società che operano nel campo della sicurezza.

Le prescrizioni di interesse sono elencate nel documento A---03.

La consultazione periodica dei portali telematici citati, e comunque di altre fonti dati ritenute opportune, è registrata sulla *Scheda Monitoraggio Prescrizioni Legali (RS---01)*, in modo da poter valutare con continuità la conformità alle leggi ed ai regolamenti applicabili. Tali leggi e regolamenti sono conservati nell'archivio normativo presso l'ufficio della Direzione, secondo le procedure per la conservazione dei documenti specificate al successivo paragrafo 4.4.5. L'archivio normativo è consultabile liberamente da tutto il personale previa richiesta al Responsabile SGSSL.

Riguardo le scadenze da rispettare, si fa riferimento allo *Scadenario degli Adempimenti sulla Sicurezza (RS---02)*, tenuto costantemente aggiornato a cura del Responsabile SGSSL.

4.3.3 Obiettivi e programmi

La definizione degli obiettivi e dei programmi, effettuata generalmente in occasione del riesame della direzione, implica la loro specificazione documentata per tutti i livelli, le funzioni o i reparti aziendali considerati rilevanti ai fini del controllo di ciascuno degli aspetti di salute e sicurezza connessi. Il Responsabile SGSSL identifica gli obiettivi generali dell'organizzazione, provvedendo quindi, dopo l'approvazione della Direzione ed in collaborazione con i responsabili di volta in volta interessati, a specificare i possibili obiettivi e traguardi a livello delle singole funzioni o reparti aziendali rilevanti.

Gli obiettivi in ambito SSL generali sono definiti sulla base dei seguenti elementi:

- coerenza con le linee di Politica della salute e sicurezza sul lavoro;
- conformità legislativa o rispetto ad eventuali regolamenti sottoscritti;
- priorità e significatività dei pericoli e dei rischi associati;
- impegno verso azioni di tipo preventivo;
- risorse finanziarie ed umane disponibili;
- innovazioni tecnologiche;
- valutazione tecnico---economica delle possibili alternative di intervento;
- richieste delle parti interessate;
- miglioramento continuo delle prestazioni in ambito SSL.

Il programma di gestione in ambito SSL rappresenta una parte della pianificazione generale delle attività dell'organizzazione. Il Responsabile SGSSL, in occasione del riesame della direzione, definisce il programma tenendo conto degli altri programmi aziendali stabiliti e delle risorse economiche ed umane disponibili. Per ogni obiettivo definito, il Responsabile SGSSL stabilisce le azioni che devono essere condotte ad ogni livello dell'organizzazione aziendale al fine del loro raggiungimento, specificando, per ciascuna azione individuata, i ruoli e le responsabilità specifici all'interno dell'azienda, nonché i tempi ed i mezzi (tecnologici, finanziari e umani) previsti per la loro implementazione ed i relativi indicatori.

Le proposte relative al programma di gestione in ambito SSL sono sempre sottoposte al riesame ed all'approvazione della Direzione. Il programma di gestione in ambito SSL è soggetto a revisione normalmente in occasione del riesame della direzione, valutando le eventuali modifiche a livello di obiettivi e possibili nuovi pericoli conseguenti a modifiche nelle attività, prodotti e servizi dell'azienda.

4.4 ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO

4.4.1 Risorse, ruoli, responsabilità e autorità

La Direzione provvede ad assicurare tempestivamente la disponibilità delle risorse per mantenere attivo il SGSSL, e più precisamente:

- risorse umane;
- competenze specialistiche;
- infrastrutture;
- tecnologie;
- risorse finanziarie.

Il fabbisogno e l'adeguatezza di nuove risorse sono presi in considerazione almeno in occasione del riesame della direzione o, nel caso di necessità urgenti, al momento in cui queste si presentano.

L'Appendice AS---02 al presente Manuale definisce i ruoli, le autorità e le responsabilità in merito all'attuazione ed al mantenimento del SGSSL.

In tale documento sono riportati:

- la struttura e l'organizzazione del SGSSL;
- la matrice delle responsabilità del SGSSL, che attribuisce a ciascuna funzione determinate responsabilità e autorità correlandole con i requisiti della norma;
- la nomina del Responsabile SGSSL, coincidente con il Rappresentante della Direzione per la Gestione SSL;
- le risorse umane del SGSSL in termini di competenze tecnico---specialistiche.

Le funzioni individuate per l'attuazione ed il controllo del SGSSL sono le seguenti, le cui competenze specifiche sono dettagliate nella citata Appendice AS---02:

- Direzione
- Responsabile SGSSL
- Responsabile Preposto, con funzioni amministrative od operative

4.4.2 Competenza, addestramento e consapevolezza

Allo scopo di attuare la Politica della salute e sicurezza sul lavoro, mirata al conseguimento degli obiettivi e del miglioramento continuo delle prestazioni in ambito SSL, sono identificate, per ogni livello aziendale, le necessità di formazione ed addestramento, predisponendo piani formativi adeguati ai ruoli ed alle responsabilità delle diverse figure professionali che possono avere influenza sugli aspetti ambientali significativi identificati. La valutazione delle necessità formative può coinvolgere anche il personale di eventuali società appaltatrici di lavori o attività all'interno o all'esterno dell'azienda, per stabilirne il grado di preparazione ed addestramento. In accordo con le prescrizioni specificate nella Procedura PS---02, il Responsabile SGSSL provvede alla definizione del programma annuale di formazione e addestramento, valutando sempre almeno i seguenti temi:

- obblighi formativi di legge per le figure previste dal D.Lgs. 81/2008;
- requisiti del SGSSL;
- procedure gestionali e operative;
- politica della salute e sicurezza sul lavoro;
- miglioramento continuo;
- pericoli e rischi associati;
- situazioni di emergenza in ambito SSL.

4.4.3 Comunicazione, partecipazione e consultazione

N.B.: le prescrizioni contenute nel presente paragrafo costituiscono le procedure richieste dalla BS OHSAS 18001 (requisito 4.4.3) in merito alle comunicazioni.

I processi di comunicazione interna attivati dall'organizzazione in relazione agli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro consistono essenzialmente in:

- informazioni e direttive da parte dei Responsabili preposti (come ad es. indicazioni specifiche, modalità esecutive, modalità organizzative ecc.) comunicate oralmente o, qualora ve ne sia la necessità, trasmesse per iscritto;
- sessioni di formazione al personale inerenti aspetti relativi al SGSSL (come ad es. identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi, predisposizione delle misure di controllo ecc.);
- riunioni informative su aspetti del SGSSL;
- avvisi affissi bene in evidenza nei locali della sede;
- segnaletica di sicurezza;
- diffusione dei verbali di riesame e dei risultati degli audit interni, sempre firmati per approvazione o presa visione dal personale interessato.

Le comunicazioni riguardanti l'efficacia del SGSSL sono affidate ai verbali di riesame della Direzione ed ai risultati degli audit interni.

Per quanto riguarda le comunicazioni con l'esterno, l'organizzazione ha attivato opportuni canali con i seguenti soggetti, utilizzando i mezzi convenzionali (email, fax, posta ecc.):

- appaltatori, ai quali trasmettere il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze prima dell'inizio dei lavori;
- visitatori dei luoghi di lavori, ai quali consegnare, se necessario, indicazioni scritte per garantirne la sicurezza;
- parti interessate esterne in genere, per le quali il Responsabile SGSSL decide di volta in volta circa la natura delle risposte da fornire, ferme restando le richieste degli organismi di controllo (ASL, INAIL ecc.) che seguono gli iter di legge.

Allo scopo di promuovere la motivazione del personale nei confronti del SGSSL e favorire il processo di miglioramento continuo delle prestazioni in ambito SSL, l'organizzazione ha attivato efficaci modalità di circolazione delle informazioni inerenti la salute e la sicurezza, compresa la consultazione del RLS.

Le comunicazioni interne all'organizzazione possono avvenire verticalmente fra differenti livelli, dall'alto verso il basso e viceversa, e orizzontalmente, all'interno dello stesso livello di responsabilità; tali comunicazioni, generalmente, comprendono riunioni (registrate sui verbali appositamente predisposti), prescrizioni, informazioni, aggiornamenti, rapporti e segnalazioni.

È compito del Responsabile SGSSL, di concerto con RSPP e Datore di Lavoro, consultare anche parti interessate esterne (come ad es. enti, consulenti, organismi di controllo ecc.) qualora la natura dell'argomento in oggetto lo renda opportuno o necessario (ad es. nel caso di cambiamenti significativi dei processi o nei luoghi di lavoro).

4.4.4 Documentazione

Il SGSSL attuato dell'organizzazione, impostato sulla base dei risultati della Valutazione dei Rischi, è descritto nei seguenti documenti principali:

- Manuale del SGSSL e relative Appendici, che contengono la Politica della salute e sicurezza sul lavoro e la descrizione del SGSSL (struttura, interazioni, documenti di riferimento);
- Procedure della Sicurezza;
- Moduli di registrazione necessari per dimostrare la pianificazione, l'attuazione ed il controllo del SGSSL, inclusi quelli richiesti esplicitamente dalla norma e quelli contenenti gli obiettivi e i programmi di miglioramento.

I documenti citati, meglio descritti nella Procedura PS---04, contengono tutte le informazioni necessarie per identificare gli elementi, i processi, le attività del SGSSL e le loro interazioni; in particolare, nelle Procedure sono chiaramente descritti l'organizzazione interna, le responsabilità e le modalità gestionali ed operative.

4.4.5 Controllo dei documenti

La tenuta sotto controllo della documentazione del SGSSL, compresa quella di origine esterna, è realizzata applicando le prescrizioni contenute nella Procedura specifica PS---04. Tali prescrizioni sono state fissate tenendo conto che il loro scopo principale è quello di garantire nel tempo l'efficacia del SGSSL. Di conseguenza, le modalità di controllo della documentazione sono state definite in modo semplice ed univoco, onde evitare eccessive complessità e confusioni. Tali modalità di controllo definiscono, specificandone le relative responsabilità, i criteri di redazione, emissione, approvazione, identificazione, leggibilità, riesame, revisione, distribuzione, disponibilità, localizzazione, eliminazione ed archiviazione.

4.4.6 Controllo operativo

Le modalità per la pianificazione e l'attuazione del controllo operativo delle attività associate a pericoli/rischi per i quali è necessario attuare particolari misure di controllo sono definite nelle seguenti Procedure, alle quali si rimanda:

- Gestione sicurezza appalti (PS---05);
- Gestione dei cambiamenti (PS---06);
- Gestione dei cantieri (PS---07);
- Gestione dei DPI (PS---08);
- Sorveglianza sanitaria (PS---09);
- Gestione impianti, macchine e attrezzature (PS---10).

Nella definizione di tali modalità, il Responsabile SGSSL ha preso in considerazione i seguenti elementi:

- risultati della Valutazione dei Rischi;
- livello di significatività dei rischi rispetto alle linee della politica, agli obiettivi ed ai traguardi prefissati;
- attività riferibili ad appaltatori o subappaltatori;
- livello di competenza del personale coinvolto nelle attività potenzialmente associate pericoli/rischi significativi.

4.4.7 Preparazione e risposta alle emergenze

Allo scopo di prevenire e comunque di mitigare gli effetti sulla salute e la sicurezza conseguenti ad incidenti e/o a condizioni operative anomale, l'organizzazione ha individuato i possibili rischi e le possibili situazioni di emergenza, unitamente alle modalità operative di risposta, nella Procedura specifica PS---11.

La periodica simulazione delle modalità operative da adottare in caso di emergenza, nonché la loro revisione successiva ad eventuali incidenti, rappresentano lo strumento principale attraverso cui l'organizzazione intende garantire nel tempo la propria preparazione nei confronti di tali situazioni di rischio.

4.5 VERIFICA

4.5.1 Controllo e misura delle prestazioni

N.B.: le prescrizioni contenute nel presente paragrafo costituiscono le procedure richieste dalla BS OHSAS 18001 (requisito 4.5.1) in merito a controllo e misura delle prestazioni.

Per il monitoraggio/controllo delle prestazioni in ambito SSL, sono predisposti ed attuati specifici programmi a cura del Responsabile SGSSL, che elabora annualmente un *Piano di monitoraggio/controllo* (RS---03) in riferimento a:

- attività soggette a requisiti legali o regolamentari;
- attività che presentano o possono presentare rischi/pericoli significativi in base a quanto stabilito dalla valutazione dei rischi;
- attività previste dai programmi di miglioramento per il raggiungimento di traguardi ed obiettivi.

Tale Piano evidenzia:

- il personale oggetto del monitoraggio, avendo cura di monitorare tutto il personale almeno una volta all'anno per ciascuna delle attività critiche svolte;
- le attività o i processi oggetti del monitoraggio, avendo cura di controllare tutte le attività e tutti i processi almeno una volta all'anno;
- i preposti al controllo;
- la periodicità di monitoraggio/controllo in base a quanto descritto in precedenza.

Il documento RS---03 viene portato a conoscenza di tutti i preposti al controllo coinvolti, in modo che ciascuno sia informato delle attività di monitoraggio da organizzare e condurre nelle aree/attività di propria competenza.

È possibile procedere a modificare i Piani già predisposti sia in seguito all'aggiornamento della valutazione dei rischi, sia nell'eventualità che si verifichi l'aggiornamento/modifica delle prescrizioni legali di interesse o della Politica della salute e sicurezza sul lavoro.

Gli aggiornamenti e le modifiche, prima di diventare operative, sono sempre verificate ed approvate dal Responsabile SGSSL.

Le attività di monitoraggio vengono condotte dal Responsabile Preposto di ciascuna area/funzione aziendale, secondo quanto previsto dal Piano di monitoraggio/controllo.

I monitoraggi di particolari parametri possono essere affidati a laboratori/studi professionali esterni qualificati.

Lo strumento operativo impiegato per la conduzione delle attività di monitoraggio/controllo e la registrazione dei risultati relativi è rappresentato dalla *Scheda di Monitoraggio delle Prestazioni* (RS---04), poiché l'organizzazione non utilizza strumentazione di misura per il monitoraggio/controllo delle prestazioni in ambito SSL.

Su questa Scheda, compilata per ciascuna della attività di monitoraggio/controllo effettuate, sono registrati i seguenti dati:

- area/reparto e attività/processi controllati;
- principali fonti di pericolo relative;
- identificazione del personale controllato;
- esito del controllo su 6 parametri critici individuati (utilizzo dei DPI; utilizzo di macchine/attrezzature; applicazione misure di buona pratica; manipolazione sostanze pericolose; organizzazione del lavoro; controllo delle interferenze);
- eventuali criticità emerse;
- eventuali spunti di miglioramento emersi.

In caso di violazioni significative degli standard di salute e sicurezza, sarà cura del preposto al controllo compilare un Rapporto di non conformità/azione correttiva SGSSL (RS---05), nel quale sarà registrata la non conformità rilevata.

È compito del Responsabile SGSSL valutare formalmente, tramite apposizione della firma, i risultati del monitoraggio, compresi gli eventuali Rapporti di non conformità/azione correttiva che fossero stati emessi. In base all'analisi delle criticità riscontrate, il Responsabile SGSSL valuterà quindi se e quale azione (correttiva o preventiva) sia più opportuno intraprendere, avvalendosi dei documenti appositamente predisposti nei quali registrare l'azione decisa.

4.5.2 Valutazione della conformità

N.B.: le prescrizioni contenute nel presente paragrafo costituiscono le procedure richieste dalla BS OHSAS 18001 (requisito 4.5.2) in merito alla valutazione della conformità delle prescrizioni legali.

L'organizzazione, conformemente ai principi enunciati nella Politica per la salute e sicurezza sul lavoro relativi al rispetto della normativa cogente, valuta periodicamente il rispetto delle prescrizioni legali in occasione degli audit interni relativi al SGSSL, secondo le modalità di conduzione e verbalizzazione meglio specificate nel successivo paragrafo 4.5.5 e nella Procedura specifica PS---11.

Non si prevede l'eventualità che l'organizzazione sottoscriva volontariamente prescrizioni ulteriori a quelle legali, ma in tal caso la valutazione del rispetto di tali prescrizioni sarà effettuata congiuntamente alla valutazione del rispetto delle prescrizioni legali.

4.5.3 Indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive

Le principali tipologie di non conformità (NC) che possono essere riscontrate in ambito SSL sono normalmente riferibili ad una delle seguenti situazioni:

- incidenti in fase di esecuzione delle attività, specialmente per quanto riguarda le attività svolte in cantiere;
- situazioni lavorative anomale;
- errori umani nello svolgimento delle proprie mansioni.

Tali NC possono essere rilevate sia sulle attività svolte internamente, sia sui risultati di attività esterne svolte da appaltatori o subappaltatori.

Le NC sono annotate sul modulo appositamente predisposto (RS---05) direttamente dalla persona che ha rilevato il problema, registrando le seguenti informazioni:

- data e ora di rilevazione;
- reparto/area interessati;
- impianti/macchine/attrezzature e personale coinvolti;
- tipo di problema rilevato (incidente, quasi incidente, situazione pericolosa, infortunio, comportamento pericoloso o altra criticità da descrivere);
- descrizione il più dettagliata possibile del problema (cosa è successo e come è successo), indicando anche, in caso di infortunio, la parte del corpo interessata;
- possibili cause del problema.

Si rimanda, per maggiori dettagli, alla Procedura specifica PS---12.

È quindi cura del Responsabile SGSSL valutare il problema segnalato, eventualmente in contraddittorio con la persona che ha registrato la NC e con le altre persone coinvolte, decidendo quale *correzione immediata* attuare, definendone compiti e modalità, e se e quali azioni ulteriori (correttive o preventive) intraprendere. In tal caso, si seguirà la citata Procedura PS---12 per la gestione delle azioni correttive e preventive, a cui si rimanda.

Tutte le NC rilevate in ambito SSL, qualunque sia la loro natura, e le successive azioni intraprese, saranno discusse con il personale in occasione di riunioni appositamente organizzate.

È sempre compito del Responsabile SGSSL archiviare i moduli RS---05 numerandoli secondo un progressivo annuale.

N.B.: tutti gli incidenti che dovessero verificarsi saranno trattati come NC, e quindi saranno sempre garantite le opportune analisi degli incidenti stessi allo scopo di evidenziare eventuali carenze del SGSSL, individuare le cause e identificare le azioni da intraprendere.

4.5.4 Controllo delle registrazioni

L'efficace attuazione di un SGSSL è resa evidente attraverso il mantenimento di opportune registrazioni della sicurezza aggiornate.

Tali registrazioni documentano che le varie attività pianificate sono effettivamente svolte e forniscono in ogni momento concrete evidenze relativamente al grado di raggiungimento degli obiettivi ambientali. Le tipologie di registrazioni, elencate nella Procedura specifica PS---05, sono costituite essenzialmente da verbali e dai risultati delle attività di addestramento, verifica, controllo, monitoraggio e riesame.

Le prescrizioni per identificare, conservare ed eliminare i documenti contenenti tali registrazioni sono contenute nella Procedura specifica PS---13.

4.5.5 Audit interno

Le prescrizioni inerenti la pianificazione e la conduzione degli audit sono descritte nella Procedura specifica PS---14, elaborata tenendo come riferimento le linee guida contenute nella norma UNI EN ISO 19011.

In sintesi, la Procedura prevede i seguenti momenti:

- identificazione delle attività soggette ad audit e degli obiettivi dell'audit;
- pianificazione annuale degli audit;
- definizione delle modalità di conduzione degli audit;
- attribuzione di ruoli e responsabilità in base a requisiti prestabiliti, soprattutto in termini di obiettività e imparzialità;
- specificazione delle caratteristiche del rapporto di audit e delle modalità di registrazione e conservazione dei documenti.

Gli obiettivi degli audit del SGSSL sono i seguenti:

- stabilire se il SGSSL dell'organizzazione è o meno conforme a quanto pianificato secondo la norma BS OHSAS 18001;
- verificare se il sistema è correttamente attuato e mantenuto attivo;
- verificare se quanto attuato è attuato efficacemente e rientra nelle linee della Politica della salute e sicurezza sul lavoro e degli obiettivi stabiliti;
- fornire alla direzione informazioni utili per il riesame del sistema.

4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE

La Direzione effettua, con cadenza programmata e con frequenza almeno annuale, un riesame del SGSSL allo scopo di verificarne l'adeguatezza e l'efficacia nel soddisfare i requisiti stabiliti e gli obiettivi per il miglioramento, considerando anche le opportunità di eventuali modifiche al SGSSL stesso, alla Politica della salute e sicurezza sul lavoro ed al programma di gestione in ambito SSL.

La Procedura specifica PS---15 stabilisce le modalità per la programmazione, la conduzione e la registrazione dei riesami, specificando, in particolare, quali devono essere le informazioni in ingresso (che comprendono principalmente considerazioni sulle prestazioni in ambito SSL, dati raccolti nelle attività di monitoraggio e di audit, informazioni su incidenti e infortuni e comunicazioni da parte dei lavoratori e dei portatori di interesse) e gli elementi un'uscita, consistenti essenzialmente in decisioni mirate al miglioramento continuo delle prestazioni nel quadro di opportuni obiettivi e traguardi.