

Titolo	Prescrizioni per l'accREDITamento degli Organismi di Certificazione operanti la certificazione dei sistemi di gestione per la salute e la sicurezza dei lavoratori
Sigla	RT-12
Revisione	01
Data approvazioni	2006 – 02 – 09 Sottocomitato per lo schema SCR 2006 – 02 – 28 Comitato di AccredITamento

REDAZIONE	APPROVAZIONE DEL COMITATO DI ACCREDITAMENTO	AUTORIZZAZIONE ALL'EMISSIONE
Il Segretario del Sottocomitato SCR	Il Segretario del Comitato di Accreditamento	
Com.te Riccardo Bianconi	Ing. Alberto Musa	

Indice generale

1. Scopo	4
2. Normative di riferimento	5
3. Definizioni	6
3.1 Organizzazione, Sito, Multi – Sito	6
3.1.1 Organizzazione.....	6
3.1.2 Sito	6
3.1.3. Multi-Sito.....	6
3.2 Organismo di Certificazione.....	6
3.3 Certificato di conformità	6
3.4 Sistema di Certificazione	6
3.5 “Deve” e “Dovrebbe”	6
3.6 Significato di guida.....	7
3.7 Criteri	7
3.8 Non-Conformità	7
3.9 SCR.....	8
3.10 Certificato di Accreditamento.....	8
3.11 Assessment – Valutazione	8
3.12 Logo.....	8
3.13 Marchio.....	8
3.14 Rinnovo della Certificazione	8
3.15 Incidente.....	8
3.16 Infortunio.....	8
3.17 Mancato infortunio (Near Miss).....	8
3.18 Gruppo di Audit.....	8
3.19 RGDA	9
3.20 Stage (di Audit)	9
4. Requisiti per gli Organismi di Certificazione.....	10
4.1 Prerequisito	10
4.1.1 Disposizioni generali.....	10
4.1.2. Struttura.....	12
4.1.3 Appalto (Outsourcing).....	13
4.1.4 Sistema di Gestione per la Qualità	14
4.1.5 Condizioni necessarie per l’emissione, il mantenimento, l’estensione, la riduzione, la sospensione ed il ritiro della Certificazione	15
4.1.6 Audit Interni e Riesame della Direzione.....	16
4.1.7 Documentazione.....	17
4.1.8 RegISTRAZIONI.....	17
4.2. Personale dell’Organismo di Certificazione	18
4.2.1. Generalità	18
4.2.2. Criteri di qualifica per gli Auditor e per gli esperti.....	19
4.2.3. Procedura di selezione	19
4.2.3.1. Generalità sulla selezione degli Auditor e degli Esperti	19
4.2.4. Rapporto contrattuale con il personale addetto agli Audit.....	20
4.2.5. RegISTRAZIONI relative al personale addetto agli Audit	20
4.2.6. Procedure per il Gruppo di Audit	20
4.3 Modifiche nei requisiti di Certificazione.....	20
4.4 Appelli, Reclami e Contenziosi	21
5.1 Richiesta di Certificazione	21

5.1.1	Informazioni sulla procedura.....	21
5.1.2	La richiesta di Certificazione.....	22
5.2	Preparazione della valutazione.....	23
5.3	Valutazione.....	23
5.4	Rapporto di valutazione.....	28
5.5	Decisione sulla Certificazione.....	29
5.6	Procedure per la sorveglianza ed il Rinnovo della Certificazione.....	30
5.7	Uso del Logo di Certificazione.....	34
5.8	Accesso alle registrazioni delle comunicazioni di enti esterni.....	35
Appendice 1	– Qualifica degli Auditor e degli Esperti tecnici.....	36
1.1	Introduzione.....	36
1.2	Requisiti di base di qualificazione.....	36
1.3	Formazione di base degli Auditor per il sistema sicurezza.....	37
1.4	Addestramento e specializzazione nella funzione.....	38
1.5	Mantenimento e miglioramento della professionalità.....	39
1.6	Esperti di settore.....	39
1.7	Requisiti particolari.....	40
1.8	Periodo di transizione.....	40
Appendice 2	– Programmi e pianificazione degli Audit.....	41
2.1	Durata delle attività di Valutazione.....	41
2.2	Elementi di valutazione.....	42
Appendice 4	– Macrosettori.....	43
Appendice 6	– Tabella di correlazione OHSAS 18001 / LG UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI.....	45
Appendice 7	– Esempi di valutazione di Non Conformità con risvolti di tipo giuridico.....	76

1. Scopo

Questo documento, integrativo del Regolamento Generale RG-01 è stato predisposto sulla scorta della ISO/IEC Guide 66:99, con lo scopo di determinare i requisiti necessari al processo di accreditamento degli Organismi di Certificazione per i Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SCR).

La Certificazione del Sistema di Gestione SCR di un'Organizzazione è un mezzo completamente volontario, per fornire una ragionevole garanzia che un'organizzazione abbia implementato un Sistema per la Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, relativamente ai processi svolti nei propri siti, in accordo ad una propria Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro. Tale sistema, per gli scopi di questo documento, può essere implementato sulla base della Specifica Tecnica OHSAS 18001, interpretata sulla base della Linea Guida UNI INAIL ISPESL PARTI SOCIALI Cfr. la tabella allegata in appendice 6.

I requisiti della specifica tecnica OHSAS 18001 sono applicabili a qualunque organizzazione, se pur ci possono essere delle specificità che meritano opportuni approfondimenti. Specificatamente per le microimprese¹, in particolare per quelle operanti nei settori della pesca in mare o dell'agricoltura, per quelle operanti in contesti portuali o della cantieristica navale o edile, entro un anno dall'emissione del presente documento, saranno emessi dei documenti integrativi mirati alle loro specifiche esigenze.

Anche questo documento è stato impostato con la struttura di una guida, ciò nondimeno, i requisiti sono obbligatori per gli Organismi di Certificazione che intendano conseguire l'accREDITAMENTO da parte del SINCERT. In particolare, il documento specifica i requisiti, che gli Organismi di Certificazione devono applicare per avere la sufficiente garanzia che gli stessi operino come terza parte indipendente, dando evidenza della propria affidabilità, indipendenza ed imparzialità, nell'ambito del sistema di Certificazione. Ciò, inoltre, permette di facilitare il riconoscimento della loro autorevolezza, a livello nazionale ed internazionale, per la specifica attività di certificazione dei Sistemi di Gestione SCR.

Questo documento intende disciplinare le attività d'accREDITAMENTO e certificazione, nello specifico settore delle Salute e Sicurezza sul Lavoro, orientandosi ai più alti principi etici, nell'interesse primario delle Parti Sociali interessate alle tematiche della Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Questo documento è rivolto, quindi, agli Organismi di Certificazione che svolgono le funzioni di valutazione e Certificazione dei Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul luogo di lavoro. Il nome "Organismi di Certificazione" non dovrebbe essere un ostacolo all'uso di questo documento da parte di enti con altre denominazioni, ma che, comunque, svolgono un'attività di Certificazione dei Sistemi di Gestione SCR.

La Certificazione nel settore delle Salute e Sicurezza sul Lavoro, coinvolge la valutazione del Sistema di Gestione SCR di una Organizzazione e implica come presupposto il pieno raggiungimento della conformità alle leggi applicabili al settore della Salute e Sicurezza sul Lavoro e, inoltre, la dimostrazione dell'efficacia dello stesso Sistema, attraverso la continua riduzione ed il controllo del rischio residuo per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, per tutto il tempo di vigenza della stessa certificazione.

Gli Organismi di Certificazione, al termine dell'iter di valutazione di un'organizzazione, ove questa si sia dimostrata conforme ai criteri di certificazione, forniscono l'evidenza della conformità agli stessi criteri di valutazione per lo schema SCR ed agli altri eventuali documenti normativi e/o qualunque altro criterio supplementare richiesto, attraverso l'emissione, con pubblica notorietà ed in forma controllata, di un apposito Certificato di Conformità.

Il presente documento sarà revisionato non appena sarà disponibile la documentazione normativa nazionale o internazionale relativa ai Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro.

¹ Così come evidenziato nella Gazzetta Ufficiale dell'UE n. 107 del 30 aprile 1996 è microimpresa: " l'impresa che, nel rispetto dei limiti di indipendenza, di fatturato e di totale di bilancio fissati per la piccola impresa, occupa un numero di dipendenti non superiore a dieci ".

2. Normative di riferimento

La redazione del presente Regolamento Tecnico è stata eseguita con riferimento, tra gli altri, ai contenuti dei Documenti e Linee Guida di seguito riportati:

ISO GUIDE 66:1999
GL EA 7/02:2001 ed EA-8/01
ISO IEC Guide 2 (UNI CEI EN 45020)
ISO 9000:2005
OHSAS 18001:1999
OHSAS 18002:2000
BS 8800:1996
UNI EN ISO 19011:2003
UNI 10616:1997

Linea guida UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI «Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro: Linea guida alla Implementazione » - 2001
Linea Guida ILO – 2000
Linee Guida Europee sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro (Doc. 0135/4/99 IT)

3. Definizioni

Le definizioni riportate nella UNI EN ISO 9000:2000 e nella UNI EN ISO 19011:2003 per gli Audit sono totalmente applicabili al Sistema di Gestione sulla Salute e Sicurezza sul luogo di Lavoro.

Per l'accreditamento, la Specifica Tecnica OHSAS 18001, come integrata dalla tabella di correlazione con i requisiti delle Linee Guida UNI INAIL, ILO ed UE sui Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro (allegata in appendice), risulta essere un modello per un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro riconosciuto come idoneo allo scopo, idoneo per le Organizzazioni che intendono certificare il loro sistema di Gestione SCR.

La conformità a questa Specifica Tecnica può essere pubblicamente riconosciuta da un Organismo di Certificazione, ove l'Organizzazione, a seguito di un opportuno iter di valutazione, possa dare:

Evidenza della conformità ai criteri in essa riportati;

Confidenza dell'effettiva efficacia del proprio Sistema di Gestione, attraverso l'applicazione del principio gestionale del miglioramento continuo per la sicurezza, che si manifesta con la riduzione degli incidenti, degli infortuni, delle malattie professionali e con la riduzione del livello di rischio nei diversi processi.

3.1 Organizzazione, Sito, Multi – Sito

3.1.1 Organizzazione²

Per l'ottenimento del riconoscimento della Certificazione, è possibile sottoporre a valutazione quelle unità organizzative, che corrispondono alla descrizione di "sito", così come viene definito nel paragrafo successivo.

3.1.2 Sito

Con il termine "sito", in questa guida, s'intende un'unità organizzativa (Unità Produttiva), completamente dipendente da un Datore di Lavoro, che ha totale responsabilità nel Sistema di Gestione SCR. Il sito è valutato con tutti i suoi processi, così come vi sono svolti. Per meglio delimitare il concetto di sito, si specifica che un sito coincide con la nozione di Unità Produttiva, così come definita dall'Art. 2.1.(i) del D.Lvo 626/94.

3.1.3. Multi-Sito

Si applica quanto definito nel Regolamento Tecnico 09 per i Sistemi di Gestione Ambientali. Per le finalità di questo Regolamento, non si applica la previsione di classificazione delle attività a limitata complessità (Cfr. § 5.2.1 del Regolamento RT-09 ed Appendice n°2 al presente Regolamento).

3.2 Organismo di Certificazione

Si definisce Organismo di Certificazione una terza parte, che valuta e certifica il Sistema di Gestione SCR di una Organizzazione, riguardo a dei criteri di certificazione, quali uno standard ovvero un documento assunto come standard, considerando, se necessario, anche altri regolamenti o altri documenti normativi e qualunque altra documentazione aggiuntiva come concordato contrattualmente tra lo stesso l'Organismo di Certificazione e l'Organizzazione.

3.3 Certificato di conformità

E' un documento, rilasciato da un Organismo di Certificazione accreditato, che indica che il Sistema di Gestione SCR di un'Organizzazione è conforme allo standard SCR specificato, ai requisiti aggiuntivi riportati nell'appendice n°6 al presente documento ed ai criteri definiti in questo e negli altri documenti prescrittivi del SINCERT applicabili.

3.4 Sistema di Certificazione

Un Sistema che ha le sue proprie regole sotto forma di procedure, che disciplinano sia i criteri di accreditamento, sia quelli per il rilascio delle certificazioni, come definiti nel presente documento e negli altri documenti applicabili del SINCERT, e che gestisce le attività di valutazione che possono portare all'emissione di un documento di Certificazione ed al suo relativo mantenimento.

3.5 "Deve" e "Dovrebbe"

Il termine "*Deve*" è usato in tutto il documento per indicare quelle disposizioni che devono essere considerate obbligatorie. Il termine "*Dovrebbe*" è usato per fornire un'indicazione che, quando è adottata, presuppone la conformità alle Norme ovvero alle Specifiche tecniche adottate.

² Nel testo del presente Regolamento Tecnico, il termine Organizzazione (con iniziale maiuscola) è da intendere sempre nell'accezione di "Entità Certificabile".

3.6 Significato di guida

- (a) Questo documento, che è basato sulla Linea Guida ISO IEC 66, non deve essere considerato indicativo del modo di interpretare o di applicare una qualunque legge o regolamento legale nazionale, ma deve essere considerato esclusivamente come il documento di riferimento per l'accreditamento operato dal SINCERT degli Organismi di Certificazione che intendono eseguire attività di valutazione e certificazione a fronte di norme o specifiche tecniche per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, quale la OHSAS 18001 (da qui in poi, per i nostri scopi, intesa come standard).
- (b) In alcuni paragrafi, il contenuto del documento non si limita ai dettagli relativi a ciò che l'Organismo di Accredimento richiede all'Organismo di Certificazione, ma evidenzia anche ciò che legittimamente ci si deve aspettare dall'Organizzazione che viene gestita con un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro Certificato. Tutto ciò non perché esista un legame diretto fra l'Organismo di Accredimento e tali Organizzazioni, ma questo documento rappresenta il mezzo per indicare ciò che l'Organismo di Accredimento si aspetta che l'Organismo di Certificazione sia in grado di valutare e, a sua volta, richiedere alle organizzazioni certificate.
- (c) Questo documento è stato scritto principalmente per l'uso da parte del SINCERT, per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione che operano nel campo della Salute e Sicurezza sul Lavoro. Ciò nonostante, lo stesso può essere di aiuto alle Organizzazioni che cercano la Certificazione, in quanto indica ciò che gli Organismi di Certificazione accreditati richiederanno, per valutare la conformità di ogni Sistema di Gestione SCR allo standard di riferimento.

3.7 Criteri

Il presente documento espone i criteri di accreditamento aggiuntivi a quelli riportati nei regolamenti per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione, in particolare per quelli che operano la valutazione e la Certificazione dei Sistemi di Gestione della Salute e della Sicurezza sui luoghi di Lavoro.

Lo scopo è quello di permettere al SINCERT, di armonizzare l'applicazione dei criteri di accreditamento. A questo scopo sono stati definiti dei criteri obbligatori che gli Organismi di Certificazione devono prendere in considerazione, per poter essere accreditati. Questo è un passo importante verso il riconoscimento reciproco delle Certificazioni emesse dagli stessi Organismi di Certificazione. E' auspicabile che il presente documento sia utilizzato non solo dagli Organismi di Certificazione, ma anche da tutte le Organizzazioni interessate al processo di Certificazione.

3.8 Non-Conformità

Si definisce Non Conformità l'assenza o la mancata implementazione o mantenimento di uno o più requisiti del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, oppure una situazione che, sulle basi di un'evidenza di Audit, sollevi dubbi significativi sulla capacità del Sistema di Gestione di raggiungere gli obiettivi previsti dalla Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro³.

L'Organismo di Certificazione è libero di definire diversi gradi di Non Conformità (per es. Non conformità maggiori e minori), e diverse denominazioni da dare alle osservazioni che individuano delle aree di miglioramento, (per es. Osservazioni o Raccomandazioni ecc).

Tuttavia, le anomalie che s'identificano con la suddetta definizione di Non Conformità, ai fini di questo documento, sono quelle maggiori e devono essere trattate come segue:

- Non Conformità durante la valutazione iniziale:

La Certificazione non viene rilasciata fino a quando tutte le Non Conformità non siano state chiuse ed i relativi trattamenti ed Azioni Correttive, non siano stati verificati positivamente dall'Organismo di Certificazione.

- Non Conformità durante un Audit di sorveglianza o di rinnovo:

A fronte della valutazione e conferma della stessa Non Conformità da parte del Responsabile di Pratica, l'organo deliberante dell' OdC, concede all'Organizzazione un tempo, definito nel regolamento di Certificazione di ogni singolo Organismo di Certificazione, ma comunque non superiore a 15 giorni, per la definizione del trattamento della stessa Non Conformità, per l'espletamento dell'analisi delle cause e per la definizione dell'Azione Correttiva (intesa nel senso più ampio di definizione dei provvedimenti atti a sanare le cause della Non Conformità e della pianificazione ed assegnazione di responsabilità e risorse per la loro attuazione). Tale Azione Correttiva dovrà esse-

³ Il termine Non Conformità può essere utilizzato anche con un ulteriore, minore, classificazione di gravità. In questo caso, le modalità di gestione dovranno essere definite dall'Organismo di Certificazione stesso.

re funzionale vuoi al ripristino degli eventuali aspetti carenti nella gestione, ma soprattutto al ripristino della capacità della Direzione di controllare gli aspetti gestionali dello stesso.
Allo scadere di tale periodo, ove non sia pervenuto all'Organismo di Certificazione il documento sopra menzionato, dovrà essere avviato l'iter di sospensione della Certificazione.
A seconda della gravità della Non Conformità, l'Organo Deliberante dell'Organismo di Certificazione, può decidere di provvedere anche da subito alla sospensione e/o revoca della certificazione.
Allo scadere del periodo accordato dall'Organismo di Certificazione all'organizzazione per la chiusura della Non Conformità, ove la stessa non risulti chiusa, l'Organismo di Certificazione dovrà iniziare l'iter di sospensione o della revoca della certificazione.

La sospensione della Certificazione non può estendersi oltre i sei mesi dal rilievo della Non Conformità che la ha causata.

3.9 SCR

Per necessità del sistema informatico del SINCERT, l'acronimo SCR può essere usato alternativamente a H&SMS o SGSSL (rispettivamente Health and Safety Management System e Sistema di gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro).

3.10 Certificato di Accreditamento

Un Certificato rilasciato ad un Organismo di Certificazione, da parte di un Ente di Accreditamento, in conformità con i propri regolamenti, che riporta la dichiarazione di accreditamento.

3.11 Assessment – Valutazione

Tutte le attività correlate alla Certificazione di un'Organizzazione per determinare se l'Organizzazione soddisfa tutti i requisiti delle clausole attinenti dello standard specifico necessario per garantire la Certificazione; se è implementato correttamente, incluse le attività di valutazione della documentazione, l'Audit, la preparazione e ponderazione della relazione dell'Audit e tutte le altre attività pertinenti necessarie a fornire le informazioni sufficienti affinché venga presa la decisione se la Certificazione può essere concessa.

3.12 Logo

Un simbolo, usualmente stilizzato, usato da un Organismo come forma di identificazione.

3.13 Marchio

Un marchio di fabbrica legalmente registrato o un simbolo diversamente protetto che viene emesso sotto le leggi di un Organismo di accreditamento o di Certificazione, che indica fiducia adeguata nei sistemi gestiti da un ente, oppure che prodotti o individui attinenti sono conformi ai requisiti dello standard specifico.

3.14 Rinnovo della Certificazione

Ripetizione della valutazione (vedi sopra) che tiene conto del documento al § 5.6.13.

3.15 Incidente

Evento improvviso, che interrompe il regolare procedere delle attività pianificate e che ha la potenzialità di provocare danni alle persone.⁴

3.16 Infortunio

L'infortunio è un evento dannoso, che si verifica per una causa violenta e che pregiudica temporaneamente o permanentemente la capacità fisica, anche lavorativa, della persona che ne rimane vittima.

3.17 Mancato infortunio (Near Miss)

Evento classificabile come incidente, avvenuto in presenza di persone, ma che non ha provocato l'infortunio (danni fisici) ad alcuna persona.

3.18 Gruppo di Audit

Gruppo di Audit o GDA, è l'insieme di Risorse Umane addette a svolgere un'attività di Audit, presso una specifica Organizzazione. Il Gruppo di Audit è composto da Auditor competenti e Certificati sui Sistemi di Gestione, basati sugli standard di riferimento certificabili e delle relative Linee Guida nazionali ed internazionali, nonché sulle tematiche della salute e sicurezza sul Lavoro. È coordinato da un Responsabile (RGDA) e può essere integrato dagli Esperti tecnici che si saranno reputati, di volta in volta, necessari.

⁴ In un'accezione di Risk Management dovrebbe essere considerato anche il danno alla proprietà.

3.19 RGDA

Auditor senior, con almeno le stesse competenze certificate di un Auditor, capace di coordinare le attività di un Gruppo di Auditor e di Esperti, nell'ambito di una specifica attività di Audit, che collabora con il Responsabile di Pratica nella predisposizione degli specifici Piani di Audit.

3.20 Stage (di Audit)

Particolare fase del processo di valutazione di un'organizzazione. Si distinguono le attività di Stage 1 e Stage 2, rispettivamente con le finalità di:

- Stage 1 - valutazione della documentazione e dell'assetto dell'Organizzazione prima dell'Audit valido per la certificazione, al fine di valutare l'eshaustività della documentazione stessa e degli elementi del Sistema di Gestione implementato, nonché definire le esigenze tecniche ed operative della successiva fase di Stage 2;
- Stage 2 - Audit di Certificazione rispetto allo standard di riferimento ed ai principi individuati nelle Linee Guida UNI INAIL, ILO ed UE.

4. Requisiti per gli Organismi di Certificazione

4.1 Prerequisito

Gli Organismi di Certificazione che vengono accreditati per l'espletamento di attività di certificazione nello schema SCR debbono avere attivo un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro per la loro stessa organizzazione, che integri il Sistema di Gestione in essere con i seguenti elementi:

- Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro.
- Riesame della Direzione, concernente il Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, che potrà coincidere temporalmente con la riunione ex Art. 11 del D. Lgs. 626/94
- Effettuazione della valutazione dei rischi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, sulla base del principio della partecipazione delle risorse umane aziendali, nell'ottica della crescita della consapevolezza per la Salute e Sicurezza sul Lavoro.
- Adozione di una procedura interna per la comunicazione ed il coinvolgimento delle risorse umane, relativamente alla Salute e Sicurezza sul Lavoro.
- Procedura ed attuazione degli Audit Interni per la Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Tali elementi sistemici si innesteranno sul Sistema di Gestione che gli Organismi di Certificazione dovranno, comunque, aver sviluppato nell'ottica del Decreto Legislativo 626/94, che ci si attende debba già comprendere gli aspetti relativi alla formazione delle risorse umane in merito ai temi della Salute e Sicurezza sul Lavoro, ovvero la manutenzione dei fattori produttivi tecnici, l'individuazione della struttura organizzativa per il Servizio prevenzione e protezione, l'allocazione delle responsabilità per la gestione delle emergenze e per la gestione ordinaria. Tale sistema dovrà essere inserito nel più ampio Sistema di Gestione dell' Organismo di Certificazione, comprendente, ad esempio, la gestione controllata della documentazione del Sistema di Gestione, delle Registre, delle Azioni Correttive ed Azioni Preventive.

4.1.1 Disposizioni generali

4.1.1.1 Le politiche e le procedure secondo le quali opera l'Organismo di Certificazione debbono essere non discriminanti e saranno condotte in modo non discriminante. Le procedure non dovranno essere usate per impedire o inibire l'accesso alle attività di certificazione ad organizzazioni se non nei casi specificati nella presente guida.

4.1.1.2 L'Organismo di Certificazione deve rendere i suoi servizi accessibili a tutti i richiedenti. L'Organismo di Certificazione non deve cercare di precludere l'accesso alle attività di certificazione ad un'organizzazione, per esempio a mezzo dell'applicazione di tariffe diverse da quelle previste. L'accesso alla certificazione non deve essere condizionato dalla dimensione dell'Organizzazione o all'appartenenza ad una associazione o gruppo, né la Certificazione deve essere condizionata dal numero di Organizzazioni già certificate.

4.1.1.3 I criteri sui quali il Sistema di gestione SCR si fonda, sono quelli definiti nello standard OHSAS 18001 (nell'attesa di una specifica Norma nazionale atta alla certificazione) interpretati sulla base della Linea Guida UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI, ovviamente il pieno rispetto delle leggi e regolamenti cogenti applicabili. Per qualunque Organizzazione che richieda la Certificazione del proprio Sistema di Gestione SCR, in particolare per le Organizzazioni che devono essere gestite secondo la normativa specifica nazionale (per es. Direttive europee, come la legge "Seveso"), l'Organismo di Certificazione dichiara, in termini contrattuali, che la propria attività non è sostitutiva, né integra in alcun modo quella delle Autorità Competenti.

Non è consentita la valutazione parziale di un sito [unità produttiva], intesa come valutazione di alcuni dei suoi processi o dei processi di alcune aree, non è neanche consentita la Certificazione di una parte di un processo. Ove un'organizzazione richieda di avere accesso alla certificazione del proprio Sistema di Gestione SCR, dovranno essere sottoposti a valutazione tutti i processi e tutte le aree dell'organizzazione, per tutti i siti per i quali è richiesto tale riconoscimento. Prima che l'attività di valutazione cominci, tutti i processi dell'Organizzazione devono essere stati individuati, analizzati e inclusi nel ciclo di miglioramento continuo del sistema di gestione SCR.

Ove un' Organizzazione disponga di più siti produttivi [unità produttive], tutti gli stessi dovranno avere integrato nel proprio Sistema di Gestione il Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, il cui sviluppo, applicazione e certificazione dovrà rientrare in un programma definito dall' Alta Direzione dell' Organizzazione. Tale programma, con le opportune giustificazioni tecniche relative ai siti esclusi, dovrà essere sottoposto all' Organismo di Certificazione per la preventiva approvazione. Le motivazioni che possono normalmente indurre l'Alta Direzione a non includere un sito nel programma di sviluppo, applicazione e certificazione sono relative ai seguenti accadimenti, previsti entro il primo ciclo di validità del certificato:

- possibile vendita del sito,
- significativa trasformazione della destinazione del sito ,
- significative trasformazioni della struttura tecnica ed organizzativa del sito.

Nel caso di dubbie motivazioni, ovvero interpretazioni, in merito all'esclusione di uno o più siti, l' Organismo di Certificazione potrà riservarsi di chiedere il parere del Sottocomitato di Accreditamento per i Sistemi di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro di SINCERT. Il parere espresso dal Sottocomitato avrà carattere vincolante.

4.1.1.4 Il processo di accreditamento, allo stato dell'arte del momento di pubblicazione di questo documento, viene realizzato a fronte della Specifica Tecnica OHSAS 18001.

L'Organismo di Certificazione deve limitare le proprie richieste, relativamente alle valutazioni e decisioni sulla Certificazione, agli elementi del Sistema di Gestione relativi allo scopo di Certificazione considerato.

L'Organismo di Certificazione deve stabilire in via contrattuale con l'Organizzazione (es. clausola nel contratto o nel Regolamento di Certificazione richiamato nel contratto), che le attività di valutazione svolte sul Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, e la possibile Certificazione della stessa Organizzazione, siano limitate ai soli requisiti della Specifica Tecnica OHSAS 18001, interpretata alla luce della Linea Guida INI INAIL.e che la conformità alle leggi nazionali costituisce un pre-requisito indispensabile per l'esecuzione delle attività di valutazione.

4.1.1.5 Stante il fatto che la responsabilità della conformità legislativa è una specifica responsabilità dell'Organizzazione che richiede la Certificazione del proprio Sistema di Gestione, l' Organismo di Certificazione deve verificare che l' Organizzazioni abbia valutato la propria conformità alle leggi e regolamenti cogenti applicabili e che sia in grado di dare evidenza che, nel caso che tale processo abbia portato al rilievo di Non Conformità, le stesse siano state gestite in conformità alle procedure applicabili di sistema. L'Organismo di Certificazione verifica la gestione di tale conformità alle leggi applicabili per la Salute e Sicurezza sul Lavoro secondo un campionamento. Tale campionamento deve essere pianificato, e tale da fornire un'adeguata fiducia che il Sistema di Gestione SCR operi correttamente anche relativamente al rispetto delle leggi applicabili.

Deve essere chiarito a livello contrattuale che il processo di Certificazione non è un'alternativa alle attività di verifica proprie delle Autorità Competenti.

La conformità legislativa, di cui al precedente § 4.1.1.5, significa che:

- (a) Un'Organizzazione con un Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro certificato dovrebbe operare per ottenere la continua conformità con il dettato delle leggi e regolamenti nazionali, relativi ai pericoli e rischi che gravano sulla Salute e Sicurezza dei lavoratori. L'Organismo di Certificazione, attraverso l'emissione della Certificazione di un Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, dà confidenza relativamente all'installazione di un Sistema capace di perseguire sia i propri obiettivi di miglioramento, sia la conformità alle leggi e regolamenti, sia la conformità alla Specifica Tecnica OHSAS 18001, interpretata sulla base della Linea Guida UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI.
- (b) L'Organismo di Certificazione deve sviluppare delle procedure che dettagliano le azioni da intraprendere quando sia evidenziata una Non conformità in essere o potenziale, specificando che nel periodo di trattamento della Non Conformità, sino al ripristino della stessa, si applica quanto previsto al § 3.8.

Tali procedure debbono anche stabilire che tutte le Non Conformità rilevate a fronte della Specifica Tecnica OHSAS 18001, *interpretata sulla base della Linea Guida UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI, (vedi tabella in allegato 6 al presente documento)*, siano comunicate alla Organizzazione valutata necessariamente per iscritto. È molto importante che l' Organizzazione sia avvisata di tale prescrizione di SINCERT nei confronti dello stesso Organismo di Certificazione.

- (c) L'Organismo di Certificazione dovrebbe tenere sempre di conto che le leggi ed i regolamenti cogenti relativi allo schema SCR applicabili ad un'Organizzazione, possono riguardare anche l'area esterna al sito verificato, come, ad esempio, nel caso dell'applicazione della Direttiva Seveso. L'Organismo di Certificazione dovrebbe avere un quadro chiaro di quali requisiti legislativi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, si applicano internamente ed all'esterno del sito sotto verifica.

4.1.2. Struttura

La struttura di un Organismo di Certificazione deve essere tale da offrire la massima fiducia sulla affidabilità e sostanzialità delle Certificazioni emesse.

In particolare, l'Organismo di Certificazione deve:

- (a) Essere imparziale;
- (b) Essere responsabile per le proprie decisioni relative alla concessione, al mantenimento, all'estensione, alla riduzione, alla sospensione ed al ritiro di ogni Certificazione rilasciata;
- (c) Identificare la struttura gestionale (comitato, gruppo o persona fisica) che ha la responsabilità su tutte le seguenti attività:
 - Esecuzione del processo di valutazione e rilascio della Certificazione, così come richiesto da questo documento;
 - La formulazione di politiche relative alle attività dello stesso Organismo di Certificazione;
 - Decisioni sul rilascio delle Certificazioni;
 - Supervisione sull'applicazione delle proprie politiche;
 - Supervisione sulle attività finanziarie dell'Organismo di Certificazione;
 - Delega di autorità ai comitati o a persone, come necessario, per lo svolgimento di specifiche attività in sua rappresentanza.
- (d) Essere un'entità giuridicamente riconosciuta ed avere la relativa documentazione;
- (e) Avere una struttura documentata che garantisca la propria imparzialità e l'assenza di conflitti di interesse diretti o relativi ai GDA, con le organizzazioni certificande o certificate. Questa struttura deve consentire la partecipazione di tutte le parti interessate allo sviluppo delle politiche e criteri relativi allo schema di Certificazione adottato ed al funzionamento dello schema di Certificazione (e.g. Parti Sociali, quali i Sindacati ed i Rappresentanti dell'industria, Ministero del Lavoro, Università, Assicurazioni private o Enti assicuratori pubblici, Autorità Competenti, Rappresentanti dei comitati paritetici territoriali);
- (f) Assicurare che ogni decisione relativa alle attività dello schema di Certificazione SCR, ovvero ogni decisione relativa alle Certificazioni rilasciate, venga presa da una o più persone che siano diverse da quelle che hanno svolto le attività di Auditing e che in particolare sia evidente la competenza del Responsabile di Pratica, eventualmente supportato nelle proprie attività, da un esperto;
- (g) Avere responsabilità relativamente alla supervisione delle attività di Certificazione, ivi compreso le attività di gestione del programma di Auditing, di Auditing e l'emissione del relativo rapporto;
- (h) Avere i mezzi necessari alla copertura RC derivante dall'espletamento delle proprie attività, anche se le stesse vengano affidate in outsourcing, secondo i dettati del successivo punto 4.1.3 del presente regolamento, a persone non dipendenti dalla propria Organizzazione e del cui operato l'OdC deve comunque rispondere civilmente e contrattualmente a vantaggio dell'Organizzazione Valutata;
- (i) Avere la stabilità finanziaria e le risorse necessarie per lo svolgimento delle attività correlate al sistema di Certificazione.
- (j) Impiegare:
 - un numero sufficiente di risorse umane, con il livello d'istruzione scolastica, addestramento, conoscenze tecniche ed esperienza adeguati a svolgere le funzioni relative alle attività di Certificazione, in relazione al tipo, ampiezza e volume di lavoro svolto, sotto la guida di un dirigente senior;
 - personale interno o a contratto, che svolga i compiti di Auditor o Lead Auditor, Certificato da un Organismo di Certificazione del personale riconosciuto dal SINCERT e che risponda ai requisiti definiti nell'appendice 1.
- (k) Avere un Sistema di Gestione per la Qualità, come delineato al § 4.1.4, che garantisca nella sua capacità di monitorare ed indirizzare lo svolgimento delle attività tipiche di un sistema di Certificazione;

- (l) Avere politiche e procedure che consentano di distinguere e gestire separatamente le attività di Certificazione delle Organizzazioni ed altre possibili attività nelle quali l'Organismo di Certificazione sia coinvolto;
- (m) Essere libero, compresi i suoi dirigenti ed il personale di staff, da ogni possibile pressione commerciale o finanziaria, ed in generale da ogni possibile conflitto di interessi, che possa influenzare i risultati del processo di Certificazione;
- (n) Avere delle regole formalizzate ed una struttura logistica per lo svolgimento delle attività di ogni comitato coinvolto nelle attività di Certificazione o nello sviluppo e/o manutenzione del sistema di Certificazione; anche questi comitati debbono essere liberi da ogni conflitto di interessi nei confronti delle singole pratiche di certificazione e da ogni possibile pressione commerciale e finanziaria che possa influenzare le loro decisioni⁵;
- (o) Assicurare che le attività delle proprie strutture o di strutture ad esso collegate, non impattino sulla riservatezza, obiettività o imparzialità delle sue Certificazioni e non deve offrire ed eseguire:
 - Servizi correlati alle attività per le quali sono certificate le organizzazioni clienti;
 - Servizi di consulenza per l'ottenimento ed il mantenimento della Certificazione;
 - Servizi di progettazione, sviluppo o mantenimento dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro.
- (p) Avere politiche e procedure per la risoluzione dei reclami, per la risoluzione imparziale ed indipendente degli appelli e dispute nate con le Organizzazioni Clienti o con altri soggetti, a proposito della gestione delle Certificazioni o delle altre attività correlate.

4.1.3 Appalto (Outsourcing)

Ove un Organismo di Certificazione decida di affidare le attività di Auditing ad una persona fisica, deve essere predisposto un documento di convenzione, che disciplini gli aspetti di riservatezza, di assenza di conflitto di interessi, l'impiego di strutture o mezzi. Per la regolamentazione di tali rapporti, vale quanto previsto al § 2.9.3 del Regolamento Generale RG-01, specificando che l' Organismo di Certificazione deve garantire la totale assenza di conflitti di interessi con le Organizzazioni certificande o certificate, tra gli Auditor, specialmente se esterni alla propria struttura e tali Organizzazioni, nonché le Società di consulenza, ovvero i singoli consulenti, che hanno collaborato o che collaborano con le Organizzazioni citate. Il mancato rispetto del presente requisito comporta l' applicazione dei provvedimenti sanzionatori previsti al § 1.8 del RG-01. Inoltre, la persona fisica interessata deve avere le caratteristiche previste dall'Appendice 1 e l'Organismo di Certificazione deve:

- (a) Assumere e mantenere la piena responsabilità per tale attività data in appalto, non potendo, comunque, delegare ad altri sia la gestione del Programma di Audit, sia l'emissione del rapporto di Audit, sia gli aspetti di garanzia della conformità delle attività svolte alle prescrizioni di questo documento, sia la responsabilità per l'emissione, il mantenimento, l'estensione, la riduzione, la sospensione o il ritiro della Certificazione;
- (b) Assicurare che la persona fisica cui sono state appaltate le attività di Auditing, sia competente ed abbia le caratteristiche previste da questo documento e dall'Appendice 1 e che non sia interessata direttamente o indirettamente nella progettazione, sviluppo, applicazione e manutenzione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro o di Sistemi di Gestione a questo correlati compromettendo, così, l'imparzialità delle attività di Certificazione;
- (c) Ottenere a tal proposito l'approvazione delle Organizzazioni Clienti e del SINCERT (approvazione dei curricula e della qualifica degli Auditor, che avviene sia in fase di valutazione documentale, sia in sede di Visita in Organismo di Certificazione, sia direttamente sul campo, in occasione delle Visite in Accompagnamento).

⁵ Una struttura dove i membri vengono nominati quali rappresentanti di diversi interessi e dove non predomini un interesse particolare sarà considerata soddisfacente per tale esigenza.

4.1.4 Sistema di Gestione per la Qualità

4.1.4.1 La Direzione dell'Organismo di Certificazione (management), avente responsabilità esecutive per la Qualità, deve definire e documentare la sua politica per la Qualità e per la Sicurezza, includendo gli obiettivi e l'impegno per la Qualità e Sicurezza (compresi gli obiettivi di miglioramento attesi presso le organizzazioni certificate). Il management deve assicurare che queste politiche siano comprese, applicate ed aggiornate a tutti i livelli della propria Organizzazione.

4.1.4.2 L' Organismo di Certificazione deve operare sulla base delle regole definite dal proprio Sistema di Gestione per la Qualità, in accordo con i requisiti di questa guida e che siano appropriati al tipo, estensione e dimensione delle attività svolte. Pertanto, il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Organismo di Certificazione deve avere una struttura documentata e tale documentazione deve essere disponibile per lo staff dell'Organismo stesso. L'Organismo di Certificazione deve assicurare l'efficace applicazione delle procedure ed istruzioni di tale Sistema di Gestione per la Qualità. L'Organismo di Certificazione deve designare una persona che abbia accesso diretto all'alta direzione e che, a prescindere da ogni altra attività, deve avere una specifica responsabilità ed autorità per:

- (a) Assicurare che il Sistema di Gestione per la Qualità sia stabilito, applicato ed aggiornato in accordo a questa Guida;
- (b) Rendicontare all'Alta Direzione sulle prestazioni (efficacia ed efficienza) del Sistema di Gestione per la Qualità e sull'andamento dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro Certificati, quale base per il Riesame della Direzione e per lo sviluppo di azioni di miglioramento relative ai Programmi di Audit.

4.1.4.3 Il Sistema di Gestione per la Qualità deve essere documentato in un Manuale della Qualità, con le relative procedure. Tale Manuale della Qualità deve fare riferimento almeno ai seguenti aspetti:

- (a) La formalizzazione della Politica per la Qualità e della Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro⁶;
- (b) Una breve descrizione dello stato giuridico dell'Organismo di Certificazione, che includa, così come registrato presso la CCIAA, la sua ragione sociale, i riferimenti dei suoi proprietari/soci o il nominativo delle persone fisiche che lo controllano;
- (c) I nomi, qualifiche, esperienza ed i curricula professionali dei dirigenti senior e di tutto il rimanente personale dell'Organismo di Certificazione che, per via delle proprie attività, influenzano la Qualità dell'esecuzione delle attività dello stesso Organismo di Certificazione;
- (d) Un organigramma che mostri le linee di autorità, responsabilità ed allocazione delle funzioni a partire dai dirigenti senior, in modo che siano evidenti le relazioni tra i Responsabili di Pratica (e i RGDA che operano sul campo) ed i responsabili dell'assunzione delle decisioni relative alle delibere delle stesse Certificazioni ivi comprese anche le Parti Interessate;
- (e) Una descrizione della struttura dell'Organismo di Certificazione, che includa i dettagli relativi alla struttura gestionale dello stesso Organismo di Certificazione, inclusi i dettagli sulla direzione (comitati, gruppi di persone che rappresentano degli interessi specifici, come identificati al § 4.1.2 c), i riferimenti alla loro modalità di costituzione (es. nomina da parte delle parti interessate a seguito di specifica richiesta dell'OdC), riferimenti procedurali e criteri di lavoro;
- (f) I criteri e le procedure definiti per la gestione e conduzione del Riesame della Direzione;
- (g) Procedure gestionali, compresa la modalità di controllo della documentazione;
- (h) Gli obblighi operativi e funzionali ed i compiti relativi ai servizi erogati, ivi compresa la valutazione delle prestazioni dei diversi processi, così che sia chiara l'estensione delle singole responsabilità allocate alle diverse risorse umane dell'Organismo di Certificazione e la modalità adottata per gestire il miglioramento delle attività dello stesso Organismo di Certificazione;
- (i) La politica e le Procedure per l'assunzione (o la collaborazione esterna) e l'addestramento del personale dell'Organismo di Certificazione, inclusi gli Auditor, e le modalità di monitoraggio delle loro prestazioni;
- (j) Le procedure per la gestione delle Non Conformità e per l'assicurazione dell'efficacia delle Azioni Correttive intraprese;
- (k) Le politiche e procedure per l'implementazione del processo di Certificazione, incluso:

⁶ L'Organismo di Certificazione interessato ad ottenere l'accreditamento per le attività di valutazione e Certificazione dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, deve dotarsi di una Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro intesa alla definizione di obiettivi e delle relative linee guida per il loro raggiungimento, in funzione dell'esigenza di portare le Organizzazioni Clienti verso una situazione di efficacia ed efficienza nel miglioramento continuo per l'abbattimento del tasso degli infortuni sul lavoro e della genesi di malattie professionali, ottenuto principalmente attraverso l'educazione e la partecipazione delle risorse umane aziendali.

- Le condizioni per l'emissione, il mantenimento ed il ritiro della Certificazione;
 - La verifica dell'uso e dell'effettiva applicabilità dei documenti utilizzati per la Certificazione di un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro;
 - Le procedure di Certificazione devono essere correlate ad un tempo minimo necessario all'esecuzione delle attività di valutazione ed alla predisposizione di un piano di valutazione. (Vedi Appendice 2);
 - Le procedure per la sorveglianza ed il rinnovo delle Organizzazioni Certificate.
- (l) Le politiche e le Procedure per gestire gli appelli, i reclami ed i contenziosi;
- (m) Le Procedure per la conduzione di Audit interni basate sui principi e sui requisiti degli standard ISO per l'Auditing.

4.1.5 Condizioni necessarie per l'emissione, il mantenimento, l'estensione, la riduzione, la sospensione ed il ritiro della Certificazione

4.1.5.1. La Certificazione non può essere concessa fino a che non ci sia la ragionevole sicurezza della completa ed efficace applicazione di tutti i requisiti dello standard di riferimento con particolare attenzione almeno:

- all'efficacia del processo di misura, relativo al miglioramento continuo per gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro;
- all'efficacia dell'Auditing interno nonché alle modalità adottate ed ai contenuti per il reporting verso la Direzione;
- all'effettuazione del Riesame della Direzione ed alla discendente attività di definizione degli obiettivi;
- al coinvolgimento delle parti interessate (significativamente le risorse umane aziendali).

Per lo sviluppo e l'applicazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, l'Organismo di Certificazione deve verificare che l'Organizzazione abbia adottato i criteri previsti dallo standard di riferimento, sulla base dei principi enunciati dalle Linee Guida UNI INAIL, ILO ed UE⁷ emesse ed approvate dalle parti sociali (ciò nonostante, non è richiesta una valutazione di conformità a tale documento, ma è obbligatoria la verifica su base di un congruo campionamento di risorse umane, della consapevolezza dei principi citati ed in particolare della partecipazione delle stesse risorse umane alle attività di valutazione dei rischi e ad altre attività di coinvolgimento emotivo sul problema della Salute e Sicurezza sul Lavoro).

L'Organismo di Certificazione deve specificare le condizioni per l'emissione, il mantenimento, la riduzione e l'estensione della Certificazione del Sistema di Gestione SCR, così come le condizioni che ne determinano la sospensione ed il ritiro. In particolare, l'Organismo di Certificazione deve richiedere contrattualmente all'Organizzazione che ha fatto richiesta di Certificazione, di comunicare tempestivamente ogni modifica significativa apportata al proprio Sistema di Gestione SCR, al fine di poterne valutare l'impatto sulla conformità allo standard di riferimento, eventualmente con un Audit in sito (cfr § 4.1.5.3.c). L'Organizzazione deve dimostrare di impiegare con adeguata sistematicità una Procedura di valutazione dei rischi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, che tenga conto delle segnalazioni dei mancati infortuni o degli incidenti occorsi, così come delle statistiche (di fonte certa e validata, come quelle di gruppo o dell'INAIL) suddivise per area geografica e per tipologia di attività. La metodologia utilizzata per la valutazione dei rischi deve essere definita in una specifica Procedura. Quest'ultima deve essere applicata con sistematicità e tale applicazione deve coinvolgere il maggior numero possibile di risorse umane operanti presso il sito dell'Azienda, sia che si tratti di risorse umane dell'Azienda, sia che si tratti di risorse umane dei fornitori. Tale metodologia deve essere sviluppata in accordo alle migliori pratiche e tecniche disponibili, desumibili dalle Leggi o da documenti interpretativi o Linee Guida emanate dalle apposite Autorità Competenti. Gli Organismi di Certificazione devono predisporre un'apposita lista di riscontro atta a valutare l'eshaustività di tale strumento.

4.1.5.2 L'Organismo di Certificazione deve richiedere alle Organizzazioni Clienti, la conformità allo standard di riferimento anche attraverso la documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro. Tale documentazione deve descrivere tutti gli aspetti richiesti dallo standard di riferimento e deve riferirsi a tutte le leggi e regolamenti applicabili alla specifica Azienda. La valutazione della conformità della documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro deve essere stata completata con esito soddisfacente, come condizione per il prosieguo delle attività di Auditing in Stage 2 (cfr. § 5.3.2.2).

⁷ Nell'Appendice 6 al presente documento è riportata una tabella di correlazione tra i punti della OHSAS 18001 e la Linea Guida UNI INAIL, con l'evidenza degli aspetti di integrazione di quest'ultima rispetto alla specifica tecnica citata.

4.1.5.3 l'Organismo di Certificazione deve avere delle Procedure per:

- (a) L'emissione, il mantenimento, la sospensione ed il ritiro delle Certificazioni emesse;
- (b) L'estensione e la riduzione degli scopi di Certificazione;
- (c) L'esecuzione di Audit aggiuntivi, nel caso di significative modifiche all'architettura del Sistema di Gestione, che riguardino i processi aziendali, anche da un punto di vista tecnico, o la proprietà dell'Azienda. Tale Procedura deve prevedere anche la possibilità della esecuzione di un Audit straordinario, qualora un reclamo significativo o altre informazioni, quali la notizia di una prescrizione o di una determina delle Autorità Competenti, indichino che l'Organizzazione certificata non risulta più conforme ai requisiti fissati dall'Organismo di Certificazione. L'Organismo di Certificazione deve definire in termini contrattuali che le modifiche apportate all'architettura del Sistema di Gestione, ai processi in genere ed alla struttura dell'Organizzazione certificata, debbono essere tempestivamente comunicate allo stesso Organismo di Certificazione, per la successiva valutazione dell'esigenza di una verifica straordinaria di aggiornamento della conformità dello stesso Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro;
- (d) Definire contrattualmente quali siano le azioni conseguenti della sospensione o del ritiro della Certificazione, quali ad esempio, i vincoli all'uso del logo di Certificazione o quali comunicazioni verranno date alle parti interessate. L'Organismo di Certificazione deve dare pubblica notorietà all'emissione, sospensione, modifica e ritiro della Certificazione. In ogni caso, il ritiro della Certificazione deve essere riportato almeno, quale modifica, nell'elenco delle Organizzazioni certificate.

Relativamente al caso di sospensione o ritiro della Certificazione, l'Organismo di Certificazione deve definire contrattualmente, con le Organizzazioni Clienti, che la comunicazione di tale evento alla Pubblica Amministrazione, così come ai propri Clienti, sarà di competenza esclusiva della stessa Organizzazione cui la Certificazione è stata ritirata. Ciò fatte salve le eventuali prescrizioni derivanti da regolamenti cogenti o da Leggi dello Stato.

4.1.5.4 L'Organismo di Certificazione deve avere delle Procedure formali, che devono essere rese disponibili a richiesta del SINCERT, relativamente a:

- (a) La valutazione iniziale delle Organizzazioni che hanno adottato un Sistema di Gestione SCR, in accordo con i requisiti dello standard di riferimento, e con i principi di Audit definiti nella UNI EN ISO 19011:2003;
- (b) Le attività di sorveglianza e di rinnovo della Certificazione dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, svolta su base periodica o straordinaria, per dare evidenza della continuità della conformità ai principali requisiti dello standard di riferimento. Tale Procedura deve prevedere anche l'analisi della capacità delle Organizzazioni certificate, di individuare e mettere in pratica le più opportune Azioni Correttive, a seguito di infortuni o mancati infortuni, al fine di eliminare le cause degli stessi;
- (c) Identificare e registrare periodicamente le Non Conformità e le azioni di trattamento delle stesse Non Conformità, così come le relative Azioni Correttive, da parte delle Organizzazioni Clienti, per quegli eventi quali l'uso erraneo dei riferimenti alla Certificazione, ovvero un uso improprio o fuorviante di tali riferimenti.

4.1.6 Audit Interni e Riesame della Direzione

4.1.6.1 L'Organismo di Certificazione deve eseguire periodicamente, degli Audit Interni con una programmazione che copra tutte le Procedure ed in modo sistematico, per verificare che il Sistema di Gestione per la Qualità dello stesso Organismo di Certificazione sia correttamente applicato e che sia efficace, in relazione ai processi che impattano sullo schema d'accreditamento SCR. L'Organismo di Certificazione deve, inoltre, assicurare che:

- (a) Le risorse umane addette alle attività oggetto di valutazione, siano rese edotte dell'esito delle attività di Auditing svolte sui processi da queste presidiati;
- (b) Siano adottate delle Azioni Correttive in tempi definiti ed in modo adeguato;
- (c) I risultati degli Audit Interni siano registrati ed utilizzati per la valutazione periodica sullo stato del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Organismo di Certificazione (Riesame della Direzione).

4.1.6.2 La Direzione dell'Organismo di Certificazione deve riesaminare il Sistema di Gestione per la Qualità dello stesso Organismo di Certificazione ad intervalli predefiniti, ma sufficienti per garantire la continuità del suo funzionamento, che coinciderà con il normale modo di operare dello stesso Organismo di Certificazione. In particolare, deve essere valutata la continua adeguatezza del Sistema di Gestione per la Qualità ai processi effettivamente implementati e l'efficacia dello stesso Sistema di Gestione per la Qualità nel soddisfare i requisiti del presente documento, nonché la capacità di perseguire e raggiungere gli obiettivi, che sono identificati dall'Alta Direzione relativamente al miglioramento dei Programmi di Audit per lo specifico schema SCR e relativamente al miglioramento delle prestazioni riguardo alla salute e sicurezza sul Lavoro delle organizzazioni certificate (Cfr. § 4.4.3.a). L'Organismo di Certificazione deve archiviare e conservare le registrazioni di tali Audit e Riesami della Direzione.

4.1.7 Documentazione

4.1.7.1 L'Organismo di Certificazione, con cadenza periodica, deve rendere disponibile la documentazione aggiornata (attraverso pubblicazioni specifiche, attraverso il sito internet o altri mezzi appropriati), relativamente ai seguenti dati:

- (a) Informazioni sullo stato di accreditamento dello stesso Organismo di Certificazione;
- (b) Una descrizione del proprio Sistema di Certificazione, comprensiva delle regole e procedure per l'emissione, la sorveglianza, l'estensione, la riduzione, la sospensione ed il ritiro delle Certificazioni concesse;
- (c) Le principali informazioni relative al processo di certificazione;
- (d) Una descrizione delle fonti di finanziamento dell'Organismo di Certificazione ed il tariffario relativo alle attività di Certificazione;
- (e) Un elenco dei diritti e dei doveri delle Organizzazioni che richiedono di essere certificate, compreso il riferimento alle limitazioni dell'uso del logo di Certificazione e le modalità e limitazioni che debbono essere nel comunicare a terzi lo stato di Organizzazione certificata;
- (f) Informazioni sull'esistenza ed il contenuto delle Procedure da utilizzare per presentare dei reclami, degli appelli o per la gestione dei contenziosi;
- (g) Un elenco delle Organizzazioni certificate, che includa i siti coperti da Certificazione, la data di Certificazione ed il numero di Certificato (o altro codice identificativo, univoco, dello stesso Certificato) e che descriva lo scopo della certificazione.

4.1.7.2 L'Organismo di Certificazione deve stabilire e mantenere attive delle Procedure per il controllo della documentazione, dei dati e delle registrazioni relative ai processi di certificazione che ha adottato. Tali documenti devono essere revisionati periodicamente, per valutarne e preservarne la conformità al presente documento ed ai processi in essere. Tali documenti, prima della loro distribuzione ed impiego operativo, anche a seguito di modifiche, devono essere revisionati ed approvati per adeguatezza da dei responsabili competenti ed autorizzati allo scopo. L'Organismo di Certificazione deve predisporre e tenere aggiornato un elenco dei documenti del Sistema di Gestione per la Qualità, che indichi il loro stato di revisione e la data di emissione. La distribuzione di tutti questi documenti deve avvenire in modo controllato, assicurando che gli stessi siano resi disponibili al personale dell'Organismo di Certificazione o delle Organizzazioni certificate, per quanto di loro competenza, per lo svolgimento delle attività di Certificazione.

4.1.8 Registrazioni

4.1.8.1 L'Organismo di Certificazione deve predisporre e tenere applicato, un sistema di gestione delle registrazioni delle attività svolte, che sia adatto a tenere traccia dei processi svolti e che dia evidenza del rispetto delle prescrizioni relative a questo documento ed a tutti i regolamenti e Leggi applicabili. Inoltre:

- (a) L'Organismo di Certificazione conserverà le registrazioni delle Non Conformità rilevate presso le Organizzazioni Clienti almeno per tutto il tempo nel quale l'Organizzazione rimarrà certificata per lo specifico schema SCR;
- (b) Per ogni Organizzazione certificata, verrà;
- (c) Le registrazioni dell'Organismo di Certificazione debbono dimostrare che le Procedure adottate per la gestione del processo di Certificazione, sono state correttamente seguite, in particolare per gli aspetti relativi alle richieste di certificazione ed alle relative offerte, alle attività di predisposizione ed esecuzione degli Audit ed a tutte quelle registrazioni che sono di supporto alle decisioni adottate per la concessione, il mantenimento, l'estensione e riduzione, la sospensione ed il ritiro della Certificazione;

- (d) Le registrazioni devono essere identificate, gestite e conservate in modo tale da garantire il rispetto dell'integrità, disponibilità e riservatezza dei dati,
- (e) Le registrazioni devono essere conservate per un periodo di tempo tale da poter dare evidenza della validità delle certificazioni emesse, almeno per la durata di due cicli di valutazione, o per i periodi previsti da eventuali prescrizioni cogenti.

4.1.8.2 Informazioni delle Organizzazioni

- (a) L'Organismo di Certificazione deve avere una Politica della Sicurezza (Security) delle Informazioni che copra le informazioni relative alle pratiche delle organizzazioni Clienti o di quelle Organizzazioni che, comunque, abbiano inviato documenti afferenti il proprio Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, anche nel solo ambito della richiesta di offerta;
- (b) L'Organismo di Certificazione deve avere, quindi, una specifica Procedura per la gestione delle informazioni delle Organizzazioni Clienti, che sia tale da garantire la conservazione delle stesse informazioni almeno per un periodo che copra gli obblighi contrattuali in essere con le Organizzazioni Clienti e, comunque, previsti per legge o da altri regolamenti applicabili;
- (c) La Politica della Sicurezza (Security) e le relative procedure, relativamente all'accesso a queste registrazioni, debbono dare evidenza della limitazione di responsabilità sulla riservatezza dei dati, nel caso di accesso agli stessi da parte delle Autorità Competenti, nonché delle modalità contrattuali con le quali tale limitazione di responsabilità è resa nota alle Organizzazioni interessate.

4.1.9. Riservatezza

- 4.1.9.1. L'Organismo di Certificazione deve avere delle adeguate sistemazioni, coerenti con le previsioni delle Leggi applicabili, per salvaguardare la riservatezza delle informazioni ottenute e registrate durante lo svolgimento del processo di Certificazione. Ciò vale ad ogni livello della struttura, sia geografica che organizzativa: comprese le sedi periferiche, la trasmissione delle informazioni, la loro conservazione e la loro condivisione nell'ambito di comitati o con strutture esterne (es. di Auditing).
- 4.1.9.2. Le informazioni relative alle Organizzazioni oggetto di valutazione di conformità non debbono essere rese disponibili all'esterno della struttura dello stesso Organismo di Certificazione, ma conservate con adeguato livello di riservatezza almeno conforme alle prescrizioni di legge. Ove le informazioni relative al processo di Certificazione, relativamente ad una specifica Organizzazione, siano richieste da una Autorità Competente ed autorizzata, tale Organizzazione dovrà essere informata in modo tracciabile, di tale richiesta o del prelievo di tali informazioni, il tutto nel rispetto dei requisiti di legge applicabili.

4.2. Personale dell'Organismo di Certificazione

4.2.1. Generalità

- 4.2.1.1. Il personale dell'Organismo di Certificazione, che svolge le attività previste dal processo di Certificazione, deve essere competente per le stesse attività, nel macrosettore EA specifico, vedi allegato 4, sia che si tratti del GDA, sia del Responsabile di Pratica. Quest'ultimo può non avere tale competenza, ma essere affiancato da un ESP.
- 4.2.1.2. L'Organismo di Certificazione deve conservare le evidenze della qualifica scolastica dell'addestramento e delle esperienze lavorative e professionali di tutti coloro che operano nell'ambito del processo di Certificazione. Le registrazioni relative all'addestramento ed alle esperienze operative debbono essere mantenute aggiornate con una periodicità sufficiente ed almeno su base annuale.
- 4.2.1.3. Il personale dell'Organismo di Certificazione deve poter accedere a delle descrizioni, adeguatamente aggiornate, dei propri compiti e responsabilità.

4.2.2. Criteri di qualifica per gli Auditor e per gli esperti.

4.2.2.1. Per garantire che le valutazioni eseguite nell'ambito del processo di Certificazione, siano corrette ed eseguite con un approccio uniforme, l'Organismo di Certificazione deve stabilire un criterio di valutazione della loro competenza, sulla base delle indicazioni della UNI EN ISO 19011:2003.

4.2.2.2. Gli Auditor che svolgono attività di RGDA e di Auditor, con la sola esclusione degli Osservatori, debbono essere Certificati sulla base di criteri oggettivi che riflettano i principi della norma UNI EN ISO 19011:03. In aggiunta a tali criteri, vale quanto riportato in appendice n° 1 a questa Guida. Il Lead Auditor e gli Auditor impiegati nel processo di Certificazione dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, debbono essere Certificati da un Organismo di Certificazione del personale riconosciuto dal SINCERT. Inoltre, gli stessi Auditor dovranno essere periodicamente addestrati ed aggiornati, nonché valutati dallo stesso Organismo di Certificazione sulla base delle attività svolte e dell'aggiornamento cui si sono sottoposti, ivi compreso l'aggiornamento sulle:

- (a) Leggi di Stato relative alla Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- (b) La conoscenza sullo standard di riferimento e sulle modalità di Auditing;
- (c) Principi di gestione Aziendali e di valutazione e gestione dei rischi relativi alla Salute e Sicurezza sul Lavoro.

4.2.2.3. Gli esperti tecnici non devono necessariamente avere competenza per le attività di Auditing, ma debbono essere competenti rispetto ai punti (a) e (c).

4.2.3. Procedura di selezione

4.2.3.1. Generalità sulla selezione degli Auditor e degli Esperti

L'Organismo di Certificazione deve avere una Procedura per:

- Selezionare gli Auditor e gli Esperti tecnici sulla base delle loro competenze, addestramento, qualifica ed esperienza;
- Valutare inizialmente la condotta degli Auditor e degli Esperti durante le attività di Auditing e, successivamente, monitorare le loro prestazioni nel tempo;
- Assicurare un periodico addestramento sui temi relativi alla gestione dei Sistemi di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro e sulle modalità di verifica degli stessi, sviluppando le abilità e competenze del personale addetto a tali attività di valutazione, in particolare in merito all'evoluzione normativa, alle metodiche di Audit e di valutazione dei rischi ed i criteri di accreditamento;
- Definire il Programma di Audit.

4.2.3.2. Designazione per specifiche attività di valutazione

Quando un Organismo di Certificazione designa un Gruppo di Audit per una specifica attività, deve valutare che le competenze di ogni componente del gruppo siano adatte per i compiti assegnatigli. In particolare, il GDA deve :

- Avere un'appropriate conoscenza delle leggi applicabili, delle Procedure di Certificazione e dei quanto attiene alle attività che debbono essere svolte;
- Avere una completa conoscenza dei principali metodi di valutazione e della relativa documentazione;
- Avere delle conoscenze tecniche appropriate, relativamente ai pericoli riscontrabili nelle specifiche attività per le quali viene richiesta la Certificazione e, dove ciò può essere importante, anche delle procedure applicabili e della loro potenzialità di generare dei rischi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (a questo scopo possono essere utili degli esperti tecnici, che non siano necessariamente Auditor);
- Avere una capacità di analisi e sintesi tale da poter sviluppare un quadro realistico delle competenze dell'Organizzazione nella gestione dei rischi per la collettività nell'ambito dei propri processi, prodotti o servizi, nell'ambito del sito sottoposto a valutazione;
- Essere in grado di comunicare con efficacia, sia per iscritto che oralmente, nella lingua nella quale è previsto svolgere l'Audit;

- Essere libero da conflitti di interesse che possano, in qualche misura, alterare la capacità di giudizio dei membri del team di Audit o la sua capacità di essere imparziale ed al di sopra delle parti. I membri del Gruppo di Audit, prima dell'inizio delle attività di Audit, dovrebbero mettere al corrente la Direzione dell'Organismo di Certificazione, a proposito di situazioni che possano configurare un conflitto di interessi, manifesto o ipotizzabile, tra loro e l'Organizzazione da valutare.

4.2.4. Rapporto contrattuale con il personale addetto agli Audit

L'Organismo di Certificazione deve richiedere al personale addetto alle attività di valutazione di un'Organizzazione (Responsabile di Pratica, Auditor, Esperti etc.), di firmare un contratto, una convenzione o altro documento assimilabile, con il quale si assumono l'impegno al rispetto delle regole definite dall'Organismo di Certificazione, incluse quelle relative alla riservatezza e quelle relative all'indipendenza da fattori commerciali o d'interesse personale, quali legami precedenti o attuali con la stessa Organizzazione da valutare, e comunque configuranti un conflitto d'interessi.

L'Organismo di Certificazione deve assicurare che ogni persona esterna alla propria struttura, utilizzata per le attività di valutazione di un'Organizzazione, sia in grado di soddisfare i requisiti previsti da questo Rapporto Tecnico, documentando la modalità adottata per conseguire tale sicurezza.

4.2.5. Registrazioni relative al personale addetto agli Audit

4.2.5.1. L'Organismo di Certificazione deve predisporre e mantenere aggiornate delle registrazioni sugli Auditor ed Esperti, che contemplino almeno quanto segue:

- Nome ed indirizzo;
- Rapporto contrattuale e posizione assunta nell'Organizzazione dell'OdC;
- Qualifica scolastica e stato professionale;
- Esperienza ed addestramento nei vari macrosettori d'attività di Certificazione;
- Data di revisione delle registrazioni;
- Informazioni sulle prestazioni;
- Registrazione delle attività di Certificazione svolte;
- Dati relativi alla Certificazione personale.

4.2.5.2 L'Organismo di Certificazione deve assicurare che il precedente requisito sia applicato anche per ogni Auditor indipendente, secondo quanto già previsto al § 4.1.3, che opera in outsourcing.

4.2.6. Procedure per il Gruppo di Audit

Ogni Gruppo di Audit deve essere dotato di un set aggiornato di Procedure e relativi supporti di registrazione, relative all'Audit. Il GDA deve avere, altresì, la disponibilità di tutte le principali informazioni sulle strutture presso le quali svolge l'attività di valutazione. Tali Procedure e documenti possono risiedere sia su supporto cartaceo, sia su supporto magnetico, eventualmente anche remoto, atteso che il GDA deve avere la disponibilità di un idoneo hardware e connettività per la consultazione di tali supporti, per tutto il tempo in cui si sviluppa l'attività di Audit.

4.3 Modifiche nei requisiti di Certificazione

L'Organismo di Certificazione deve fornire un'adeguata informazione relativamente ad ogni cambiamento che questi intenda apportare ai requisiti di Certificazione, in conformità con i requisiti di accreditamento. In questo processo di aggiornamento, prima di assumere ogni possibile decisione relativa alla forma, contenuto e data di validità di ogni modifica, deve prendere in considerazione il punto di vista delle parti interessate. A seguito della decisione e della pubblicazione dei cambiamenti allo schema di Certificazione, l'Organismo di Certificazione deve verificare che ogni Organizzazione certificata, al termine di un periodo transitorio definito, abbia messo in essere le opportune correzioni al proprio Sistema di Gestione. Il periodo transitorio dovrà essere congruo con l'entità delle modifiche apportate.

L'Organismo di Certificazione dovrà, altresì, definire contrattualmente, con le Organizzazioni Clienti, che il mancato adeguamento alle modifiche apportate ai requisiti di Certificazione, comporta la sospensione prima e successivamente il ritiro della stessa Certificazione.

4.4 Appelli, Reclami e Contenziosi

Richieste di appelli, reclami e contenziosi, portati all'attenzione dell'Organismo di Certificazione dalle Organizzazioni o da altre parti dovranno essere gestite secondo le Procedure dello stesso Organismo di Certificazione.

L'Organismo di Certificazione deve mantenere una registrazione degli appelli, dei reclami e dei contenziosi, così come delle relative azioni intraprese per la loro gestione per predisporre gli adeguati trattamenti delle eventuali Non Conformità rilevate, così come dell'analisi delle cause delle stesse e delle relative Azioni Correttive, sia che si tratti di problemi relativi alla propria struttura, sia che si tratti di problemi relativi alla struttura delle Organizzazioni da questi certificate. L'Organismo di Certificazione deve mantenere un'adeguata registrazione, sia delle Azioni Correttive intraprese da lui medesimo sia di quelle delle Organizzazioni Clienti, così come della verifica della loro efficacia.

5 Requisiti per la Certificazione

5.1 Richiesta di Certificazione

5.1.1 Informazioni sulla procedura

5.1.1.1 Alle Organizzazioni che richiedono la Certificazione del proprio Sistema di Gestione, così come a quelle già certificate, deve essere resa disponibile una descrizione dettagliata della procedura di valutazione per il successivo, eventuale, rilascio della certificazione, un set di documenti che contenga i requisiti per la Certificazione, così come dei documenti che descrivano quali sono i diritti e doveri delle Organizzazioni certificate, il tutto come previsto al § 4.1.7.1 del presente Regolamento Tecnico. Tali Procedure, al di là di ogni altro requisito, debbono prevedere che l'Organismo di Certificazione stabilisca contrattualmente con le Organizzazioni Clienti, i seguenti requisiti:

- (a) L'attività di valutazione da questi condotta non deve essere considerata come una forma di liberatoria nei confronti delle verifiche condotte dalle Autorità Competenti;
- (b) All'interno di uno stesso sito sono sottoposti a valutazione, per la successiva, eventuale, Certificazione, i processi, la struttura ed il Sistema di Gestione SCR, nella sua interezza;
- (c) Prima dell'inizio delle attività di valutazione, l'Organizzazione deve dare evidenza di aver analizzato tutti i processi aziendali relativi al sito e che comunque rientrano sotto la propria responsabilità e di averli inclusi nel ciclo di miglioramento continuo previsto dal Sistema di Gestione SCR;
- (d) Nel Regolamento di Certificazione, ovvero in un altro documento contrattuale, il legale rappresentante dell' Organizzazione certificanda dovrà sottoscrivere una dichiarazione di consapevolezza relativamente al fatto che il prerequisito per l'ottenimento ed il mantenimento della certificazione secondo la Specifica Tecnica OHSAS 18001 è la conformità ai requisiti di legge e che tale conformità è una responsabilità della stessa Organizzazione.
- (e) Ogni modifica alla struttura organizzativa, ai processi o all'architettura del Sistema di Gestione SCR deve essere comunicata tempestivamente all'Organismo di Certificazione, per la successiva valutazione relativa all'opportunità di sottoporre l'Organizzazione ad una verifica straordinaria di conformità;
- (f) Le conseguenze delle modifiche allo stato di Certificazione dell'Organizzazione, quali la possibilità o meno di utilizzare il logo di certificazione e le modalità di dare pubblica notorietà dell'avvenuta Certificazione o della sospensione o ritiro della stessa;
- (g) La certificazione di un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro deve riguardare l'intera organizzazione, ancorché operante su più siti. Il Sottocomitato di Accreditamento per lo schema SCR può analizzare ed autorizzare deroghe motivate.

5.1.1.2 L'Organismo di Certificazione deve richiedere che l'Organizzazione:

- Sia sempre conforme con i requisiti previsti dallo schema di Certificazione, che sono oggetto di valutazione programmata;
- Provveda a predisporre in modo da consentire un'agevole attività di valutazione, sia documentale che operativa, mettendo a disposizione dell'Organismo di Certificazione la documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro e prevedendo l'accesso a tutte le aree, interne o esterne, ove si svolgono le attività relative ai processi aziendali. Tale accesso deve essere previsto anche relativamente alle registrazioni previste dal Sistema di Gestione o ritenute di supporto allo stesso. Tale predisposizione deve valere sia per le Verifiche Ispettive programmate, sia per quelle straordinarie, come per la chiusura di Azioni Correttive o per la valutazione di reclami;

- Ove lo stato di Certificazione sia vigente, che l'Organizzazione dichiari nelle proprie comunicazioni, di essere in possesso della Certificazione di tutti i processi relativamente agli specifici siti valutati;
- Che l'Organizzazione non utilizzi le informazioni relative alla Certificazione, ovvero il relativo logo, in modo da creare pregiudizio o perdita di reputazione dal parte dell'Organismo di Certificazione o che non utilizzi degli elementi o delle modalità di comunicazione che l'Organismo di Certificazione consideri fuorvianti;
- Nel caso di sospensione o revoca della Certificazione, sospenda l'uso di ogni forma di pubblicità che contenga riferimenti alla certificazione stessa, restituendo i Certificati in suo possesso, qualora la Certificazione venga ritirata;
- Utilizzi la Certificazione per dichiarare che il proprio Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro è conforme con lo standard di riferimento (OHSAS 18001) o altri regolamenti previsti dal Sistema di Certificazione dell'Organismo di Certificazione, non facendo riferimento alla certificazione di prodotti e servizi che sono l'output dei propri processi;
- Assicuri che nessun documento di certificazione, né logo, né marchio né rapporto sia utilizzato in alcuna sua parte in modo tale da indurre in errore;
- Si mantenga conforme alle regole dell'Organismo di Certificazione, allorquando, nelle proprie comunicazioni istituzionali o commerciali, fa riferimento al proprio stato di Organizzazione Certificata (es. inserti redazionali, interviste, brochures, dépliant).

5.1.1.3 Se uno scopo di certificazione, così come richiesto dall'Organizzazione Cliente, risulta correlato con uno specifico programma di verifica, al richiedente dovranno essere fornite le necessarie spiegazioni (es. attività di valutazione della conformità allo standard di riferimento di un'Associazione Temporanea di Imprese che opera in un arco definito di tempo o che è suscettibile di modifiche alla propria struttura o che modifica in modo sensibile la tipologia di attività che vengono svolte in un periodo definito di tempo; Organizzazione che richiede la certificazione rispetto ad attività stagionali dei propri siti, come quelle di alberghi chiusi in determinati periodi; un'Organizzazione che richiede la certificazione anche rispetto ad una o più norme/regolamenti applicabile/i solo in certi siti, quali cantieri o piattaforme operanti all'estero).
Ove richiesto, l'Organismo di Certificazione potrà fornire delle informazioni aggiuntive rispetto a quelle previste da questa Guida, in modo da poter adeguatamente chiarire all'Organizzazione Cliente quali siano i criteri di programmazione e pianificazione delle singole attività.

5.1.2 La richiesta di Certificazione

L'iter di Certificazione inizia dalla richiesta di offerta, in base alla quale l'Organismo di Certificazione sviluppa l'analisi dei costi da sostenere e definisce l'impegno, almeno in termini di giorni-persona e di tipologia di professionalità, occorrenti per portare a termine le attività di Auditing.

Per l'espletamento di tale attività, l'Organismo di Certificazione deve disporre delle informazioni necessarie. Tali informazioni debbono comprendere almeno quelle relative alla dimensione dell'Azienda nei termini necessari al calcolo dei giorni di Audit, al numero ed ubicazione dei siti produttivi, alla tipologia di processi, ai turni di lavoro ed ai principali rischi.

5.1.2.1 L'Organismo di Certificazione deve richiedere alle Organizzazioni Clienti la compilazione di una domanda di certificazione ufficiale, compilata in tutte le parti applicabili e firmata dal legale rappresentante dell'Organizzazione, ovvero da un altro Dirigente cui è stata rilasciata formale delega, che comprenda, sotto forma di Appendice o meno:

- La formulazione dello scopo di Certificazione, che sarà definita dallo stesso Organismo di Certificazione in base alle previsioni del § 5.1.1., ancorché condividendone la formulazione con la stessa organizzazione;
- La dichiarazione che l'Organizzazione richiedente accetta di adeguarsi ai requisiti dell'Organismo di Certificazione per la certificazione e di essere disposta a fornire ogni utile informazione necessaria per la valutazione.

5.1.2.2 L'Organizzazione che desidera la certificazione, deve fornire all'Organismo di Certificazione le seguenti informazioni:

- Le informazioni camerali dell'Organizzazione richiedente la Certificazione, all'eventuale esistenza di altri siti, oltre quelli per i quali si è richiesta la certificazione, l'elenco delle risorse umane e delle risorse tecniche e logistiche, l'esistenza o meno di pregresse sanzioni e/o

- condanne relative a particolari aspetti organizzativi e/o tecnici, relativamente agli aspetti della Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- La descrizione esauriente dei processi da sottoporre a valutazione, comprensiva dei riferimenti alle leggi e regolamenti cogenti che li disciplinano;

5.2 Preparazione della valutazione

- 5.2.1 Prima di iniziare le attività di valutazione, l'Organismo di Certificazione deve riesaminare la domanda di Certificazione e la relativa documentazione, lasciando traccia delle relative valutazioni in un'apposita registrazione prevista dal proprio Sistema di Gestione della Qualità, evidenziando che:
- I requisiti relativi alle attività di Certificazione siano stati chiaramente definiti, documentati e compresi dalle parti;
 - Ogni possibile divergenza nell'interpretazione dello schema di Certificazione sia chiarita;
 - L'Organismo di Certificazione abbia la capacità di eseguire le attività di Certificazione, rispetto allo scopo di certificazione richiesto (estensione e tipo di attività);
 - Sia stato chiarito a quale sito (quali siti) si applichi l'attività di valutazione, così come ogni altro requisito necessario per la corretta programmazione e pianificazione delle attività, come definito nella UNI EN ISO 19011:2003;
 - Sia definito il tempo necessario alle fasi di verifica Stage 1 e 2.
- 5.2.2 Il piano di Audit deve essere predisposto basandosi su di un piano di campionamento. La modalità di campionamento deve essere oggetto di una specifica procedura predisposta dall'Organismo di Certificazione, che tenga conto delle informazioni ricevute dall'Organizzazione, in merito all'analisi dei pericoli e dei relativi rischi e che recepisce i criteri riportati nell'Appendice (2) al presente documento.
- 5.2.3 L'Organismo di Certificazione deve nominare un gruppo di Audit qualificato secondo quanto previsto dai requisiti riportati in Appendice (1).
- 5.2.4 L'Organizzazione deve essere informata dei nomi di coloro che svolgeranno le attività di valutazione (Responsabile e membri del GDA) con un sufficiente anticipo, in modo da poter, eventualmente, ricusare quei membri del GDA verso i quali si possa dimostrare che esistano delle valide ragioni di non gradimento. In ogni caso, la ricusazione di un membro del GDA non può essere motivata con valutazioni di merito relative alla competenza tecnica dello stesso.
- 5.2.5 Il GdA deve avere una nomina formale e deve essere dotato di tutta la documentazione necessaria a svolgere le proprie attività. I documenti di pianificazione delle attività di Audit e la data dell'Audit debbono essere concordati con l'Organizzazione. Anche il mandato del GDA deve essere chiaramente definito e reso noto all'Organizzazione. Tale mandato, normalmente una lettera d'incarico, deve specificare ai membri del GDA di valutare la struttura organizzativa, le politiche e le procedure dell'Organizzazione, indicando se questi elementi sono conformi ai requisiti dello standard di riferimento e con lo scopo di Certificazione.

5.3 Valutazione

- 5.3.1 Il GDA deve valutare il Sistema di Gestione SCR dell'Organizzazione. Dovranno essere valutati tutti i processi ed i relativi turni di lavoro, relativi ad ogni sito sottoposto a valutazione. Comunque, un'Organizzazione che ha diversi siti produttivi, può definire un programma di Certificazione che vada a coprire i diversi siti in un tempo definito e non necessariamente nello stesso momento, stante l'evidenza del programma di applicazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro nei diversi siti.
- Il completamento di tale programma rispetto alla data di effettuazione dell'Audit iniziale al primo sito, deve avvenire entro un tempo non superiore rispettivamente a: 6 mesi per un sito aggiuntivo, 15 mesi per tre siti aggiuntivi, 24 mesi per cinque siti aggiuntivi. Il Sottocomitato di Accreditamento per lo schema SCR potrà prendere in considerazione delle particolari esigenze di deroga a tale criterio.

Il processo di Auditing deve essere eseguito sulla base di un campionamento.

Il metodo di campionamento, utilizzato per definire ed aggiornare il programma di Audit e per pianificare le specifiche attività di Audit, deve essere registrato nella documentazione del Programma di Audit e predisposto nel rispetto dei criteri dell'Appendice n°2 della presente Guida. Tale metodo deve, comunque, prendere in considerazione tutti i processi e tutti i turni di lavoro.

Il processo di Audit deve prevedere:

(a) Che i responsabili delle attività coperte dal Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro:

- Siano in grado di dimostrare che ogni pericolo e rischio viene individuato e messo in relazione alle risorse umane interessate, che è gestito dal Sistema di Gestione SCR e che è stato responsabilmente preso in carico;
- Di avere l'autorità per determinare come la Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro è realmente messa in atto e mantenuta, nel senso della capacità di verificare il raggiungimento degli obiettivi e traguardi intermedi e nella capacità di indagare gli scostamenti e di definizione di nuovi obiettivi e dei programmi per raggiungerli;
- Avere l'autorità per allocare appropriate risorse umane e finanziarie e tecniche alla gestione del Sistema di Gestione SCR ed al suo miglioramento. Questo può essere rilevato attraverso la predisposizione del budget o altre evidenze oggettive di pianificazione finanziaria. Ulteriori risorse per il miglioramento della Salute e Sicurezza sul Lavoro potrebbero richiedere l'autorizzazione dell'alta Direzione.

(b) Che siano chiaramente definite, relativamente alla salute e sicurezza sul Lavoro, le responsabilità dei diversi processi, degli input ed output degli stessi processi sia nei confronti delle risorse umane operanti e/o presenti nel sito, sia, ove applicabile, verso l'esterno.

5.3.2 L'Audit di un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro deve essere svolto in due Stages (Fasi), temporalmente separati (e che deve concludersi con un relazione/rapporto del RGDA), come segue:

5.3.2.1 Stage 1: deve fornire una visione d'insieme utile per la pianificazione della successiva attività di Auditing, permettendo la comprensione dell'architettura del Sistema di Gestione SCR, in riferimento al contesto dei processi, dei rischi presenti nei siti da sottoporre ad Audit e del livello di preparazione dell'Organizzazione che ha richiesto la Certificazione, comprensivo della consapevolezza delle risorse umane. Questo primo livello di Audit deve partire, ma non limitarsi, dall'analisi della documentazione.

5.3.2.1.1 L'Organismo di Certificazione svolge la valutazione della documentazione, che è parte integrante dello Stage 1, preferibilmente presso il sito dell'Organizzazione, per meglio valutare l'adeguatezza del Sistema di Gestione alla luce dei pericoli più significativi. Tuttavia è consentito anche lo svolgimento di tale attività in sede, atteso che il riscontro della validità della documentazione dovrà essere, comunque, documentato presso i siti dell'organizzazione, per il completamento dello Stage 1.

5.3.2.1.2 L'Organismo di Certificazione e l'Organizzazione debbono accordarsi per le modalità d'esecuzione della valutazione della documentazione. In ogni caso la valutazione sulla documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro deve essere portata a termine in modo da non avere Non Conformità residue, prima dell'inizio delle attività di Stage 2.

5.3.2.1.3.1 La valutazione della documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro deve essere eseguita per:

- Verificare la sostanziale conformità della documentazione nei confronti dello standard di riferimento. L'Organismo di Certificazione valuterà anche, che tale documentazione sia opportunamente essenziale e non ridondante, al fine di non comprometterne l'efficacia;
- Valutare la consistenza dei contenuti dell'impianto del Sistema di Gestione rispetto al contenuto del documento di valutazione dei rischi ed a quello per la gestione dell'emergenza;
- Pianificare, ove necessario, ulteriori valutazioni sulla documentazione ed allocare a tale attività le necessarie risorse;
- Essere un'occasione d'immediato ritorno d'informazioni verso l'Organizzazione Cliente;
- Ottenere le informazioni necessarie, al proposito dei processi e del sito dell'Organizzazione;
- Concordare con l'Organizzazione i dettagli dell'Audit (proseguimento dello Stage 1 e Stage 2).

5.3.2.1.3.2 La documentazione afferente il Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, dovrebbe descrivere il Sistema di Gestione SCR e dare evidenza delle relazioni con gli altri Sistemi di Gestione aziendali, che abbiano influenza sul Sistema di Gestione SCR. Può essere considerato non solo accettabile, ma è auspicato che, ove presenti altri sistemi, gli stessi siano integrati con quello per la sicurezza. Ciò nonostante, occorre che gli elementi del Sistema di Gestione SCR rimangano adeguatamente identificati, con i corretti riferimenti alle interazioni con gli altri sistemi (per esempio quelle per gli Audit Interni, per gli approvvigionamenti o per il Riesame della Direzione).

5.3.2.1.4 L'Organismo di Certificazione deve eseguire la parte operativa dell'Audit di Stage 1 presso i siti dell'Organizzazione Cliente, ivi compresa la valutazione approfondita della documentazione. Durante lo Stage 1, l'Organismo di Certificazione deve verificare che siano stati presi in considerazione ed applicati tutti i punti dello standard di riferimento e quelli definiti nel presente documento. Tale verifica deve essere supportata da evidenze oggettive. Tali evidenze possono avere svariate forme (che dovranno essere registrate dall'Organismo di Certificazione), talora non documentali, ma legate, ad es. alle interviste con le risorse umane aziendali.

Il fatto che un'evidenza oggettiva possa, ad esempio, essere legata alle conoscenze e competenze delle risorse umane, non rappresenta un impedimento alla registrazione della conformità del Sistema di Gestione SCR a fronte dello standard di riferimento, né, tanto meno, diminuisce l'importanza da allocare una adeguata quantità di tempo alla corretta ricerca e registrazione di tale evidenza. Nella fattispecie, gli argomenti da approfondire nei colloqui con le risorse umane aziendali e, conseguentemente da oggettivare come evidenza di Audit, debbono essere standardizzati in un'apposita Procedura dell'Organismo di Certificazione e devono essere definiti sulla base dei contenuti del presente documento e dello standard di riferimento.

5.3.2.1.5 Come sopra indicato, l'obiettivo dello Stage 1 è di fornire un riferimento per la pianificazione dello Audit di Stage 2, a fronte della specificità del sito dell'Organizzazione e dei relativi processi e rischi. Specificatamente deve essere valutato se l'Organizzazione è pronta o meno per l'Audit Stage 2, verificando che:

- Il Sistema di Gestione SCR comprenda un processo solido, dinamico e partecipato di identificazione dei pericoli e valutazione dei relativi rischi. Tale processo deve avere come output le informazioni necessarie alla valutazione delle cause dei rischi, delle relative misure tecnico-gestionali di protezione e di prevenzione. Tale valutazione deve tener conto dei pericoli e relativi rischi;
- L'esistenza e l'efficacia di adeguati programmi e/o sistemi di manutenzione, come, ad es. sistemi di Manutenzione Programmata (PMS) per gli impianti i sistemi di Manutenzione predittiva per parti di impianto particolarmente critiche;
- Il processo di individuazione ed analisi dei pericoli e la valutazione dei rischi sia descritto in una specifica Procedura, che specifichi i criteri di monitoraggio nel tempo di tali rischi e che coinvolga il personale addetto ai diversi processi;
- L'individuazione ed analisi dei pericoli e la valutazione dei relativi rischi siano concretamente l'input per il processo di miglioramento continuo;
- La procedura di cui sopra sia sostanziale e realmente applicata;
- Esistano degli indicatori prestazionali per la Prevenzione e Protezione, relativi ai processi ed alle attività;
- Che esistano degli adeguati obiettivi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, che tali obiettivi siano supportati da una programmazione e pianificazione tecnica e finanziaria, che gli obiettivi e gli indicatori siano coerenti con la valutazione dei rischi;
- Non deve essere mai dimenticato che la valutazione dei rischi deve coprire tutti i possibili pericoli, compresi quelli derivanti dai processi messi in essere da fornitori che operano, anche in modo sporadico, presso il sito certificando, o quelli relativi alla presenza di visitatori⁸. GDA;
- I responsabili dei diversi processi e/o attività relative alla sicurezza, previsti dalla legislazione vigente, siano stati addestrati sui principi della gestione e sulle tecniche per la sicurezza e che abbiano una buona conoscenza di tali argomenti;
- Per l'esercizio dell'attività del sito, l'Organizzazione sia in possesso di tutte le necessarie licenze afferenti la sicurezza;
- Il Sistema di Gestione SCR sia progettato per mettere in pratica la Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro;

⁸ Il GdA non dovrà mai ingerire con le scelte tecniche e/o organizzative dell'Organizzazione, ma solo verificare la conformità con i requisiti dello standard di riferimento e con quelli contrattuali definiti nel regolamento di Certificazione o altro documento che riporti i criteri applicabili derivanti dallo schema di accreditamento.

- Il livello di implementazione del sistema suggerisca l'opportunità di procedere con l'Audit in Stage 2, avendo verificato la capacità del Sistema stesso di farsi carico e gestire le eventuali Non Conformità;
- I risultati degli Audit interni diano evidenza della conformità ai requisiti dello standard di riferimento;
- Sia stato programmato almeno il primo Riesame della Direzione e che questo supervisioni l'adeguatezza ed efficacia del Sistema di Gestione SCR;
- Il Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro tenga traccia e risponda alle principali istanze delle parti interessate;
- Siano valutati documenti aggiuntivi e valutate per tempo le esigenze di specifiche competenze per l'esecuzione dell' Audit Stage 2;
- Ad ogni lavoratore sia stato affidato un ruolo chiaro, ben definito e noto, con la chiara definizione delle relative responsabilità per la salute e sicurezza sul Lavoro;
- Il piano di formazione ed informazione delle risorse umane sia definito in base alla relativa analisi delle esigenze ed attuato;
- L'analisi del coinvolgimento delle risorse umane sia inserita nel reporting del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro ed opportunamente valorizzata per impostare adeguate Azioni Preventive;
- Sia stata definita una Procedura per l'analisi delle Non Conformità, degli incidenti, dei "near miss" e degli infortuni, atta a determinare le cause degli stessi eventi, al fine di predisporre, ove necessario, le opportune Azioni Correttive.

5.3.2.1.6 Non è detto, che i pericoli e rischi governati dal Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro siano confinati a quelli presenti in una specifica locazione geografica. Questi possono includere altri pericoli legati alle attività e processi dell'Organizzazione, come ad esempio quelli legati ai trasporti o alle attività svolte presso cantieri o a quelle svolte dai Fornitori o dai Clienti, magari presso le loro stesse sedi (cantieri per l'organizzazione certificanda), così come presso i siti dell'Organizzazione, per le quali sia lecito attendersi un atteggiamento responsabile dell'Organizzazione.

5.3.2.1.7 Per eseguire le attività di Stage 1, l'Organismo di Certificazione deve avere la disponibilità delle seguenti informazioni:

- La documentazione del Sistema di Gestione SCR, incluso il manuale e le procedure, preferibilmente corredate, per quanto applicabile, da una tabella di corrispondenza tra la documentazione ed i requisiti definiti nel regolamento di certificazione, quelli dello standard di riferimento, interpretato alla luce della Linea Guida UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI;
- Una descrizione dell'Organizzazione e dei processi che si svolgono presso il sito o quelle località coperte dallo scopo di Certificazione, come, ad esempio, i cantieri;
- Tutti i documenti inerenti la valutazione dei rischi, che saranno impiegati anche per la predisposizione del piano di campionamento e del relativo piano di Audit;
- Un documento indicativo degli obiettivi e dei programmi di miglioramento e la relativa metodologia applicativa;
- L'evidenza documentale della identificazione dei regolamenti e leggi applicabili;
- I programmi ed i rapporti degli Audit Interni per la sicurezza;
- I documenti, con validità legale, relativi alle licenze, permessi ed autorizzazioni;
- Il Piano di gestione delle emergenze;
- Le registrazioni che dimostrino il coinvolgimento di tutti i lavoratori dipendenti dall'Organizzazione e dei Fornitori e dei Clienti, comunque operanti presso il sito dell'Organizzazione, ma anche dei lavoratori assimilabili ai dipendenti, in base ai criteri indicati nella normativa vigente. Tale coinvolgimento deve essere dinamico, prevedendo sia l'opportuno aggiornamento, sia il coinvolgimento attivo, in tempi definiti, nell'implementazione e conduzione del sistema;
- Una Procedura atta a consentire un efficace flusso delle informazioni relative alla salute e sicurezza sul Lavoro.

5.3.2.1.8 L'Organismo di Certificazione deve chiarire all'Organizzazione che potrebbero essere necessarie le seguenti, ulteriori informazioni, per completare l'Audit in Stage 1 e che le stesse saranno, comunque, richieste durante l'Audit in stage 2:

- Pratiche relative a licenze, concessioni, autorizzazioni nulla osta o permessi;
- RegISTRAZIONI della Sicurezza (comprese le registrazioni relative ad incidenti, violazioni legislative o regolamentari e corrispondenza/verbali dei rapporti con le Autorità Competenti) sulla base delle quali l'Organizzazione ha basato le propria valutazione di conformità legislativa;
- Informazioni di dettaglio relative ad ogni Non Conformità rilevata internamente, inclusi almeno i mancati infortuni, così come informazioni di dettaglio relative alle Azioni Correttive ed Azioni Preventive messe in essere o dall'inizio dell'applicazione del Sistema di Gestione SCR;
- RegISTRAZIONI dei Riesami della Direzione;
- RegISTRAZIONI relative ad ogni eventuale comunicazione ricevuta o comunque intercorsa con le Parti Interessate a proposito del Sistema di Gestione SCR e le conseguenti azioni intraprese in risposta alle stesse.

5.3.2.1.9 Ove l'Audit in Stage 1 non sia condotto da un solo Auditor, ivi compresa la valutazione della documentazione dello stesso sistema, l'Organismo di Certificazione deve dimostrare che tra i membri del GDA sia in essere un adeguato coordinamento, attraverso la predisposizione di un piano di Audit, l'allocazione di specifiche responsabilità, quale la responsabilità di RGDA.

5.3.2.2 Anche l'Audit in Stage 2 deve essere condotto presso il sito dell'Organizzazione, dato che in tale Audit viene definitivamente valutata l'applicazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro. Tutte le possibili Non Conformità aperte in occasione dell'Audit in Stage 1, devono essere state chiuse e deve esserne stata verificata l'efficacia, prima dell'inizio dell' Audit in Stage 2.

Sulla base delle osservazioni registrate nell' Audit in Stage 1, l'Organismo di Certificazione deve predisporre un piano di Audit per la conduzione dello Stage 2.

5.3.2.2.1 Gli obiettivi dell' Audit in Stage 2 sono:

- Confermare la conformità e la coerenza dell'Organizzazione con la propria Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro , con gli obiettivi e le procedure del sistema;
- Confermare che il Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro sia conforme con tutti i requisiti dello standard di riferimento e con i requisiti del regolamento di Certificazione dello stesso Organismo di Certificazione e che, inoltre, l'Organizzazione si sta impegnando per il conseguimento dei propri obiettivi.

5.3.2.2.2 Per ottenere tale confidenza, l'Audit in Stage 2 dovrebbe essere principalmente rivolta all'implementazione di tutti gli elementi organizzativi previsti dallo standard di riferimento. L'attività di Audit dovrà porre fondamentale attenzione agli elementi ed ai fatti concreti coerentemente a quelli documentali o formali. Una particolare attenzione deve essere posta nei seguenti aspetti dell'Organizzazione:

- Identificazione degli aspetti critici che possono determinare il fallimento del Sistema di Gestione SCR, in relazione alla situazione in essere, quali ad esempio il clima aziendale per la salute e sicurezza sul Lavoro e la valutazione della loro significatività, così come la valutazione dei pericoli per la Salute e Sicurezza sul Lavoro e dei relativi rischi;
- Procedure che assicurino la conformità con gli aspetti legali, con aspetti derivanti da regolamenti cogenti o altri documenti prescrittivi (ad esempio di gruppo);
- Obiettivi e traguardi intermedi derivanti dal processo di valutazione dell'implementazione del sistema;
- Controlli operativi (intesi come strumento organizzativo di prevenzione e guida);
- Monitoraggio delle prestazioni del sistema, quindi misurazioni di parametri relativi alla sicurezza per i vari processi, reporting verso la Direzione e riesami a fronte degli obiettivi e dei traguardi intermedi;
- Efficacia del miglioramento continuo, verificando l'applicazione dei seguenti fattori:
 1. Analisi e sviluppo di opportunità per ulteriori miglioramenti;
 2. Programmazione relativa agli obiettivi in essere;
 3. Controlli (intesi come strumento organizzativo di prevenzione e guida); per mantenere le prestazioni raggiunte.

- Identificazione e valutazione da parte dell'Organizzazione delle Non Conformità ed attuazione di Azioni Correttive e di Azioni Preventive;
- Auditing interno e Riesame della Direzione;
- Assunzione reale di responsabilità ed impegno da parte della Direzione;
- Collegamento logico tra le politiche aziendali, i pericoli ed i rischi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, gli obiettivi ed i traguardi intermedi, le responsabilità, i programmi relativi agli obiettivi ed ai relativi traguardi, le Procedure, i dati relativi alle prestazioni, Audit interni e Riesami della Direzione;
- Il coinvolgimento di tutti i lavoratori, sia interni all'Organizzazione, sia di quelli appartenenti ad organizzazioni fornitrici e/o Clienti, in funzione del loro coinvolgimento nei processi, in attività di formazione e di formazione relative sia al processo dinamico di valutazione dei rischi, sia al processo di miglioramento continuo.

5.3.2.2.3 Valutazione delle attività di Audit Interno:

- L'estensione delle attività di Audit in Stage 2 può essere significativamente influenzata dal grado di confidenza che può essere assegnata alle capacità di Audit interno dell'Organizzazione. In occasione dell' Audit in Stage 1, l'Organismo di Certificazione dovrebbe determinare, attraverso delle analisi dettagliate, il grado di fiducia che può essere associato alle attività di Audit interno. Il processo di Internal Audit per la sicurezza, dovrebbe essere confortato da una serie di registrazioni idonee a fornire dati ed informazioni che possano essere validati dall'Organismo di Certificazione, al fine di confermare la validità degli stessi Audit interni. L'Organismo di Certificazione dovrebbe essere in grado di dimostrare all'Ente di Accreditamento, il criterio adottato per definire l'estensione delle attività di Audit in Stage 2 (atteso il fatto che dovrà comunque essere rispettata la tabella generale di definizione dei tempi minimi di Audit riportati in appendice 4);
- L'Organismo di Certificazione dovrebbe eseguire tale attività, in particolare, cercando le evidenze oggettive della conformità dei principi di Auditing con lo standard UNI EN ISO 19011:2003, valutando, altresì, la validità dei criteri adottati;
- Il programma di Audit Interno dovrebbe prendere in considerazione l'importanza delle diverse componenti del Sistema di Gestione aziendale SCR;
- L'Organismo di Certificazione deve dare evidenza di aver strutturato il proprio campionamento sulla base della validità delle attività di Auditing interno espletate dall'Organizzazione.

5.3.2.3 Gli Audit SCR, possono essere combinati con quelli degli altri Sistemi di Gestione. Questa combinazione è possibile ove sia possibile dimostrare che le attività svolte consentano di rispettare tutti i requisiti richiesti per la Certificazione del Sistema di Gestione SCR. Il piano di Audit dovrebbe identificare il ruolo di ogni membro del GDA ed i criteri di Audit propri di ogni membro del GDA. Nel rapporto di Audit tutti gli elementi del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro dovrebbero essere chiaramente e rapidamente identificabili. La Qualità del processo di Audit, così come quella del relativo rapporto, non deve essere influenzata dal fatto che l'Audit viene svolto in modalità coordinata. A questo proposito si veda anche il successivo § 5.6.8

5.3.2.4 Per organizzazioni di dimensioni molto piccole il processo di Audit può risultare semplificato [a questo proposito verrà emesso uno specifico documento di guida per l'audit sulle micro-imprese], ciò nonostante, dovranno essere fornite all'Ente di Accreditamento, delle adeguate giustificazioni delle decisioni prese in merito e, comunque, la valutazione dovrà coprire tutti gli aspetti previsti da questo documento, riguardo ai contenuti degli Stage 1 e Stage 2.

5.4 Rapporto di valutazione

5.4.1 L'Organismo di Certificazione può adottare le Procedure per la predisposizione e gestione del rapporto finale di Audit che più si adattano alle proprie esigenze, comunque a fronte dei criteri individuati nella UNI EN ISO 19011:2003. Tali Procedure, comunque, debbono garantire che tra la Direzione dell'Organizzazione ed il GDA avvenga una riunione prima che lo stesso GDA lasci il sito sottoposto ad Audit. In tale riunione il GDA deve consegnare un documento che riporti le indicazioni necessarie a comprendere lo stato di conformità del Sistema di Gestione SCR a fronte dei criteri di Audit esposti ai precedenti paragrafi e delle eventuali Non Conformità registrate, tale da permettere alla stessa Direzione di avere chiarimenti relativi alle evidenze di Audit registrate ed i criteri di Auditing che le hanno determinate.

Il GdA deve consegnare all'Organismo di Certificazione un rapporto con le stesse evidenze di Audit relative alla conformità del Sistema di Gestione SCR dell'organizzazione, con il riferimento ai requisiti dei criteri di Audit.

Il rapporto deve dare evidenza del completamento delle attività di campionamento, così come era previsto dal piano di Audit, comprese le ragioni di eventuali deroghe decise dal Lead Auditor durante l'attività operativa e sia la natura, sia la causa delle stesse.

Infine, l'Organismo di Certificazione deve inviare all'organizzazione, in tempi stabiliti, ma sufficientemente stretti, una conferma del rapporto dell'Audit, confermando o, se del caso, comunicando le Non Conformità che devono essere gestite al fine di poter dimostrare la conformità ai criteri di Audit. Ove il rapporto lasciato dal GDA risulti sufficientemente esaustivo, potrà anche valere la forma del silenzio-assenso. L'Organismo di Certificazione, nel rapporto di Audit, deve invitare l'organizzazione ad esprimere eventuali riserve ed a fornire entro un tempo definito, coerente con quanto disposto al § 3.8, le azioni di trattamento delle Non Conformità, l'analisi delle relative cause e le Azioni Correttive discendenti, con la necessaria pianificazione di attuazione, onde permettere le necessarie attività di verifica di chiusura. Inoltre informerà l'organizzazione dell'eventuale esigenza di espletare un Audit parziale o completo su tali aspetti o se potranno essere verificati in sede di Audit periodico di sorveglianza.

Il rapporto di Audit deve essere conforme a quanto previsto dalla UNI EN ISO 19011:03 e contenere almeno i seguenti elementi:

- (a) La data(e) del/degli Audit;
- (b) Il nome(i) della persona(e) responsabile(i) dell'emissione del rapporto;
- (c) L'identificazione delle entità sottoposte al processo di Audit (ad esempio, il nome e gli indirizzi dei siti sottoposti ad Audit e l'identificazione delle parti del Sistema di Gestione sottoposti a valutazione);
- (d) Lo scopo di certificazione, incluso il richiamo dello standard di riferimento e/o altra normativa cogente applicabile;
- (e) Commenti sulla conformità del Sistema di Gestione SCR dell'organizzazione, con il chiaro riferimento alle Non Conformità, e, se applicabile, ogni utile comparazione con i risultati degli Audit precedenti;
- (f) Una spiegazione per ogni discrepanza tra il contenuto del rapporto dell'Organismo di Certificazione e le eventuali informazioni fornite dal Responsabile del GDA in occasione della riunione di chiusura (es. nel caso di modifica del peso di una Non Conformità).

5.4.2 Ove l'Organismo di Certificazione non dovesse approvare le valutazioni del Gruppo di Auditing per il contenuto dei punti 5.4.1 c) ed e), lo stesso rapporto dovrà essere rimesso all'organizzazione con una spiegazione relativa a tali differenze e comunque in coerenza con quanto stabilito al § 5.5.1.

Il rapporto deve prendere in considerazione almeno:

- (a) La qualifica, esperienza e l'autorità del gruppo dirigente incontrato;
- (b) L'adeguatezza della struttura interna e delle procedure adottate dall'organizzazione per fornire confidenza nella corretta implementazione del Sistema di Gestione SCR;
- (c) Le azioni intraprese per correggere le Non Conformità, incluso, ove opportuno, quelle relative alle Non Conformità identificate nel precedente Audit;
- (d) Efficacia dell'Auditing Interno per la salute e sicurezza sul Lavoro;
- (e) Riesame della Direzione ed obiettivi, ivi compresa la modalità adottata per la definizione degli stessi obiettivi, con il chiaro riferimento alla pianificazione operativa aziendale ed al supporto finanziario approvato per gli stessi obiettivi;
- (f) Capacità di gestire in modo efficace gli aggiornamenti legislativi e normativi applicabili.

5.5 Decisione sulla Certificazione

5.5.1 La decisione sulla certificabilità del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro di un'organizzazione deve essere presa dall'Organismo di Certificazione, sulla base delle informazioni ottenute attraverso l'attività di valutazione e sulla base di ogni altra informazione che possa essere rilevante al proposito. Deve sussistere una separazione di compiti tra coloro che, all'interno dell'Organismo di Certificazione decidono sulla certificabilità di un'organizzazione e coloro che hanno preso parte attiva alle attività di Audit.

L'entità, che prende la decisione di assegnare la Certificazione, non può soprassedere sulle eventuali anomalie segnalate dal Gruppo di Audit, parimenti, debbono essere prese in considerazione tutte le prescrizioni e disposizioni emesse dalle Autorità Competenti ed eventualmente intervenute dalla data dell'Audit. A seconda del caso, dovrà essere valutata la possibilità di ulteriori approfondimenti, anche presso i siti dell'organizzazione, sia relativi all'organizzazione stessa, sia alla validità dell'attività svolta dal Gruppo di Audit.

Ove dovesse ricorrere una tale situazione, la ragione di una tale scelta deve essere ben documentata e giustificata.

5.5.2 L'Organismo di Certificazione non deve delegare la propria autorità in merito:

- al rilascio delle certificazioni;
- alle decisioni relative al loro mantenimento;
- alla possibile estensione, riduzione, sospensione o sul ritiro delle stesse certificazioni.

Al fine di predisporre una base di informazioni per la decisione relativa alla certificabilità di un'organizzazione, l'Organismo di Certificazione necessita di un rapporto chiaro ed esaustivo, da parte del GDA, che offra delle informazioni sufficienti a prendere la relativa decisione. A tal fine il rapporto deve essere redatto secondo le indicazioni della UNI EN ISO 19011:2003.

- (a) I rapporti redatti dal GDA per l'Organismo di Certificazione devono essere predisposti sia al termine dell'Audit di Stage 1 che di Stage 2. In aggiunta alle informazioni già contenute nella pratica dell'organizzazione, ed a quanto riportato ai precedenti paragrafi, questi report dovrebbero fornire almeno le seguenti, ulteriori informazioni:
- Un resoconto di tipo quantitativo delle attività svolte nei due livelli di Audit, compreso un sommario dei documenti valutati, dei requisiti di sistema analizzati. In particolare, relativamente all'Audit in Stage 2, la descrizione dei giorni uomo di verifica allocati ed effettivamente svolti per tale attività operativa, sul totale dei giorni disponibili per la valutazione ed il tempo allocato alle attività di analisi documentale e di reportazione;
 - I chiarimenti necessari per la migliore comprensione ed inquadramento delle Non Conformità;
 - Le informazioni utilizzate per il campionamento relative all'Audit, che sono state prese in considerazione, la logica seguita per la loro selezione e la metodologia impiegata;
 - Le raccomandazioni del GDA all'Organismo di Certificazione;
- (b) Un rapporto di sorveglianza deve contenere, specificatamente, le informazioni sulla chiusura delle Non Conformità relative all' Audit precedente;
- (c) Un rapporto di rinnovo della Certificazione (Reassessment) deve contenere tutte le informazioni summenzionate e quelle che riguardano gli aspetti della salute e sicurezza sul Lavoro derivanti dall'evoluzione dell'Azienda in relazione alla tecnica, alla particolarità del lavoro ed all'esperienza maturata in materia di Prevenzione e Protezione sia in Azienda, sia nel settore merceologico di appartenenza.

5.5.3 L'Organismo di Certificazione deve procurare per ogni sito dell'organizzazione il cui Sistema di Gestione SCR è stato Certificato, un documento di Certificazione, quale una lettera, un Certificato, che debbono essere firmati da un funzionario, al quale sia stata data questa specifica responsabilità. Tali documenti debbono identificare, per ogni sito dell'organizzazione, almeno i seguenti elementi:

- (a) Nome ed indirizzo del sito dell'organizzazione;
- (b) Scopo della Certificazione rilasciata, con indicazione dello standard di riferimento o, se del caso, delle normative o regolamenti cogenti o volontari utilizzati come riferimento per la valutazione e la successiva emissione del Certificato;
- (c) L'indicazione dei processi in essere presso il sito in questione;
- (d) La data di emissione del Certificato ed il periodo di validità dello stesso.

5.5.4 Per quelle certificazioni che sono state già emesse, l'Organismo di Certificazione deve prendere a carico e gestire ogni richiesta di modifica allo scopo di Certificazione.

L'Organismo di Certificazione deve decidere se le informazioni in suo possesso possono, se del caso, essere sufficienti a determinare le condizioni per emettere la modifica alla certificazione su base documentale o se necessiti di ulteriori attività di valutazione.

5.6 Procedure per la sorveglianza ed il Rinnovo della Certificazione

5.6.1. Gli Organismi di Certificazione devono avere delle Procedure che esplicitino, in modo chiaro, quali sono i requisiti e le condizioni per il mantenimento della Certificazione. Se, durante un Audit di sorveglianza o di rinnovo, vengono riscontrate delle Non Conformità, per come definite nel presente documento, le stesse debbono essere prontamente corrette dall'organizzazione, in un tempo definito e concordato con l'Organismo di Certificazione.

5.6.2. Gli Organismi di Certificazione debbono provvedere contrattualmente che le Organizzazioni certificate e/o certificande diano notizia, in modo circostanziato, dei provvedimenti adottati nei loro confronti dalle Autorità Competenti, a riguardo della gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, per consentire, allo stesso Organismo di Certificazione, di apportare le eventuali e più opportune modifiche al Programma di Audit, ovvero altri provvedimenti inerenti la gestione dei certificati emessi o da emettere.

5.6.3 Tutte le Certificazioni relative ai Sistemi di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro debbono essere monitorate con continuità, effettuando degli Audit di sorveglianza sviluppati cronologicamente come segue:

1. Organizzazioni ad alta complessità, prima dell' Audit di Rinnovo, a discrezione dell' Organismo di Certificazione, secondo i seguenti due schemi:
 - (a) prima sorveglianza a sei mesi dall' Audit Iniziale, seconda sorveglianza a 15 mesi dall' Audit Iniziale, terza sorveglianza a 24 mesi dall' Audit Iniziale, ovvero
 - (b) prima sorveglianza a sei mesi dall' Audit Iniziale, seconda sorveglianza a diciotto mesi dall' Audit Iniziale, terza sorveglianza a trenta mesi dall' Audit Iniziale
2. Organizzazioni a media complessità, prima dell' Audit di Rinnovo:
 - (a) Tre Sorveglianze entro il rinnovo, che sarà, comunque da svolgere come Audit Indipendente, soggetto alla riduzione massima del 30% del tempo allocato all' Audit Iniziale, ovvero, se necessario, uno dei due schemi precedenti.
3. Organizzazioni a bassa complessità, a discrezione dell' Organismo di Certificazione:
 - (a) Tre sorveglianze entro il rinnovo, che sarà, comunque da svolgere come Audit non cumulabile con l'ultima sorveglianza, ma, all'occorrenza, soggetto alla riduzione massima del 30% del tempo allocato all' Audit Iniziale, ovvero
 - (b) Tre Sorveglianze, l'ultima delle quali potrà coincidere con l' Audit di Rinnovo. Questo ultimo caso è subordinato alla stipula del contratto di rinnovo, che dovrà essere conclusa prima del secondo Audit di sorveglianza. Diversamente, dovrà essere adottato lo schema 3.(a) ovvero, se necessario, uno degli schemi di cui ai precedenti punti 1 e 2.

Dal secondo triennio di certificazione in avanti, rimanendo immutato lo Organismo di Certificazione, lo schema di certificazione, a discrezione del medesimo Organismo di Certificazione, potrà essere con cadenza annuale, secondo lo schema:

Audit di Rinnovo, prima sorveglianza a dodici mesi, seconda sorveglianza a 24 mesi dal Rinnovo, terza sorveglianza coincidente con il successivo rinnovo. Nel caso di Organizzazioni ad alta complessità, la terza sorveglianza sarà integralmente sommata al tempo di rinnovo, che potrà, comunque, essere ridotto del 30%, se del caso.

In tutti i casi precedenti, il tempo da dedicare ai singoli Audit di sorveglianza, non potrà mai essere inferiore ad un terzo di quello adottato per l' Audit iniziale.

5.6.4. lo scopo degli Audit di sorveglianza è di verificare che i Sistema di Gestione SCR rimangano effettivamente ed efficacemente implementati, valutare le ricadute degli eventuali cambiamenti che possono esserci stati nell'architettura dello stesso sistema, a seguito dei mutazioni delle esigenze organizzative, al fine di valutare se tale Sistema di Gestione continui o meno ad essere conforme ai requisiti di Certificazione. Le attività di sorveglianza su un Sistema di Gestione SCR devono avvenire almeno una volta all'anno, con regolarità e debbono prevedere il campionamento di tutti i processi ed i turni di lavoro dei siti certificati.

Un programma di sorveglianza dovrebbe includere:

- (a) Gli elementi tipici per la "manutenzione" del sistema, quali: l'internal Audit, il Riesame della Direzione, la gestione delle Non Conformità (ivi compresi sia gli infortuni, sia gli incidenti), la gestione delle Azioni Correttive ed Azioni Preventive, l'aggiornamento della valutazione dei rischi;
- (b) Le comunicazioni ricevute dalle parti interessate, come richiesto dallo standard di riferimento;
- (c) La chiusura delle Non Conformità discendenti da precedenti attività di Audit;
- (d) Le modifiche alla documentazione di sistema;
- (e) Le aree ove sono avvenuti dei cambiamenti;
- (f) Alcuni specifici processi, come necessario sulla base dei criteri riportati nell' Appendice (2);
- (g) Alcune specifiche aree, come necessario sulla base dei criteri riportati nell' Appendice (2).

5.6.5. Come minimo, un Audit di sorveglianza svolto annualmente dall'Organismo di Certificazione, dovrebbe includere le seguenti considerazioni:

- (a) L'efficacia del Sistema di Gestione, con particolare riferimento alla capacità di conseguire gli obiettivi per la Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- (b) Un'intervista alla Direzione, che ha responsabilità sulla gestione del sistema;
- (c) Il corretto funzionamento della Procedura che disciplina la gestione delle comunicazioni con le parti interessate;
- (d) Il corretto funzionamento delle procedure relative alla valutazione periodica dei rischi relativi alla salute e sicurezza sul Lavoro e di predisposizione delle relative misure ed obiettivi e del coinvolgimento delle risorse umane;
- (e) Il miglioramento conseguito e l'avanzamento delle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi per il rafforzamento del Sistema di Gestione SCR, per l'ottenimento dei miglioramenti nelle prestazioni (della sicurezza), relative ai diversi processi, così come previsto dalla Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro dell'organizzazione;
- (f) La chiusura delle anomalie derivanti dalle attività di Auditing interno;
- (g) La chiusura delle Non Conformità rilevate durante l'ultimo Audit dell'Organismo di Certificazione e la gestione di quelle rilevate internamente, valutando l'efficacia delle soluzioni adottate, sia per i trattamenti di tali Non Conformità, sia per le eventuali Azioni Correttive implementate;
- (h) Le azioni intraprese a seguito della segnalazione di situazioni di pericolo emerse nel periodo intercorso dall'ultimo Audit dell'Organismo di Certificazione;
- (i) L'analisi della validità ed efficacia della procedura adottata a seguito di incidenti ed infortuni;
- (j) L'analisi della attuazione ed efficacia dell'azione di coinvolgimento delle risorse umane, tutte, sia interne che esterne, che risultino interessate dai rischi connessi allo svolgimento dei processi aziendali.

5.6.6. L'Organismo di Certificazione dovrebbe poter adattare il programma di Audit alle esigenze dell'organizzazione, giustificando tali scelte (per esempio: per l'apertura di un cantiere importante o per la stagionalità di determinate attività).

5.6.7. Il programma delle attività di sorveglianza predisposto dall'Organismo di Certificazione, dovrebbe essere preparato prendendo in considerazione le informazioni relative alle attività di Auditing Interno per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (programmazione ed efficacia riscontrata).

Le date per lo svolgimento delle attività di Audit possono essere concordate con l'organizzazione già Certificata, prevedendo la possibilità di uno slittamento massimo di 30 gg dalla data programmata.

Nel caso di organizzazioni caratterizzate da attività stagionali (agricoltura e processi collegati) o di cantiere, tale sorveglianza potrà slittare anche di 60 gg o più, con l'obiettivo di consentire sempre all' Organismo di Certificazione di valutare le Organizzazioni operanti attraverso tali processi di cantiere a fronte della reale osservazione dei cantieri, della loro organizzazione, e della gestione degli specifici processi operativi. Relativamente alla decisione di tali slittamenti, relativi alle esigenze di monitorare i cantieri, nella loro operatività, gli Organismi di Certificazione dovranno mantenere la registrazione della richiesta di autorizzazione preventiva, che dovrà essere rivolta ai rispettivi Organi di Delibera, cui dovrà seguire una specifica delibera. Tali registrazioni dovranno essere rese disponibili a SINCERT, nel corso delle specifiche attività di accreditamento. In occasione delle Visite in Accompagnamento, tali registrazioni dovranno essere rese disponibili al Gruppo di Audit di SINCERT.

5.6.8. Gli Audit di sorveglianza possono essere combinati e/o integrati con quelli relativi agli altri sistemi di gestione. Il rapporto di Audit deve permettere di individuare con chiarezza le parti di interesse dei diversi sistemi.

Nel caso di Audit combinati o integrati, i requisiti dello schema SCR pianificati dovranno essere verificati nella loro intierezza e non subordinatamente ad attività di verifica eseguite sugli altri schemi. In tali casi, si dovrà condurre l' audit sulla base dello schema SCR e da questo estendere la valutazione ai requisiti degli altri schemi oggetto di pianificazione. Queste tipologie di Audit potranno essere condotte rispettivamente: stante la presenza di Auditor competenti per altri schemi di certificazione (Audit combinati), ovvero di Auditor con competenze integrate (Audit integrati), ma la chiave di lettura principale dei processi delle Organizzazioni dovrà essere sempre quella relativa allo schema SCR. Le possibili riduzioni in termini di giorni-uomo, previste dalla regolamentazione vigente, nel caso di Audit combinati o integrati, non si applicano allo schema SCR, che dovrà essere sempre valutato nella sua completezza, in coerenza con il Programma di Audit. Ad esempio: dovendo valutare la conformità della gestione delle Responsabilità della Direzione, piuttosto che delle

Azioni Correttive o della Formazione ed Addestramento delle risorse umane, o degli Audit Interni, si approfondiranno completamente tutti gli aspetti relativi allo schema SCR, considerando gli altri schemi in un'ottica complementare.

- 5.6.9. L'Organismo di Certificazione deve monitorare il corretto uso dei Certificati emessi e del proprio logo.
- 5.6.10. Durante gli Audit di sorveglianza, l'Organismo di Certificazione deve verificare l'esistenza di segnalazioni o contenziosi relativi a malfunzionamenti del Sistema di Gestione SCR, quali, ad esempio, delle segnalazioni delle risorse umane addette alle diverse attività in merito a problemi riscontrati sui processi, quali inadeguatezze delle misure di contenimento dei pericoli, comportamenti scorretti, errata (presunta tale) valutazione di specifici rischi, comportamenti non adeguati della linea gerarchica nei confronti dei problemi legati alla Prevenzione e Protezione. Il tutto, sia nel caso che la segnalazione sia stata indirizzata direttamente all'Organizzazione, sia nel caso che tale segnalazione sia giunta all'Organismo di Certificazione e da questi girata all'organizzazione. Lo stesso Organismo di Certificazione deve valutare se le azioni intraprese dall'organizzazione siano in linea con quanto previsto dalla Procedura per la gestione delle Non Conformità e delle segnalazioni e se siano stati adottati i trattamenti attesi e se siano state intraprese le più appropriate Azioni Correttive. Di tali segnalazioni deve essere mantenuto un registro, gestito in forma controllata, a carico dell'Organizzazione.
- 5.6.11. Le attività di sorveglianza debbono essere progettate con attenzione, ove un'organizzazione abbia modificato in modo sostanziale alcuni aspetti del proprio Sistema di Gestione SCR, facendo riferimento a quanto previsto al § 5.1.1.1.(e), o se vi siano stati altri cambiamenti di importanza tale da avere un impatto sulla validità della Certificazione (ad es. un cambio della Direzione responsabile per la Salute e Sicurezza sul Lavoro o di alcuni aspetti critici di processo). A seconda dei casi deve essere valutata sia la possibilità della riformulazione dello scopo di certificazione, sia la possibilità da parte dell'Organismo di Certificazione di effettuare delle verifiche straordinarie alla documentazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro ed eventualmente presso i siti della stessa Organizzazione.
- 5.6.12. I rapporti di sorveglianza debbono essere valutati da personale dell'Organismo di Certificazione, che abbia competenza per la salute e sicurezza sul Lavoro e che sia indipendente dalle attività di valutazione, per valutare sia l'adeguatezza delle attività e delle prestazioni di Audit, sia la correttezza delle attività di reportazione, al fine di poter valutare se vi siano ragioni tali da mettere in dubbio la validità delle motivazioni che a suo tempo hanno portato all'emissione del Certificato. Per svolgere tale analisi, deve essere ripetuta la valutazione che ha portato all'emissione della Certificazione. Tale attività di analisi dovrebbe essere condotta almeno su base annuale per tutte le certificazioni emesse a cura del rispettivo Responsabile di Pratica.
- 5.6.13. Il rinnovo della Certificazione è un requisito della ISO/IEC Guide 66. Lo scopo del rinnovo è di verificare la conformità dell'intero Sistema di Gestione SCR ai criteri di Certificazione e valutare, altresì, se il sistema risulta implementato nella totalità dei suoi aspetti e se risulta correttamente mantenuto. L'attività di rinnovo, inoltre, dovrebbe prevedere una rivisitazione della pratica nella sua interezza, con particolare attenzione:
- All'evoluzione del Sistema di Gestione;
 - Alle Non Conformità;
 - Alle osservazioni e raccomandazioni;
 - Alla gestione che ha caratterizzato tali eventi.

L'attività di rinnovo dovrebbe prevedere anche un riesame della documentazione, al fine di valutarne l'adeguatezza, alla luce delle modifiche occorse nei tre anni, quando le stesse siano significative. Tale attività di valutazione della documentazione deve essere condotta in loco, presso il sito dell'organizzazione. Il rinnovo deve garantire almeno:

- (a) L'effettiva interazione efficace tra i vari elementi del sistema;
- (b) L'efficacia di tutto il Sistema di Gestione, alla luce delle modifiche apportate alla sua architettura nei precedenti tre anni;
- (c) La determinazione della Direzione nella Politica per la Salute e Sicurezza sul Lavoro e nel perseguimento dei relativi obiettivi, attraverso gli strumenti gestionali del Sistema di Gestione SCR.

L' Audit di rinnovo deve essere svolto con le stesse modalità dello Stage 2.

- 5.6.14. Ove, per motivi eccezionali, e per consentire all' Organismo di Certificazione di svolgere con completezza i propri processi di valutazione, il periodo di validità della Certificazione dovesse essere esteso oltre il limite contrattuale dei tre anni, l'Organismo di Certificazione deve richiederne l'autorizzazione, specificandone le motivazioni, all' Organo di Delibera, inviandone una comunicazione a SINCERT e mantenendo le registrazioni della richiesta di autorizzazione e della relativa delibera a disposizione di SINCERT. L'Organismo di Certificazione, in questo caso, deve poter dimostrare all' Organo di Delibera, che è stata valutata l'efficacia dell'intero sistema, sulla base dei risultati delle attività di sorveglianza svolte nei tre anni precedenti. L'Organismo di Certificazione deve condurre una valutazione di tipo periodico ravvicinata (entro due mesi dalla scadenza), al fine di dimostrare che tale efficacia è stata mantenuta (come nel caso, ad esempio, di un'organizzazione che opera attraverso attività di cantiere e che non ha, al momento della scadenza della certificazione, alcun cantiere attivo, o ne ha di non significativi, in tal caso potrebbe essere sufficiente un Audit di sorveglianza in sede, salvo effettuare quello di rinnovo non appena si renda disponibile il cantiere). Ciò non toglie che debba essere condotto l' Audit di rinnovo non appena possibile e comunque non oltre i 6 mesi dalla data di scadenza della Certificazione.

5.7 Uso del Logo di Certificazione

L'Organismo di Certificazione deve stabilire un controllo sulle modalità adottate dall'organizzazione per l'uso del marchio, di eventuali simboli o del logo di Certificazione, stabilendo contrattualmente che la proprietà di tali elementi di comunicazione è solo sua e che gli stessi vengono concessi in licenza d'uso in condizioni definite e controllate.

Ove l'Organismo di Certificazione conceda l'uso del logo o del marchio o di altro simbolo di Certificazione, relativi al Sistema di Gestione SCR, l'organizzazione può far uso di tali strumenti di comunicazione, solo alle condizioni che sono specificate contrattualmente, in forma scritta, dallo stesso Organismo di Certificazione. Il simbolo, il marchio ovvero il logo di Certificazione, non possono essere utilizzati sugli imballi primari dei prodotti o sugli stessi prodotti o, comunque, in modo da far intendere che si tratti di una Certificazione di sicurezza dello stesso prodotto, creando le condizioni per individuare un uso ingannevole degli stessi elementi di comunicazione.

- 5.7.1. L'Organismo di Certificazione deve predisporre una Procedura dedicata per l'uso del proprio logo, del proprio marchio o di propri simboli relativi alle Certificazioni rilasciate, così come deve essere predisposta una Procedura che disciplini le azioni da intraprendere nel caso di uso scorretto degli stessi elementi di comunicazione (ad es. utilizzando il logo sulla carta intestata ove compare il riferimento a siti non ancora certificati o utilizzandolo sugli imballi primari di prodotti o sui prodotti stessi ingenerando confusione con una certificazione per la Sicurezza di prodotto). L'Organismo di Certificazione deve prontamente attivarsi per trattare tale evenienza di uso improprio del proprio logo, simboli o marchio, con azioni appropriate: tali azioni possono prevedere: il ritiro del Certificato, la pubblicazione della trasgressione in modi definiti contrattualmente e, se del caso, altri tipi di azioni, tra cui le più opportune azioni legali.

Tali informazioni debbono essere portate a conoscenza dell'organizzazione, per iscritto, in forma contrattuale, ad esempio con il regolamento di Certificazione, che deve essere sottoscritto dalla stessa organizzazione all'atto dell'inizio delle attività di valutazione.

- 5.7.2. L' Organismo di Certificazione richiede l'accreditamento, o l'estensione dell'accreditamento, per macrosettori, a seconda delle proprie competenze.

SINCERT, stante l'esito positivo della valutazione del Sistema di Gestione dell' Organismo di Certificazione, ivi comprese le evidenze delle competenze delle risorse umane impegnate nei processi di valutazione, attua il processo di Auditing sull' Organismo di Certificazione anche tramite Visite in Accompagnamento, come previsto dal Regolamento Generale RG-01.

SINCERT effettua annualmente degli Audit sul processo operativo di valutazione degli Organismi di Certificazione, tramite Visite in Accompagnamento, secondo una programmazione che prevede un campionamento nei vari settori EA, costituenti i macrosettori per i quali l' Organismo di Certificazione risulta accreditato e comunque, sempre nei settori EA 01, 02, 07, 12, 13, 20, 24, 28, 38, 39.

Nel caso di Organizzazioni già certificate prima dell' accreditamento, il rilascio del nuovo certificato con il logo SINCERT, dovrà avvenire a conclusione positiva del primo Audit di Sorveglianza, o di Rinnovo, dopo l'accreditamento dell' Organismo di Certificazione.

- 5.7.3. I requisiti individuati ai punti 5.7.1. e 5.7.2. del documento ISO/IEC 66, relativi alla gestione di “Certification mark and logos” e “Symbol or logo” sono entrambi applicabili.
- 5.7.4. L'Organismo di Certificazione dovrebbe evitare l'uso di marchi uguali per indicare la certificazione di Sistemi di Gestione diversi tra loro, quali le certificazioni dei Sistemi di Gestione e le certificazioni di prodotto, evitando anche di ingenerare confusione nel significato di tali marchi, se ve ne sono di diverso tipo.

5.8 Accesso alle registrazioni delle comunicazioni di enti esterni

L'Organismo di Certificazione, con le organizzazioni che richiedono di sottoporre all'iter di certificazione il proprio Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro, deve prevedere contrattualmente di rendere disponibili, all'occorrenza, per lo stesso Organismo di Certificazione, le registrazioni di tutte le comunicazioni e le azioni intraprese a seguito dell'applicazione dei requisiti che regolano il Sistema di Gestione SCR o gli altri documenti normativi di riferimento. Inoltre, nel Regolamento di Certificazione dell'Organismo di Certificazione, deve essere prevista l'evenienza che siano le Autorità Competenti a richiedere tali documenti e la relativa autorizzazione, previa la comunicazione dell'evento all'Organizzazione interessata.

Appendice 1 – Qualifica degli Auditor e degli Esperti tecnici

1.1 Introduzione

La competenza e la professionalità del personale preposto alla valutazione della conformità e dell'efficacia dei sistemi di gestione della sicurezza e del lavoro (SCR) ai requisiti delle norme applicabili rappresenta uno dei punti critici per il buon funzionamento del sistema di certificazione.

1.2 Requisiti di base di qualificazione

Ai fini di una conduzione efficace, accurata e affidabile delle verifiche ispettive finalizzate alla valutazione di sistemi di gestione della Sicurezza, il personale addetto a tali verifiche deve possedere le seguenti competenze fondamentali:

conoscenza delle norme relative al Sistema di Gestione SCR oggetto di valutazione (legislazione vigente, Standard applicabile, ulteriori norme applicabili e Linee Guida UNI-INAIL, ILO ed UE) nonché adeguata esperienza di realizzazione e/o gestione e/o Auditing di tali sistemi;

conoscenza delle norme relative alla valutazione degli SCR (ivi compreso la UNI EN ISO 19011:2003:02) e padronanza delle corrispondenti tecniche e modalità di valutazione;

conoscenza tecnica dei processi attuati nell'ambito del Sistema di Gestione SCR oggetto di ispezione e sufficiente conoscenza dei relativi prodotti/servizi, incluse le regole tecniche cogenti relative alla Salute e Sicurezza sul Lavoro applicabili a detti processi e le norme tecniche specifiche.

Tali competenze possono essere concentrate in una singola persona oppure essere ripartite tra le persone costituenti il Gruppo di Audit (GDA), stante il fatto che il Responsabile del GDA (RGDA) deve essere competente nello specifico Standard ed aver maturato esperienza nelle tematiche della salute e sicurezza sul Lavoro, in modo da poter avere un controllo completo delle attività di Auditing, ancorché sviluppate dagli Auditor ed Esperti del GDA. Esaurito un periodo transitorio di 18 mesi dall'entrata in vigore dell'RT 12, per i RGDA sarà obbligatoria la Certificazione professionale rilasciata da un OdC accreditato. Qualora si faccia ricorso al Gruppo di Audit, questo comprende:

- Il Responsabile del Gruppo (RGDA o Lead Auditor);
- Uno o più Addetti all'Audit (Auditor), ove necessario;
- Uno o più Esperti Tecnici di Settore (ESP), se necessario, come nel caso di GDA composto da LA o Auditor non specificatamente competenti nel macrosettore nel quale risulta classificata l'organizzazione valutanda.

Il processo di qualificazione dei RGDA e degli Auditor è da ritenersi sostanzialmente simile, i livelli di qualificazione differenziandosi, più che altro, in termini di esperienza, anzianità e professionalità nella funzione. Tale processo attiene alla specifica professione svolta ed è analizzato in dettaglio nella presente parte 1^a (senza distinzione tra RGDA e Auditor, salvo esplicita indicazione contraria).

La qualificazione degli ESP è correlata a esperienze maturate in attività lavorative di vario tipo, non necessariamente circoscritte alla sola area "sicurezza"; come tale non può essere definita a priori in termini di contenuti specifici, ma solo valutata in termini di curriculum professionale. Comunque un ESP, come definito nell'RT 12 nel § 4.2.2.3, deve essere competente negli aspetti giuridici per la salute e sicurezza sul Lavoro relativi al macrosettore specifico e negli aspetti tecnico gestionali della salute e sicurezza sul Lavoro.

Ciò premesso, il processo di qualificazione degli Auditor di Sistema di Gestione SCR si basa su tre fasi fondamentali, per ciascuna delle quali si forniscono nel seguito le relative prescrizioni:

- (a) formazione di "base";
- (b) addestramento e specializzazione nella funzione;
- (c) mantenimento e miglioramento della professionalità.

Per i siti ubicati sul territorio italiano, durante un periodo transitorio di due anni, potranno essere impiegati RGDA ed Auditor qualificati dagli Organismi di Certificazione, a fronte della presente guida. Successivamente, potranno operare solamente RGDA ed Auditor certificati da Organismi di Certificazione del Personale accreditati.

La qualificazione di un RGDA o di un Auditor, nei diversi macrosettori EA, stante la preesistente qualificazione nello schema SCR, può essere acquisita con un'adeguata attività di Audit (almeno 4 Audit completi di Stage 1 – comprensivi dell'esame documentale - e Stage 2 per non meno di 20 giorni di attività) per ogni macrosettore, eseguita con l'affiancamento ad un RGDA certificato, ovvero ad un ESP qualificato in tali macrosettori ed a fronte di una valutazione formale di idoneità eseguita dall'Organismo di Certificazione sulle specifiche competenze richieste nel macrosettore.

1.3 Formazione di base degli Auditor per il sistema sicurezza

La formazione di base degli Auditor è costituita da vari fattori, che, a titolo indicativo e non limitativo, possono essere ricondotti ai seguenti elementi principali:

Livello d'istruzione scolastica: si richiede almeno il diploma di scuola media superiore.

Esperienza lavorativa di base: si richiede un'esperienza lavorativa di almeno 4 anni (se provvisto di laurea di 1° o 2° livello specifica per la salute e sicurezza sul Lavoro o nel caso di master post laurea nello specifico campo della salute e sicurezza sul Lavoro), 5 anni (se provvisto di laurea di 1° o 2° livello) o di almeno 6 anni (se diplomato). Tale esperienza può essere stata maturata sia in veste di lavoratore dipendente (presso imprese industriali o di servizi o presso Enti pubblici e privati, con mansioni connesse con la produzione di beni e servizi), sia in veste di libero professionista.

Esperienza lavorativa specifica: si richiede un'esperienza di almeno 3 anni in attività specifiche della Salute e Sicurezza sul lavoro (può fare parte della esperienza lavorativa di base di cui sopra).

Formazione nella professione: si richiede conoscenza approfondita dello standard certificabile per lo schema SCR, conoscenza delle definizioni applicabili della ISO 9000:00, conoscenza delle Linee Guida UNI INAIL, ILO ed UE e la partecipazione a un apposito Corso di Formazione, di durata complessiva non inferiore a 40 ore, di cui almeno 16 ore dedicate a esercitazioni pratiche, e il superamento dell'esame finale, comprensivo di prova scritta. In caso di Auditor che abbiano già superato con esito favorevole il corso di qualificazione per gli schemi Qualità, Ambiente, Security, opportunamente qualificato da OdC accreditati per detti schemi [§ 7.3 e seguenti) e tabella 1 UNI EN ISO 19011:2003] è sufficiente la partecipazione ad un apposito corso di Formazione, di durata complessiva non inferiore a 24 ore e il superamento dell'esame finale, comprensivo di prova scritta sui requisiti dello standard certificabile.⁹

⁹

Il Programma del Corso deve comprendere almeno i seguenti temi:

- Standard certificabile, e norme UNI applicabili; Documenti ILO, UE, OSHA ed INAIL-UNI.
- illustrazione e applicazione delle norme della serie UNI EN ISO 19011:2003; con particolare riferimento ai seguenti punti:
 - programmazione delle VI;
 - attuazione delle VI;
 - documentazione delle VI;
 - la normativa cogente applicabile al sistema di gestione SCR e relativi aspetti critici quali ad esempio (a titolo indicativo e non limitativo): valutazione del rischio comprendente la sua analisi e riduzione, tecniche di analisi statistica dei dati, comunicazioni di legge agli enti preposti, organigramma aziendale (compiti e responsabilità) ed uso della delega, informazioni e formazione ai lavoratori, messa a norma delle attrezzature e dei luoghi di lavoro (progettazione della sicurezza), antincendio, gestione del subappalto/outourcing.
 - aspetti di comunicazione connessi con la conduzione delle VI.

Le esercitazioni dovranno includere la simulazione di almeno una VI, comprensiva d'esame della documentazione, svolgimento della riunione di chiusura e stesura del Rapporto di Verifica.

Il Corso dovrà essere tenuto da un minimo di due Docenti aventi almeno 5 anni di esperienza (documentata) in materia di realizzazione, gestione e/o Auditing di SCR e attivi nel campo, con l'eventuale collaborazione di uno o più Assistenti per la conduzione delle esercitazioni (con un minimo di due anni di esperienza documentabile come sopra).

I programmi dettagliati dei Corsi in oggetto, i contenuti dell'esame finale, i criteri di valutazione e la documentazione attestante la qualificazione dei docenti devono essere sottoposti all'attenzione del SINCERT, a cura dell'Organismo di Certificazione del Personale accreditato, che qualifica il corso stesso. SINCERT, nell'ambito delle attività tipiche espletate per l'Accreditamento, ha facoltà di richiedere l'inserimento di nuovi argomenti e/o l'ampliamento di quelli già previsti, al fine di uniformare i contenuti didattici minimi dei contenuti dei corsi erogati sul mercato.

I Corsi in oggetto, riconosciuti e sorvegliati da Organismi di certificazione del personale accreditati da SINCERT (Corsi "Qualificati"), sono da ritenersi conformi alle prescrizioni del presente documento.

Per i Corsi qualificati da OdC di Personale accreditati e organizzati da Organismi di formazione, detti Organismi procederanno, con periodicità annuale, a una valutazione congiunta tra dette Organizzazioni eroganti e l'Organismo di Certificazione che ha qualificato

Il completamento di questa fase del percorso di qualificazione (possessione dei requisiti sopra elencati) deve essere assicurato e documentato dall'Organismo che impiega l'Auditor.

1.4 Addestramento e specializzazione nella funzione

La fase d'addestramento e di specializzazione nella funzione è un momento essenziale del percorso di qualificazione dell'Auditor. L'istruzione scolastica, l'esperienza lavorativa, la partecipazione ai Corsi di cui sopra rappresentano, infatti, una condizione necessaria, ma non sufficiente per il conseguimento del pieno livello di professionalità.

Tale fase deve comprendere i seguenti aspetti:

Addestramento "sul campo": si richiede la partecipazione attiva in tutte le fasi del processo di valutazione (esame documentale, ecc. ...) ed in almeno 4 VI (con impegno complessivo comunque non inferiore a 20 giorni lavorativi), in veste di "Auditor in addestramento". La definizione delle funzioni svolte, in tale ruolo, dall'Auditor in qualificazione spetta all'Organismo accreditato, che ne risponde nei confronti del SINCERT, stante la copertura di tutte le attività di Auditing e di tutti i punti dello standard di riferimento.

In caso di Auditor già qualificati da OdC accreditati per lo schema qualità e/o ambiente e/o ICT Security [§ 7.3 e seguenti) e tabella 1 UNI EN ISO 19011:2003], è sufficiente la partecipazione attiva in tutte le fasi del processo di valutazione (esame documentale, ecc. ...) ed in almeno 3 VI (con impegno complessivo comunque non inferiore a 15 giorni lavorativi), in veste di "Auditor in addestramento", dalle quali si abbia evidenza dell'impiego dell'Auditor in tutte le attività di Auditing comprensive degli aspetti più propri dello schema SCR.¹⁰

Gli Audit devono essere conclusi entro 36 mesi consecutivi.

Per i settori produttivi in cui le disposizioni legislative prevedono qualifiche professionali specifiche nelle aziende da verificare, il GDA dell'OdC deve avere almeno un membro competente per gli specifici aspetti di settore.

Per i restanti settori produttivi, il GDA dell'OdC deve essere composto in modo tale che almeno un membro risulti qualificato nel relativo macro-settore di appartenenza. La suddivisione in macro settori e dei relativi "settori qualificanti" è riportata in appendice n° 4 al documento SINCERT RT 12:

Vincolo al comportamento etico: l'Auditor, sin dall'inizio delle attività di addestramento, è tenuto ad adottare un comportamento etico conforme alle procedure e/o Codice Etico stabilite dall'Organismo di Certificazione, al fine di garantire e sottoscrivere il soddisfacimento delle seguenti condizioni:

assenza di condizionamenti derivanti da interessi commerciali, finanziari o di altro tipo nelle attività oggetto di ispezione (valutazione e sorveglianza);

impegno a comunicare senza indugio alle organizzazioni presso cui espleta la propria attività di Auditing, il proprio status di Auditor [in prospettiva di Auditor certificato] e degli impegni deontologici che questa comporta, in primis l'assenza di conflitto d'interessi e l'adesione al Codice Etico (o altro documento equivalente) adottato dall'Organismo di Certificazione, richiamandone i principali passi applicabili alle attività svolte.

Vincolo a non svolgere attività comunque retribuite, anche indirettamente, a favore di alcuna organizzazione certificata o che intenda certificarsi con l'Organismo di Certificazione che impiega l'Auditor.

assenza di episodi pregressi lesivi dell'integrità professionale dell'Auditor;

impegno ad evitare qualsiasi conflitto d'interessi con l'organizzazione soggetta a valutazione o con altra Società o Studio professionale a questa riconducibile;

impegno ad astenersi dal pubblicizzare qualsiasi servizio, attività o iniziativa atta a facilitare il conseguimento della specifica certificazione.

Inserimento operativo: si richiede conoscenza approfondita dei regolamenti e delle procedure dell'Organismo.

L'addestramento/specializzazione nella funzione, nei termini sopra evidenziati, deve comunque assicurare l'acquisizione delle conoscenze tecniche specifiche di cui al par. 1.2: "Requisiti di base di qualificazione".

Tutte le fasi del percorso di formazione devono essere assicurate e documentate a SINCERT dall'Organismo stesso nell'ambito delle attività d'accreditamento.

il corso stesso, delle necessità e/o opportunità di revisione - integrazione dei Programmi dei Corsi, che verranno quindi adeguati in base alle decisioni prese.

SINCERT si riserva altresì di riesaminare, congiuntamente ai sopra citati Organismi, i criteri di qualificazione dei Corsi in oggetto, al fine di promuovere l'armonizzazione degli stessi e per esprimere, attraverso i propri ESP, dei pareri tecnici sui contenuti. Tali pareri sono vincolanti.

¹⁰ È comunque escluso l'utilizzo di Ispettori in addestramento come componenti effettivi del GDA che deve risultare adeguato alle esigenze di valutazione, indipendentemente dalla presenza di personale in addestramento.

La certificazione rilasciata da OdC di Personale accreditati da SINCERT o da altro Ente di Accredimento firmatario dei MLA, o comunque giudicati equipollenti dal SINCERT stesso, costituisce presunzione di conformità alle prescrizioni contenute nel presente documento per quanto attiene alla fase di Formazione di Base e, al termine del periodo transitorio, sarà vincolante per poter operare nello schema SCR. L'Organismo di Certificazione ha l'obbligo di verificare sin dall'inizio delle attività di addestramento, così come durante tutta la durata della vigenza del rapporto con ogni Auditor, sia interno, sia esterno, che tali principi siano rigorosamente rispettati.

1.5 Mantenimento e miglioramento della professionalità

Questa fase, relativa al mantenimento e miglioramento delle conoscenze, delle competenze e delle caratteristiche personali degli Auditor e dei Responsabili di gruppo di Audit, è altrettanto importante nell'ambito del percorso di qualificazione perché serve a creare il clima di affidabilità e confidenza nel tempo, nei confronti dell'attività di Audit svolta dagli Organismi di Certificazione.

A questo proposito, per le fasi di valutazione delle prestazioni degli Auditor e dei Responsabili gruppo di Audit, si applicano le seguenti prescrizioni:

Monitoraggio sulla professionalità: l' OdC deve osservare sul campo il comportamento degli Auditor, durante la conduzione degli Audit, e conservarne registrazione;

L'osservazione sul campo degli Auditor e dei Responsabili gruppo di Audit deve avvenire secondo specifici criteri, coerenti con le procedure del programma di Audit (UNI EN ISO 19011:2003, p.to 5) emesse dall' OdC, e deve loro consentire di valutare le caratteristiche personali, le conoscenze, le competenze e le prestazioni. L'osservazione deve anche fornire, ove necessario, indicazioni circa le successive azioni di miglioramento delle competenze, in termini di formazione ed addestramento all' Audit, che l'Organismo di Certificazione dovrà pianificare per l'Auditor.

Aggiornamento e sensibilizzazione continua: l' OdC deve assicurare il mantenimento e il miglioramento continuo delle competenze dei propri Auditor e Responsabili di gruppo di Audit, attraverso le seguenti attività vincolanti:

(a). Attività (come ad es. riunioni interne e/o esterne o partecipazione a corsi ad hoc) finalizzate all'aggiornamento normativo del settore per almeno 8 ore/anno sui temi legislativi e giurisprudenziali, più altre 8 ore/anno di aggiornamento sulle tecniche della Prevenzione e Protezione

(b). Riunioni interne finalizzate all'armonizzazione delle prestazioni di Audit sui seguenti aspetti: interpretazione normativa;

comunicazione con l'organizzazione oggetto dell' Audit;

comunicazione con i colleghi del team di Audit;

rispetto del codice deontologico nell'attività di Audit (Cfr. § 1.4)

(c). Continuità delle attività di Audit sul campo, con l'effettuazione di almeno 4 Audit completi nell'arco di 24 mesi consecutivi.

Il mantenimento della certificazione nel settore, rilasciata da OdC del personale accreditato, fornisce adeguata garanzia dell'aggiornamento professionale e dello sviluppo delle competenze maturate dagli Auditor.

Gli Organismo di Certificazione che impiegano gli Auditor ed i Responsabili di Gruppo di Audit certificati, sono tenuti al monitoraggio delle loro prestazioni professionali.

1.6 Esperti di settore

Nel GDA devono essere sempre presenti le competenze tecniche specifiche, incluse quelle per la salute e sicurezza sul Lavoro, attinenti ai processi/prodotti/servizi attuati/fabbricati/forniti nell'ambito del SCR oggetto di valutazione.

A tal fine, per la conduzione di suddette verifiche ispettive, possono essere impiegati, in aggiunta agli Auditor veri e propri, Esperti di Settore (ESP).

A tali figure professionali (ESP) si applicano le seguenti prescrizioni:

Referenze professionali: si richiede un'esperienza lavorativa pregressa di almeno 3 anni, in mansioni connesse e relative alla sicurezza, con i processi produttivi nel macrosettore di accreditamento a cui si riferisce il processo/sistema oggetto di valutazione, in veste sia di lavoratore dipendente sia di lavoratore autonomo.

Attualità della competenza: indipendentemente dalla durata dell'esperienza pregressa di cui sopra, si richiede la dimostrazione del fatto che l' ESP sia tuttora attivo o comunque competente nel settore considerato.

Conoscenza della legislazione per la salute e sicurezza sul Lavoro applicabile al macrosettore.

1.7 Requisiti particolari

I requisiti di qualifica di cui ai precedenti paragrafi potranno essere resi più vincolanti a cura di SINCERT per settori ad elevata criticità.

1.8 Periodo di transizione

La certificazione professionale per i Responsabili di Gruppo di Audit per lo schema SCR è obbligatoria sin dal 15 gennaio 2006. La data dalla quale sarà obbligatoria la certificazione professionale degli Auditor (non operanti in veste di RGdA, vuoi nelle attività di Stage 1 e Stage 2, vuoi negli Audit di Sorveglianza), in funzione delle specifiche attuali contingenze, viene procrastinata al 15 giugno 2007.

Appendice 2 – Programmi e pianificazione degli Audit

L'attività di gestione dei Programmi di Audit è decisamente il momento di "regia" di tutta l'attività di valutazione di un'organizzazione, coerentemente con quanto stabilito ai §§ 5.1.2, 5.3 e 5.6 del documento RT 12. Tale regia deve dare adeguata confidenza della corretta definizione dell'adeguatezza delle risorse impiegate e del campionamento ritenuto idoneo a "fotografare", con la migliore approssimazione possibile, il Sistema di Gestione dell'organizzazione da valutare.

La definizione delle risorse è da intendere nel duplice aspetto d'individuazione delle competenze adeguate a seconda del settore di attività e dei rischi tipici dell'organizzazione e di un adeguato tempo per la conduzione delle attività di valutazione sia iniziale che periodiche, anche in funzione del grado di complessità dei processi e della dislocazione e layout degli impianti e degli ambienti nei quali si esplicano le attività dei processi operativi.

Di seguito vengono definiti i criteri di massima per la definizione dei tempi di durata delle attività di valutazione (comprehensive sia di Stage 1 che di Stage 2) e, stante l'applicazione dei criteri dell'Annex 1 alla EA 7/02, gli elementi ulteriori che dovrebbero essere presi in considerazione per la definizione di un rinforzamento del campionamento temporale svolto a mezzo di Audit specifici o di richieste di integrazioni documentali, sulle organizzazioni certificate, in fase di sorveglianza o di rinnovo.

2.1 Durata delle attività di Valutazione

Relativamente alla definizione della durata delle attività di Audit, si fa riferimento alla tabella sotto riportata, specificando che non è possibile adottare modifiche in diminuzione dei giorni-uomo, ma se del caso, solo in aumento, stante il fatto che i cosiddetti "giorni-uomo" sono composti di otto ore lavorative (precludendo da come queste vengono distribuite dall' Organismo di Certificazione ,anche in giornate diverse). I tempi di trasferimento da e per i diversi siti produttivi e per i cantieri debbono essere computati a parte, rispetto ai giorni-uomo da dedicare alle attività di Audit in campo. Parimenti, le attività di Programmazione, Pianificazione e Rapportazione (per quest' ultima solo se diverse da quelle effettuate in campo), debbono essere computate a parte rispetto ai "giorni-uomo" da dedicare alle attività di Audit in campo e debbono essere chiaramente indicate nell' offerta.

Per i criteri da utilizzare per le valutazioni di merito sulla definizione del tempo di Audit occorre riferirsi a quanto riportato nell' Annex 1 alla EA 7/02, integrati dalle considerazioni di questa Appendice 2. Nel riferirsi a tale tabella, stante la criticità dello schema, non si è considerata applicabile la categoria di complessità "limited complexity".

Si ricorda che il campionamento da fare sulle risorse umane aziendali, al fine della valutazione della competenza e consapevolezza delle stesse, relativamente ai rischi sulla Salute e sulla Sicurezza, richiede in ogni caso un'estensione di tempo pari almeno al 15% del totale disponibile per le attività sul campo (almeno 1 ora di interviste al personale ed ai rappresentanti delle Parti Interessate [RLS ed altri rappresentanti, se del caso e se previsto dalla Direzione], per ogni 8 ore allocate alle attività in campo), da valutare caso per caso per l'eventuale esigenza di incremento, e la cui congruità dovrà essere giustificata a SINCERT in occasione dell'analisi delle pratiche delle organizzazioni certificate durante le Visite presso la Sede degli Organismi di Certificazione ovvero in occasione delle Visite in Accompagnamento. Di atli interviste dovrà essere mantenuta l'evidenza nell' ambito delle registrazioni di Audit.

La tabella, opportunamente modificata, per praticità, è riportata di seguito.

<i>Complessità</i>	<i>Alta Complessità</i>	<i>Media Complessità</i>	<i>Bassa Complessità</i>
N° addetti	Macrosettori 1, 4, 7, 8, 12	Macrosettori 2, 3, 6, 9, 10, 11	Macrosettore 5
□			
10	4	3	3
30	7	6	4
100	11	8	6
500	16	12	9
2000	23	18	13

Ai diversi livelli di complessità aziendale, rappresentati in apice, nelle colonne della tabella in parola, sono stati associati i macrosettori che più propriamente gli si riferiscono (Appendice 4), lasciando, comunque,

all'Organismo di Certificazione il compito di scegliere un livello di complessità maggiore per quelle organizzazioni che, a fronte dell'analisi della documentazione acquisita o dell'esito delle attività di Stage 1, dovessero risultare maggiormente articolate per gli aspetti tipici delle attività di certificazione. Dato un macrosettore di appartenenza di un'organizzazione, non può essere adottato un livello di complessità minore, rispetto a quello stabilito e riportato in apice nella tabella.

Il criterio di ingresso nella tabella, per la scelta della fascia di addetti, è quello dell'interpolazione, intendendo i valori riportati nella prima colonna come un continuum e non come valori discreti, partendo da un minimo di 1,5 giorni-uomo per le micro-imprese (<10 addetti). In tal modo è possibile estrapolare anche i valori di giorni-uomo da allocare anche per organizzazioni con più di 2000 addetti. Nel calcolo dei giorni-uomo vanno compresi i fornitori di attività operative (es. lavori di facchinaggio, cottimisti, manutentori, servizi in genere).

2.2 Elementi di valutazione.

Al fine della modifica del programma di Audit definito in sede di analisi preliminare delle attività da esperire in un arco di tempo definito, che normalmente coincide con la durata della validità della Certificazione, potranno essere presi in esame i seguenti elementi, da valorizzare, ovviamente, anche nella predisposizione dei singoli Piani di Audit:

- Efficacia dimostrata dal Sistema di Gestione in occasione degli Audit pregressi e delle attività di Auditing interno;
- Validità del processo di Auditing Interno, sia per gli aspetti di competenza degli Auditor Interni impegnati nel processo in parola, sia per la logica di campionamento adottata, sia per le evidenze di Audit emerse a fronte delle attività esperite;
- Prescrizioni o determinazioni ricevute dalle Autorità Competenti, che diano evidenza di lacune nella capacità di gestire la valutazione dei rischi o il processo del suo aggiornamento;
- Non Conformità, incidenti, mancati infortuni ed infortuni eventualmente occorsi e la modalità con la quale sono stati gestiti;
- Efficacia della gestione delle possibili emergenze, ivi comprese le attività di addestramento e simulazione relative;
- Cultura aziendale per la salute e sicurezza sul Lavoro, per come è stata riscontrata in sede di Audit sia di Stage 1, sia di Stage 2;
- Stagionalità delle attività svolte;
- Variabilità delle condizioni che determinano la valutazione dei rischi più significativi o che possono diventare significativi (es. livello di rischio legato alla tipologia di lavorazioni di cantiere o legato a condizioni meteo o al turnover delle risorse umane);
- Adeguamenti legislativi critici per la tipologia di processi produttivi;
- Gestione delle modifiche agli impianti di processo ovvero al layout degli ambienti di lavoro che possano dar luogo a modifiche dei rischi specifici, per i quali risulti necessaria una revisione della relativa valutazione dei rischi e della definizione delle misure discendenti;
- Modifiche agli orari di lavoro, ad esempio con l'inserimento di turni notturni;
- Modifiche all'organizzazione, per come risulta certificata;
- Modifiche all'assetto societario o sostituzioni di membri del board aziendale che impattino con la gestione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul Lavoro;
- Modifiche alle procedure critiche del Sistema di Gestione.

In funzione di tali elementi di giudizio, rilevabili da comunicazioni cui le organizzazioni debbono essere tenute contrattualmente e dalle evidenze di Audit, deve essere possibile:

- mirare con la migliore esattezza le attività ed i processi da inserire nei singoli Piani di Audit;
- ovvero l'esigenza di Audit straordinari, foss' anche ad aspetti documentali e;
- nei casi più significativi, modifiche al Programma di Audit, vuoi per la frequenza dei singoli Audit, vuoi per la durata globale delle attività, vuoi per la tipologia di competenze da inserire nei Gruppi di Audit.

Appendice 4 – Macrosettori

Si riportano, sotto forma di tabella, i macrosettori di riferimento, sia per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione, sia per la qualifica degli Auditor:

CLASSIFICAZIONE ATTIVITA' PER ACCREDITAMENTO SCR						
CLA	NACE			DESCRIZIONE	EA	CLAS
	SEZ	DIV	GRUP			
1	DJ			>Metallurgia e fabbricazione di prodotti in metallo >Fabbricazione di macchine ed apparecchi meccanici >Fabbricazione di macchine elettriche ed apparecchiature elettriche, elettroniche ed ottiche >Fabbricazione di mezzi di trasporto >Altre industrie manifatturiere >Industrie tessili e dell'abbigliamento >Industria del legno e dei prodotti in legno >Riparazione di autoveicoli, motocicli	4; 6;17; 18;1 9; 20 21, 22a 22b; 23a 23b; 23c 23d; 23e 23f; 29b	1
	DK					
	DL					
	DM					
	DN	36				
	DB					
	DD					
	G	50	.50.2 .50.4			
2	I	60		>Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni (T. terrestri, mediante condotte, marittimi e per vie d'acqua, aerei, attività di supporto ed ausiliarie dei trasporti; attività delle agenzie di viaggio) >Trasporti e comunicazioni (Poste e telecomunicazioni)	31a; 31b	2
		61				
		62				
		63				
		64				
3	E			>Produzione e distribuzione di energia elettrica, gas ed acqua	25; 26; 27	3
4	F			> Costruzioni	28	4
5	DE	22	22.01	>Fabbricazione.....; Stampa e Editoria (Editoria) >Commercio all'ingrosso ed al dettaglio; Riparazione di di beni personali e per la casa >Attività finanziarie >Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, servizi alle imprese >Amministrazione pubblica >Istruzione >Altri servizi pubblici, sociali e personali >Attività svolte da famiglie e convivenze >Organizzazioni e organismi extraterritoriali	8; 29a; 29c 32; 33; 34 35; 36; 37 39b; 39c 39d; 39f	5
	G	50	.50.1			
			.50.3			
			.50.5			
			51			
		52				
	J					
	K					
	L					
	M					
	O	91				
		92				
P						
Q						
6	DA			>Industrie alimentari, delle bevande e del tabacco >Alberghi e ristoranti	3; 30;	6
	H					
7	C			>Estrazione di minerali	2; 15; 16	7

	DI					
8	DE	21		>Industrie conciarie, fabbricazione di prodotti in cuoio, pelle e simili	5; 7; 9	8
			22.02			
			22.03	>Fabbricazione della pasta carta, della carta e del cartone, dei prodotti di carta; Stampa ed editoria(Fabbricazione della paste carta, ecc. ; Stampa e servizi connessi; riproduzione di supporti registrati)		
	DF		23.01			
			23.02			
	DG			>Fabbricazione di coke, raffinerie di petrolio		
	DH			>Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche artificiali		
	DC			>Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche		
	DN	37		>Riciclaggio		
O		90	>Smaltimento RSU e delle acque fognarie, disinfestazioni e simili			
		93	>Lavanderie, parrucchieri, pompe funebri, ecc.			
9	A		>Agricoltura	1a	9	
10	B		>Pesca, piscicoltura e servizi connessi	1b	10	
11	N		>Sanità ed assistenza sociale	38	11	
12	DF		23.03 >Trattamento di combustibili nucleari	11	12	

Appendice 6 – Tabella di correlazione OHSAS 18001 / LG UNI-INAIL-ISPEL-PARTI SOCIALI

INDICE TABELLA DI CORRELAZIONE TRA OHSAS 18001:1999 E LINEA GUIDA SGSSL INAIL-ISPEL-UNI			
N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	NOTE DI LAVORO
	1 – SCOPO	A_FINALITÀ	
	2 - PUBBLICAZIONI DI RIFERIMENTO	-	
	3 – TERMINI E DEFINIZIONI	-	
	4 - ELEMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE OH&S	B _ SEQUENZA CICLICA DI UN SGSL	
	4.1 REQUISITI GENERALI	E_STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA	
	4.1 REQUISITI GENERALI (cont.)	E.1 _IL SISTEMA DI GESTIONE	
	4.2 POLITICA PER LA SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO	C-POLITICA PER LA salute e sicurezza SUL LAVORO	
	4.3.1 PIANIFICAZIONE PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI, LA VALUTAZIONE ED IL CONTROLLO DEI RISCHI	D-PIANIFICAZIONE	
	4.3.2 PRESCRIZIONI LEGALI E ALTRE	D-PIANIFICAZIONE	
	4.3.3 OBIETTIVI	D-PIANIFICAZIONE	
	4.3.4 PROGRAMMI DI GESTIONE S&SL	D-PIANIFICAZIONE	
	4.4 ATTUAZIONE E MODALITÀ OPERATIVE		
	4.4.1 STRUTTURA E RESPONSABILITÀ	E.2 DEFINIZIONE DEI COMPITI E DELLE RESPONSABILITÀ'	
	4.4.2 FORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E COMPETENZA	E.4 FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO, CONSAPEVOLEZZA	
	4.4.3 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE	E.3 _COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	
	4.4.3 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE (cont.)	E.5 COMUNICAZIONE, FLUSSO INFORMATIVO E COOPERAZIONE	
	4.4.4 DOCUMENTAZIONE	E.6 _ DOCUMENTAZIONE	
	4.4.5 CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DEI DATI	E.6 – DOCUMENTAZIONE (cont.)	
	4.4.6 CONTROLLO OPERATIVO	E.7 INTEGRAZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI PROCESSI AZIENDALI E GESTIONE OPERATIVA	
	4.4.7 PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE	D – PIANIFICAZIONE	

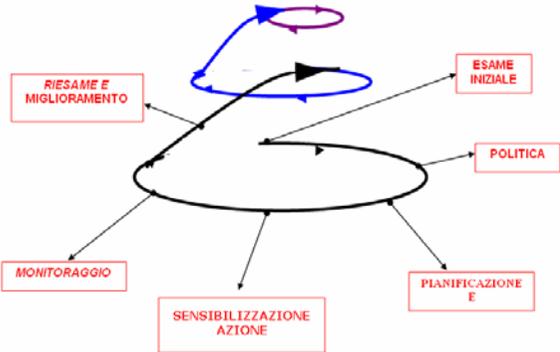
INDICE TABELLA DI CORRELAZIONE TRA OHSAS 18001:1999 E LINEA GUIDA SGSSL INAIL-ISPEL-UNI		
	E RISPOSTA	
	4.4.7 PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE E RISPOSTA (cont.)	E.7 INTEGRAZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI PROCESSI AZIENDALI E GESTIONE OPERATIVA
	4.5 CONTROLLI ED AZIONI CORRETTIVE	
	4.5.1 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	F.1_MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA (monitoraggio di 1° livello)
	4.5.1 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (cont.)	F.3_PIANO DEL MONITORAGGIO
	4.5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	F1_MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA
	4.5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE (cont.)	F3_PIANO DEL MONITORAGGIO
	4.5.3 REGISTRAZIONI E CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI	E.6_DOCUMENTAZIONE (cont.)
	4.5.4 Audit	F1_MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA (2° livello)
	4.5.4 Audit (cont.)	F.2_CARATTERISTICHE E RESPONSABILITÀ DEI VALUTATORI
	4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE	F.4_RIESAME DEL SISTEMA
	4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE (cont.)	F1_MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA (ultima frase)
	4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE (cont.)	A_FINALITÀ

INDICE TABELLA DI CORRELAZIONE TRA OHSAS 18001:1999 E LINEA GUIDA SGSSL INAIL-ISPEL-UNI

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	1 – SCOPO	A – FINALITÀ	
	<p>Questa specifica OHSAS fornisce i requisiti per un Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul lavoro (OH&S), per consentire ad una organizzazione il controllo dei rischi OH&S e di migliorare le proprie prestazioni. Essa non stabilisce specifici criteri di prestazione OH&S e neppure fornisce specifiche dettagliate per la realizzazione di un sistema di gestione.</p> <p>La specifica OHSAS è applicabile ad ogni organizzazione che desideri:</p> <p>(a) stabilire un sistema di gestione OH&S per eliminare o minimizzare i rischi per i dipendenti e le altre parti interessate che possano essere esposti a rischi OH&S associati alla propria attività;</p> <p>(b) attuare, mantenere e migliorare continuamente un sistema di gestione OH&S;</p> <p>(c) accertare la propria conformità con la politica OH&S stabilita;</p> <p>(d) dimostrare a terzi tale conformità;</p> <p>(e) ricercare certificazione/registrazione del proprio sistema di gestione OH&S da parte di una organizzazione esterna oppure;</p> <p>(f) effettuare una auto-determinazione e dichiarazione di conformità a questa specifica OHSAS.</p> <p>Tutti i requisiti di questa specifica OHSAS sono da incorporare in ogni sistema di gestione OH&S. Il grado di estensione dell'applicazione dipenderà da vari fattori, come la politica OH&S dell'organizzazione, la natura delle sue attività, i rischi e la complessità dei processi operativi.</p> <p>Questa specifica OHSAS è da intendersi come indirizzata alla salute e sicurezza sul lavoro, piuttosto che alla sicurezza di prodotti e servizi.</p>	<p>Un SGSSL è finalizzato a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza che l'impresa/organizzazione si è data in una efficace prospettiva costi/benefici.</p> <p>Tale sistema, infatti, si propone di:</p> <p>(a) ridurre progressivamente i costi complessivi della SSL compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (clienti, fornitori, visitatori, ecc.);</p> <p>(b) aumentare l'efficienza e le prestazioni dell'impresa/organizzazione;</p> <p>(c) contribuire a migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro;</p> <p>(d) migliorare l'immagine interna ed esterna dell'impresa/organizzazione.</p>	<p>trasferito come input addizionale nel riesame della direzione: valutazione costi benefici della prevenzione e protezione (vedi punto 4.6 (OHSAS 18001))</p> <p>trasferito nella Comunicazione (esterna) punto 4.4.3 (OHSAS 18001)</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	2 - PUBBLICAZIONI DI RIFERIMENTO		
	<p>Nella parte bibliografica sono indicate altre pubblicazioni che forniscono informazioni o criteri guida. E' peraltro raccomandabile la consultazione delle versioni più recenti di tali pubblicazioni. Specificatamente si dovrebbe fare riferimento a :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ <i>OHSAS 18002:2000, Guidelines for the implementation of OHSAS 18001</i> □ <i>BS 8800:1996, Guide to occupational health and safety management systems.</i> 		
	3 – TERMINI E DEFINIZIONI		
	4 - ELEMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE OH&S	B - SEQUENZA CICLICA DI UN SGSL	
		<p>Il SGSL opera sulla base della sequenza ciclica delle fasi di pianificazione, attuazione, monitoraggio e riesame del sistema, per mezzo di un processo dinamico.</p> <p>La capacità del sistema di raggiungere gli obiettivi pianificati deriva dall'impegno e dal coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali e soprattutto del livello più elevato.</p> <p>I contenuti delle fasi possono essere più o meno complessi in ogni singola azienda o unità produttiva in funzione di:</p> <p>dimensione, natura, attività e relativa complessità dell'organizzazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - significatività dei pericoli e rischi presenti, potenziali o residui; - soggetti potenzialmente esposti. <p>Le sequenze esemplificative e generalmente applicabili delle fasi, quando l'SGSL è a regime, sono:</p>	<p>Sintesi del PDCA ripreso nei requisiti successivi</p> <p>Sottolineata l'importanza dell'impegno e coinvolgimento 4.4.1, 4.4.2 e 4.6</p> <p>4.2</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<ul style="list-style-type: none"> - stabilire una politica della salute e sicurezza sul lavoro, che definisca gli impegni generali per la prevenzione dei rischi ed il miglioramento progressivo della salute e sicurezza; - identificare le prescrizioni delle leggi e dei regolamenti applicabili; - identificare tutti i pericoli e valutare i relativi rischi per tutti i lavoratori, compresi i casi particolari ¹¹³), associati con i processi, le attività operative ed organizzative <p>(comprese le interazioni fra gli addetti), le sostanze e i preparati pericolosi, ecc.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificare gli altri soggetti potenzialmente esposti (quali, ad es. i lavoratori autonomi, dipendenti di soggetti terzi ed i visitatori occasionali); - fissare specifici obiettivi appropriati, raggiungibili e congruenti con gli impegni generali definiti nella politica; - elaborare programmi per il raggiungimento di tali obiettivi, definendo priorità, tempi e responsabilità ed assegnando le necessarie risorse; - stabilire le modalità più appropriate in termini di procedure e prassi per gestire i programmi; - sensibilizzare la struttura aziendale al raggiungimento degli obiettivi prefissati; - attuare adeguate attività di monitoraggio, verifica ed ispezione per assicurarsi che il sistema funzioni; - avviare le opportune azioni correttive e preventive in funzione degli esiti del monitoraggio; - effettuare un periodico riesame per valutare l'efficacia e l'efficienza del sistema nel rag- 	<p>4.3.2</p> <p>4.3.1</p> <p>4.3.1</p> <p>4.3.3</p> <p>4.3.4</p> <p>4.4.6</p> <p>4.4.1</p> <p>4.5.1</p> <p>4.5.2</p> <p>4.6</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<p>giungere gli obiettivi fissati dalla politica della salute e sicurezza nonché per valutarne l'adeguatezza rispetto sia alla specifica realtà aziendale che ai cambiamenti interni/esterni modificando, se necessario, politica ed obiettivi della salute e sicurezza, tenendo conto dell'impegno al miglioramento continuo.</p> <p>Il SGSSL può essere rappresentato, ad esempio, secondo lo schema generale sotto riportato.</p>	
	 <p>Figura 1 - Elementi per il successo di una gestione S&SL</p>		<p>I due cicli sono da leggere congiunti</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.1 REQUISITI GENERALI	E STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA	
	4.1 (cont) REQUISITI GENERALI	E.1 _ IL SISTEMA DI GESTIONE	
	L'organizzazione deve istituire e mantenere un sistema di gestione OH&S i cui requisiti sono definiti nel capitolo 4.	L'azienda dovrebbe strutturare il SGSL seguendo i contenuti espressi nel presente documento, dando, comunque, attuazione a quanto esplicitato nella politica di SSL che l'azienda stessa ha definito. Un sistema di gestione della SSL dovrebbe possedere le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - essere parte del sistema di gestione generale dell'impresa; - contenere la struttura organizzativa, le responsabilità, le pratiche, le procedure, i processi, le risorse per realizzare la sua politica per la salute e sicurezza sul lavoro; - essere adeguato alle attività svolte, alla dimensione aziendale, alla natura ed alle dimensioni dei rischi presenti in azienda. 	aggiuntivo Un sistema di gestione SSL deve essere parte del sistema di gestione generale dell'impresa;
	4.2 POLITICA PER LA salute e sicurezza SUL LAVORO	C – POLITICA PER LA salute e sicurezza SUL LAVORO	
	Deve essere sviluppata ed autorizzata dall'alta direzione dell'organizzazione una politica di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, che definisca chiaramente gli obiettivi generali e l'impegno al miglioramento delle prestazioni relative alla tutela della salute e della sicurezza.	La politica per la salute e la sicurezza sul lavoro (in seguito siglata SSL) dovrebbe essere definita e documentata dal vertice aziendale nell'ambito della politica generale dell'azienda. La politica indica la visione, i valori essenziali e le convinzioni dell'azienda sul tema della SSL e serve a definire la direzione, i principi d'azione e i risultati a cui tendere ed esprime l'impegno del vertice aziendale nel promuovere nel personale la conoscenza degli obiettivi, la consapevolezza dei risultati a cui tendere, l'accettazione delle responsabilità e le motivazioni.	
	Tale politica deve: (a) essere adeguata alla natura e all'entità dei rischi OH&S dell'organizzazione; (b) includere l'impegno al miglioramento costante;	La politica aiuta a dimostrare verso l'interno: (a) l'impegno dell'azienda alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori	La politica aiuta a dimostrare verso l'interno che si privilegiano le azioni preventive;

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>(c) includere l'impegno a conformarsi quantomeno alla vigente legislazione OH&S applicabile ed agli altri requisiti che l'organizzazione decida di sottoscrivere;</p> <p>(d) essere documentata, attuata e mantenuta;</p> <p>(e) essere comunicata a tutti i dipendenti per renderli consapevoli dei loro obblighi individuali relativi all' OH&S;</p> <p>(f) essere disponibile per le parti interessate; e;</p> <p>(g) essere riesaminata periodicamente per assicurare la sua continua rispondenza ed adeguatezza all'organizzazione.</p> <p><i>(Vedi OHSAS 18002:2000)</i></p> <p>Nel definire o aggiornare la politica di SSL si dovrebbe tener conto della tipologia dei contratti di lavoro (A)</p>	<p>verso l'esterno, che:</p> <p>(b) esiste un impegno concreto dell'azienda in tema di salute e sicurezza sul lavoro;</p> <p>(c) si privilegiano le azioni preventive;</p> <p>(d) l'organizzazione aziendale tende all'obiettivo del miglioramento continuo.</p> <p>La politica per la SSL dovrebbe includere tra l'altro:</p> <p>(e) l'impegno al rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla SSL;</p> <p>(f) l'affermazione che la responsabilità nella gestione della SSL riguarda l'intera organizzazione aziendale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze;</p> <p>(g) l'impegno a considerare la SSL ed i relativi risultati come parte integrante della gestione aziendale;</p> <p>(h) l'impegno al miglioramento continuo ed alla prevenzione;</p> <p>(i) l'impegno a fornire le risorse umane e strumentali necessarie;</p> <p>(j) l'impegno a far sì che i lavoratori siano sensibilizzati e formati per svolgere i loro compiti in sicurezza e per assumere le loro responsabilità in materia di SSL;</p> <p>(k) l'impegno al coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;</p> <p>(l) l'impegno a riesaminare periodicamen-</p>	<p>La politica per la SSL dovrebbe includere tra l'altro i seguenti impegni aggiuntivi:</p> <p>(a) l'affermazione che la responsabilità nella gestione della SSL riguarda l'intera organizzazione aziendale, dal Datore di Lavoro sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze;</p> <p>(b) l'impegno a considerare la SSL ed i relativi risultati come parte integrante della gestione aziendale;</p> <p>(c) l'impegno alla prevenzione;</p> <p>(d) l'impegno a fornire le risorse umane e strumentali necessarie;</p> <p>(e) l'impegno al coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;</p> <p>(f) l'impegno a definire e diffondere all'interno dell'azienda gli obiettivi di SSL e i relativi programmi di attuazione.</p> <p>Nel definire o aggiornare la politica di SSL si dovrebbe tener conto dei seguenti elementi aggiuntivi :</p> <p>(a) dell'attività svolta e della dimensione aziendale;</p> <p>(b) della tipologia dei contratti di lavoro;</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<p>te la politica stessa ed il sistema di gestione attuato;</p> <p>(m) <u>l'impegno a definire e diffondere all'interno dell'azienda gli obiettivi di SSL e i relativi programmi di attuazione.</u></p> <p>Nel definire o aggiornare la politica di SSL si dovrebbe tener conto:</p> <p>(n) dell'attività svolta e della dimensione aziendale;</p> <p>(o) della natura ed il livello dei rischi presenti;</p> <p>(p) <u>della tipologia dei contratti di lavoro;</u></p> <p>(q) <u>dei risultati dell'analisi iniziale o del monitoraggio successivo.</u></p>	
	<p>4.3.1 PIANIFICAZIONE PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI, LA VALUTAZIONE ED IL CONTROLLO DEI RISCHI</p>	<p>D – PIANIFICAZIONE</p>	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere procedure per l'identificazione continua dei pericoli, la valutazione dei rischi e l'attuazione delle necessarie misure di controllo. Tali procedure devono includere:</p> <p>(a) le attività routinarie e non routinarie;</p> <p>(b) le attività di tutto il personale che ha accesso all'ambiente di lavoro (incluse le imprese esterne ed i visitatori)</p> <p>(c) le attrezzature sul posto di lavoro, sia fornite dall'organizzazione che da terzi.</p> <p>L'organizzazione deve assicurare che i risultati di queste valutazioni e gli effetti di tali controlli vengano presi in considerazione per la definizione degli obiettivi S&SL. L'organizzazione deve documentare e tenere aggiornate tali informazioni.</p>	<p>La concretizzazione della politica passa attraverso un processo di pianificazione che porta alla formulazione di uno specifico piano nell'ambito del SGSL. La pianificazione per la SSL dovrebbe essere coerente con il sistema generale di gestione aziendale adottato.</p> <p>I metodi utilizzati per pianificare il raggiungimento degli obiettivi di SSL dovrebbero essere gli stessi utilizzati per pianificare il raggiungimento degli altri obiettivi dell'azienda (per es. commerciali, tecnologici, opportunità di mercato, costi aziendali, gestione del personale, ecc.).</p> <p>In questo ambito si dovrebbe tendere a che le procedure organizzative/operative necessarie alla gestione della attività dell'azienda vengano integrate dalle componenti di salute e sicurezza necessarie senza creare duplicazioni e parallelismi.</p>	<p>vedi par.4.3.3 (E7)</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>La metodologia utilizzata dall'organizzazione per l'identificazione dei pericoli e per la valutazione dei rischi deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> (d) essere definita in rapporto alle proprie finalità, natura e scadenze al fine di assicurare che essa risulti propositiva piuttosto che reattiva; (e) provvedere alla classificazione dei rischi e all'identificazione di quelli da eliminare o da controllare mediante misure, così come definito nei punti 4.3.3 e 4.3.4; (f) essere coerente con l'esperienza operativa e con l'efficacia delle misure adottate per il controllo dei rischi; (g) fornire informazioni per la determinazione dei requisiti delle attrezzature, per l'identificazione delle fabbisogni formativi e/o per lo sviluppo dei controlli operativi; (h) provvedere al monitoraggio delle azioni richieste per assicurare sia l'efficacia che la tempestività della loro attuazione. <p>NOTA: Per un'ulteriore guida sull'identificazione dei pericoli, valutazione e controllo dei rischi consultare OHSAS 18002.</p>	<p>I requisiti chiave del processo di pianificazione da tener presenti dovrebbero essere i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) definizione e graduazione degli obiettivi finalizzati al <u>mantenimento e/o al miglioramento del sistema;</u> (b) <u>determinazione, preferibilmente al momento della definizione degli obiettivi, dei criteri di valutazione idonei a dimostrare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi stessi;</u> (c) predisposizione di un piano per il raggiungimento di ciascun obiettivo contenente anche le mete intermedie, ove necessarie, l'individuazione delle figure/strutture coinvolte nella realizzazione del piano stesso e l'attribuzione dei compiti e delle responsabilità relative; (d) definizione delle risorse necessarie, comprese quelle economiche; (e) previsione delle modalità di verifica dell'effettivo ed efficace raggiungimento degli obiettivi. <p>Questa pianificazione dovrebbe tener conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) delle attività lavorative ordinarie e straordinarie, comprese le situazioni di emergenza; (b) delle attività di tutto il personale (inclusi lavoratori con contratto atipico, fornitori, visitatori, ecc.), che ha accesso al luogo di lavoro e/o ha interferenza con le attività lavorative svolte; (c) delle strutture, dei luoghi e dei metodi di lavoro, delle macchine, degli impianti, delle attrezzature, delle sostanze utilizzate, sia che siano quelle proprie dell'azienda sia che vengano fornite da terzi; 	<p>Determinazione, preferibilmente al momento della definizione degli obiettivi, dei criteri di valutazione idonei a dimostrare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi stessi. (per la necessità di individuare indicatori di monitoraggio vedi 4.5.1)</p> <p>vale anche come punto 4.4.7 (OHSAS18001)</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		(d) delle modalità più adeguate per presidiare i processi aziendali così da prevenire le inefficienze nonché individuare e pianificare le attività di modifica organizzativa, strutturale, procedurale, produttiva, tecnologica, tenendo conto delle esigenze di tutela della SSL.	
	4.3.2 PRESCRIZIONI LEGALI E ALTRE	D – PIANIFICAZIONE	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attiva una procedura che consenta di identificare e di accedere alle prescrizioni legali ed alle altre prescrizioni S&SL applicabili.</p> <p>L'organizzazione deve mantenere aggiornate queste informazioni e deve comunicare al proprio personale ed alle altre parti interessate le informazioni relative alle prescrizioni legali ed alle altre prescrizioni applicabili.</p>	vedi punto D	
	4.3.3 OBIETTIVI	D – PIANIFICAZIONE	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere obiettivi documentati relativi alla salute e sicurezza sul lavoro, per ciascun livello e funzione rilevante interna alla organizzazione stessa.</p> <p><i>NOTA: Quando praticabile, gli obiettivi dovrebbero essere quantificati,</i></p> <p>Quando gli obiettivi vengono stabiliti e riesaminati, una organizzazione deve prendere in considerazione le prescrizioni legali e le altre prescrizioni, i suoi pericoli e rischi per la S&SL, le opzioni tecnologiche, le esigenze finanziarie, operative e commerciali ed il punto di vista delle parti interessate.</p> <p>Gli obiettivi e i traguardi devono essere coerenti con la politica S&SL, compreso l'impegno per la prevenzione dell'inquinamento.</p>	vedi punto D	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.3.4 PROGRAMMI DI GESTIONE S&SL	D – PIANIFICAZIONE	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attivo uno o più programmi S&SL per raggiungere i suoi obiettivi. Tale programma/i deve includere la documentazione relativa a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'attribuzione delle responsabilità e dell'autorità alle funzioni e livelli rilevanti dell'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi; - i mezzi necessari e le scadenze temporali per il raggiungimento degli obiettivi. <p>Il programma di gestione S&SL deve essere rivisto su base regolare e ad intervalli pianificati. Ove necessario deve essere modificato per tener conto delle modifiche delle attività, dei prodotti, dei servizi o delle condizioni operative dell'organizzazione.</p>	vedi punto D	
	4.4 ATTUAZIONE E MODALITÀ OPERATIVE		
	4.4.1 STRUTTURA E RESPONSABILITÀ	E.2 - DEFINIZIONE DEI COMPITI E DELLE RESPONSABILITÀ	
	<p>I ruoli, le responsabilità e l'autorità del personale che gestisce, esegue e verifica le attività che hanno un effetto sui rischi per la S&SL delle attività, delle attrezzature e dei processi dell'organizzazione, devono essere definiti, documentati e comunicati per facilitare la gestione S&SL.</p>	<p>Le responsabilità e la relativa autorità in materia di SSL sono definite in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda.</p> <p>Nella definizione dei compiti organizzativi e operativi della direzione aziendale, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori, dovrebbero essere esplicitati e resi noti anche quelli relativi alle attività di sicurezza</p>	<p>Le responsabilità e la relativa autorità in materia di SSL sono definite in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda.</p> <p>Nella definizione dei compiti organizzativi e operativi della direzione aziendale, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori, dovrebbero essere esplicitati e resi noti anche quelli relativi alle attività di sicurezza</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>La responsabilità finale per la salute e sicurezza sul lavoro ricade sull'alta direzione. L'organizzazione deve nominare un membro dell'alta direzione (ad esempio, in una organizzazione di grandi dimensioni, un membro del consiglio di amministrazione o del comitato esecutivo) con particolari responsabilità per garantire che il sistema di gestione S&SL sia attuato in maniera appropriata ed operi secondo i requisiti in tutte le sedi ed ambiti di attività dell'organizzazione.</p> <p>La direzione deve mettere a disposizione le risorse essenziali all'attuazione, controllo e miglioramento del sistema di gestione S&SL.</p> <p><i>NOTA: Per risorse si intendono le risorse umane, le professionalità specialistiche, le risorse tecnologiche e finanziarie</i></p> <p>L'incaricato della direzione dell'organizzazione deve avere ruolo, responsabilità ed autorità definite per:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) assicurare che i requisiti del sistema di gestione S&SL siano definiti, attuati e mantenuti in accordo a questa specifica OHSAS; (b) assicurare che vengano presentati all'alta direzione rapporti sulle prestazioni del sistema di gestione S&SL, per il riesame e come base per il miglioramento del sistema, <p>Tutti coloro che hanno responsabilità gestionali devono dimostrare il proprio impegno per il miglioramento continuo delle prestazioni S&SL.</p>	<p><u>di loro competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse,⁴⁾ ed i compiti di ispezione, verifica e sorveglianza in materia di SSL.</u></p> <p><u>Inoltre dovrebbero essere documentate e rese note a tutti i livelli aziendali le funzioni ed i compiti del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e degli eventuali addetti, del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e degli addetti alla gestione delle emergenze, nonché i compiti e le responsabilità del Medico competente.</u></p>	<p>di loro competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse,⁴⁾ ed i compiti di ispezione, verifica e sorveglianza in materia di SSL.</p> <p>Inoltre dovrebbero essere documentate e rese note a tutti i livelli aziendali le funzioni ed i compiti del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e degli eventuali addetti, del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e degli addetti alla gestione delle emergenze, nonché i compiti e le responsabilità del Medico competente.(A)</p>

⁴⁾ Se già in fase di "assegnazione di un ruolo" si specificano oltre agli incarichi operativi/produttivi anche i compiti spettanti al soggetto in materia di prevenzione verrebbero ad essere superati all'origine i problemi relativi alla non accettazione di incarichi ritenuti aggiuntivi.

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.4.2 FORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E COMPETENZA	E.4 - FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO, CONSAPEVOLEZZA	
	<p>Il personale deve avere la necessaria competenza per eseguire i compiti che possano avere un impatto sulla S&SL nel luogo di lavoro. La competenza deve essere definita in termini di livelli appropriati di educazione, formazione e/o esperienza.</p> <p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attive procedure per assicurare che il proprio personale operante in ogni funzione e livello rilevante sia consapevole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dell'importanza della conformità alla politica ed alle procedure S&SL ed ai requisiti del sistema di gestione S&SL; - delle conseguenze reali o potenziali, per la S&SL, delle proprie attività lavorative e dei benefici per la S&SL derivanti dal miglioramento delle prestazioni personali; - del proprio ruolo e responsabilità nel raggiungimento della conformità alla politica ed alle procedure S&SL ed ai requisiti del sistema di gestione S&SL, inclusi i requisiti per la preparazione e la risposta in caso di emergenza (vedi punto 4.4.7) - delle potenziali conseguenze derivanti da deviazioni dalle procedure operative specificate. <p>Le procedure di formazione devono prendere in considerazione i differenti livelli di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsabilità, capacità e livello culturale; e rischio. 	<p>L'azienda dovrebbe definire e mantenere attive le modalità per assicurare che il personale sia ad ogni livello consapevole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dell'importanza della conformità delle proprie azioni rispetto alla politica ed ai requisiti del SGSL; - delle conseguenze che la loro attività ha nei confronti della SSL; - delle possibili conseguenze dovute ad uno scostamento da quanto fissato in materia di SSL. <p>Nel SGSL lo svolgimento di compiti che possono influenzare la SSL dovrebbe richiedere adeguata verifica di competenza del personale addetto.</p> <p>La competenza è definita in termini di adeguata formazione, addestramento e/o esperienza.</p> <p>L'azienda si dovrebbe attivare affinché i lavoratori e i loro rappresentanti siano sufficientemente competenti per partecipare realmente al funzionamento del SGSL e dovrebbe incoraggiare questa loro partecipazione.</p> <p><u>L'azienda dovrebbe organizzare la formazione e l'addestramento secondo i fabbisogni rilevati periodicamente, anche attraverso la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti.</u></p>	<p>L'azienda dovrebbe organizzare la formazione e l'addestramento secondo i fabbisogni rilevati periodicamente, anche attraverso la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti.</p>
	4.4.3 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE	E.3 - COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	
	<p>L'organizzazione deve disporre di procedure per assicurare che informazioni pertinenti in merito alla S&SL, vengano comunicate al/dal personale e altre parti interessate.</p> <p>I metodi di coinvolgimento e di consultazione devo-</p>	<p><u>L'efficace gestione della SSL richiede il sostegno e l'impegno dei dipendenti e le conoscenze e l'esperienza dei lavoratori sono una risorsa necessaria allo sviluppo di un SGSL.</u></p>	<p>L'efficace gestione della SSL richiede il sostegno e l'impegno dei dipendenti e le conoscenze e l'esperienza dei lavoratori sono una risorsa necessaria allo sviluppo di un SGSL.</p> <p>L'azienda dovrebbe definire modalità adeguate per</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>no essere documentati e segnalati alle parti interessate.</p> <p>Il personale deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere coinvolto nello sviluppo e nel riesame delle politiche e delle procedure per la gestione dei rischi; - essere consultato in caso di modifiche che abbiano effetti sulla sicurezza e la salute; - avere una rappresentanza per le problematiche relative alla sicurezza e la salute - essere informato sulle persone che ricoprono i ruoli di rappresentante/i dei lavoratori per la S&SL e di responsabile della direzione per la sicurezza (vedi punto 4.4.1). 	<p>L'azienda dovrebbe definire modalità adeguate per realizzare il coinvolgimento dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti ed in particolare per attuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la consultazione preventiva in merito alla individuazione e valutazione dei rischi ed alla definizione delle misure preventive; - riunioni periodiche da effettuarsi con frequenza e modalità che tengano conto almeno delle richieste fissate dalla legislazione vigente. <p>Può essere opportuno, in relazione alle esigenze ed alla struttura aziendale, realizzare forme di coinvolgimento utilizzando prioritariamente le riunioni previste per la gestione aziendale o anche attraverso gruppi o comitati di analisi e discussioni su particolari temi di SSL.</p> <p>Altro ulteriore possibile mezzo di coinvolgimento può essere la raccolta di osservazioni e commenti sulle misure preventive adottate, sulla organizzazione del SGSSL, sulle procedure ed i metodi di lavoro.</p> <p>Tali osservazioni e commenti possono essere utilizzati, anche in fase di riesame del SGSSL.</p>	<p>realizzare il coinvolgimento dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti ed in particolare per attuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la consultazione preventiva in merito alla individuazione e valutazione dei rischi ed alla definizione delle misure preventive; - riunioni periodiche da effettuarsi con frequenza e modalità che tengano conto almeno delle richieste fissate dalla legislazione vigente.
	<p>4.4.3 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE (cont.)</p>	<p>E.5 - COMUNICAZIONE, FLUSSO INFORMATIVO E COOPERAZIONE</p>	
	<p>L'organizzazione deve disporre di procedure per assicurare che informazioni pertinenti in merito alla S&SL, vengano comunicate al/dal personale e altre parti interessate.</p> <p>I metodi di coinvolgimento e di consultazione devono essere documentati e segnalati alle parti interessate.</p> <p>Il personale deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere coinvolto nello sviluppo e nel riesame delle politiche e delle procedure per la 	<p>La circolazione delle informazioni all'interno dell'azienda è un elemento fondamentale per garantire livelli adeguati di consapevolezza ed impegno riguardo alla politica adottata in tema di SSL.</p> <p>Il principio che dovrebbe ispirare la realizzazione del flusso informativo è quello della cooperazione tra tutti i soggetti interessati, interni e/o esterni all'impresa.</p> <p>La cooperazione si dovrebbe realizzare in una cultura aziendale che dia risonanza al flusso informati-</p>	<p>Si considera determinante un atteggiamento proattivo di comunicazione della direzione per il coinvolgimento del personale:</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>gestione dei rischi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere consultato in caso di modifiche che abbiano effetti sulla sicurezza e la salute; - avere una rappresentanza per le problematiche relative alla sicurezza e la salute; - essere informato sulle persone che ricoprono i ruoli di rappresentante/i dei lavoratori per la S&SL e di responsabile della direzione per la sicurezza (vedi punto 4.4.1). 	<p>vo tramite la partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ed in particolare di tutti i lavoratori.</p> <p>Maggiore è la condivisione delle informazioni e la partecipazione attiva alla gestione del sistema, maggiore sarà la probabilità di prevenire gli infortuni e le malattie correlate al lavoro.</p> <p>Il processo di comunicazione ed informazione è essenziale per far partecipare il personale e coinvolgerlo nel SGSL e nel raggiungimento degli obiettivi fissati per dare attuazione alla politica aziendale di SSL.</p> <p>La direzione dovrebbe definire ed attuare efficaci modalità di comunicazione su politiche, obiettivi, programmi e risultati, dovrebbe incoraggiare il ritorno di informazione in materia di SSL e la comunicazione interpersonale per migliorare gli aspetti relazionali.</p> <p>Pertanto il personale dovrebbe essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultato, anche attraverso i suoi rappresentanti, sulle questioni afferenti la SSL e soprattutto quando sono previsti cambiamenti che influenzano la SSL, oltre che nella successiva fase di attuazione; - informato su chi ed in quale misura detiene responsabilità per la SSL e chi sono i soggetti che hanno incarichi specifici inerenti la SSL in azienda. <p>A questo scopo si dovrebbe realizzare:</p> <p>(a) una adeguata comunicazione interna per sviluppare la cooperazione fra tutti i livelli aziendali, finalizzata alla raccolta e diffusione delle informazioni, realizzando una corretta raccolta e diffusione (dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto) di informazioni pertinenti, attraverso l'utilizzo di strumenti adeguati in funzione delle specifiche esigenze e dimen-</p>	<p>Il processo di comunicazione ed informazione è essenziale per far partecipare il personale e coinvolgerlo nel SGSL e nel raggiungimento degli obiettivi fissati per dare attuazione alla politica aziendale di SSL.</p> <p>La direzione dovrebbe definire ed attuare efficaci modalità di comunicazione su politiche, obiettivi, programmi e risultati, dovrebbe incoraggiare il ritorno di informazione in materia di SSL e la comunicazione interpersonale per migliorare gli aspetti relazionali.</p> <p>Pertanto il personale dovrebbe essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informato su chi ed in quale misura detiene responsabilità per la SSL e chi sono i soggetti che hanno incarichi specifici inerenti la SSL in azienda. <p>La direzione deve farsi carico della comunicazione alle parti interessate anche mediante:</p> <p>un'opportuna comunicazione esterna rivolta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al personale esterno (committenti, fornitori, collaboratori esterni); - al pubblico (clienti, visitatori, soggetti interessati); - alle autorità; - migliorare l'immagine interna ed esterna dell'impresa/organizzazione (vedi Ad)

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<p>sioni dell'impresa;</p> <p>(b) un'opportuna comunicazione esterna rivolta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al personale esterno (committenti, fornitori, collaboratori esterni); - al pubblico (clienti, visitatori, soggetti interessati); - alle autorità; <p>(c) la diffusione della politica della salute e sicurezza aziendale.</p>	
	4.4.4 DOCUMENTAZIONE	E.6 – DOCUMENTAZIONE	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere l'informazione, con i mezzi più adatti, su carta o su sistemi elettronici, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) descrivere gli elementi fondamentali del sistema di gestione e le loro interazioni; (b) fornire direttive sulla documentazione correlata. <p><i>NOTA: E' importante che la documentazione sia mantenuta al minimo necessario per assicurare funzionalità ed efficienza.</i></p>	<p>La documentazione è uno strumento organizzativo importante che consente ad una azienda la gestione nel tempo delle conoscenze pertinenti alla specifica realtà produttiva anche con l'obiettivo di contribuire alla implementazione ed al monitoraggio del sistema gestionale per la salute e la sicurezza aziendale.</p> <p>La documentazione dovrebbe essere tenuta ed aggiornata al livello necessario richiesto per mantenere il sistema efficiente ed efficace, in modo che la documentazione sia funzionale al sistema ma non lo condizioni.</p> <p>Le attività di consultazione, coinvolgimento, informazione e formazione del personale dovrebbero essere documentate e registrate.</p> <p>Un buon sistema di gestione della documentazione raggiunge un giusto equilibrio tra la necessità di raccolta, fruibilità ed archiviazione del maggior numero di dati e quella del loro aggiornamento.</p>	<p>Tutto è ampiamente riconducibile alla prassi dei sistemi di gestione (documentazioni di origine</p>

(6) Esempio: documento di valutazione dei rischi, elenco delle sostanze pericolose, CPI, rapporto di analisi delle esposizioni al rumore, ecc.

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<p>La documentazione aziendale risponde alle esigenze di conoscenza per sviluppare e mantenere un sistema di gestione efficiente, in modo semplice e snello.</p> <p>Per documentazione si intende almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leggi, regolamenti, norme antinfortunistiche attinenti l'attività dell'azienda; - regolamenti e accordi aziendali; - manuale del SGSL, se esiste; - quella richiesta dalla normativa vigente in materia di SSL;⁽⁶⁾ - manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, DPI forniti dai costruttori; - informazioni sui processi produttivi; - schemi organizzativi; - norme interne e procedure operative; - piani di emergenza. 	<p>interna e di origine esterna</p> <p>Per documentazione si intende almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leggi, regolamenti, norme antinfortunistiche attinenti l'attività dell'azienda; - regolamenti e accordi aziendali; - manuale del SGSL, se esiste; - quella richiesta dalla normativa vigente in materia di SSL;⁽⁶⁾ - manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, DPI forniti dai costruttori; - informazioni sui processi produttivi; - schemi organizzativi; - norme interne e procedure operative; - piani di emergenza.
	4.4.5 CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DEI DATI	E.6 – DOCUMENTAZIONE (cont.)	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attive procedure per tenere sotto controllo tutti i documenti previsti dalla presente norma OHSAS allo scopo di assicurare che:</p> <p>(a) possano essere localizzati;</p> <p>(b) siano periodicamente riesaminati, revisionati qualora necessario, e approvati e approvati ai fini della loro adeguatezza da personale autorizzato;</p> <p>(c) le edizioni applicabili dei documenti e dati rilevanti siano disponibili in tutti i luoghi dove sono effettuate operazioni essenziali all'efficace funzionamento del sistema di gestione</p>	<p>Dovrebbero essere stabilite, in funzione delle caratteristiche aziendali, modalità riguardanti la gestione della documentazione, modalità che contengano, tra l'altro, le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventuale figura incaricata della gestione del sistema documentale; - i tempi di conservazione (rinnovo) della documentazione; - il collegamento tra la gestione della documentazione e i flussi informativi interno ed esterno all'azienda; 	<p>Elementi riscontrabili in altri punti della norma e/o riconducibile alla prassi dei sistemi di gestione che vengono ribaditi esplicitamente</p> <p>par.4.4.1 e 4.4.5 (OHSAS 18001)</p> <p>par.4.5.3 (OHSAS 18001)</p> <p>par. 4.4.1 e 4.4.3 (OHSAS 18001)</p> <p>par.4.4.4 b) (OHSAS 18001)</p>

⁽⁶⁾ Esempio: documento di valutazione dei rischi, elenco delle sostanze pericolose, CPI, rapporto di analisi delle esposizioni al rumore, ecc.

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>S&SL;</p> <p>(d) i documenti e dati obsoleti siano tempestivamente ritirati da tutti i punti di emissione e di uso, oppure in altro modo protetti contro usi non intenzionali; e</p> <p>(e) i documenti ed i dati da conservare in archivio per ragioni legali e/o per la conservazione delle conoscenze, o entrambi, siano adeguatamente identificati.</p>	<p>- i contenuti e la forma (supporti elettronici, cartacei, audiovisivi).</p> <p>In ogni caso l'azienda stabilisce e mantiene le informazioni necessarie per descrivere gli elementi centrali del sistema di gestione e la loro interazione e per dare direttive per la predisposizione della documentazione correlata.</p> <p>Tale documentazione può essere raccolta unitariamente oppure facilmente recuperabile al bisogno, anche mediante soluzioni informatiche adeguate.</p>	
	4.4.6 CONTROLLO OPERATIVO	E.7- INTEGRAZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI PROCESSI AZIENDALI E GESTIONE OPERATIVA	
	<p>L'organizzazione deve identificare le operazioni e le attività associate ai rischi identificati per le quali devono essere applicate misure di controllo. L'organizzazione deve pianificare tali attività, compresa la manutenzione, al fine di assicurare che esse siano condotte nelle condizioni specificate, attraverso:</p> <p>(a) la definizione e mantenimento di procedure documentate per regolamentare le situazioni in cui l'assenza di tali procedure potrebbe portare a deviazioni rispetto alla politica S&SL ed agli obiettivi;</p> <p>(b) la definizione dei criteri operativi nelle</p>	<p>L'integrazione nei processi aziendali della tutela della salute e sicurezza rappresenta il cuore di un sistema di gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro perché è la fase dell'applicazione sul campo delle scelte di politica e organizzazione aziendale descritte nei paragrafi precedenti.</p> <p>Per dare attuazione a quanto dichiarato nella politica di SSL il sistema di gestione della sicurezza dovrebbe, pertanto, integrarsi ed essere congruente con la gestione complessiva dell'impresa.</p>	<p>Per dare attuazione a quanto dichiarato nella politica di SSL il sistema di gestione della sicurezza deve integrarsi ed essere congruente con la gestione complessiva dell'impresa.</p> <p>L'azienda deve definire modalità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuare i propri processi e le loro correlazioni ed influenze reciproche; - analizzare e studiare soluzioni per eventualmente modificare i processi stessi o le loro modalità di correlazione per raggiungere gli obiettivi di SSL e/o per migliorare l'efficienza e l'efficacia del SGSL.

⁶⁾Per esempio qualora diverse componenti aziendali condividano attrezzature, ambienti di lavoro e personale.

⁷⁾Per le attività operative i metodi di gestione dovrebbero avere, per esempio, le seguenti caratteristiche: essere redatti per elemento dell'attività (impianto, macchina, operazione) integrandole negli altri documenti dell'organizzazione relativi a quell'elemento; essere predisposti dai singoli responsabili, eventualmente con la collaborazione del personale che le dovrà utilizzare, verificate e approvate dal responsabile del Sistema; stabilire le corrette modalità operative da adottare in fase di avviamento, fermata, funzionamento normale e in caso di situazione anomala (chi fa, che cosa e come); contenere i divieti specifici e ciò che non deve essere assolutamente fatto; descrivere, se pertinenti, le modalità di comportamento, ispezione, pulizia e manutenzioni ordinarie a carico del personale addetto.

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>procedure;</p> <p>(c) la definizione e mantenimento di procedure relative ai rischi S&SL identificati per le merci, le attrezzature ed i servizi acquistati e/o utilizzati dall'organizzazione e la comunicazione delle relative procedure e requisiti ai fornitori ed agli appaltatori;</p> <p>(d) la definizione e mantenimento di procedure per la progettazione degli ambienti di lavoro, dei processi, delle installazioni, dei macchinari, delle procedure operative e dell'organizzazione del lavoro, incluso il loro adattamento alle capacità umane, in modo da eliminare o ridurre alla fonte i rischi S&SL.</p>	<p><u>In ogni processo aziendale si dovrebbero determinare, non solo i rischi e le conseguenti misure prevenzionali, ma anche l'influenza che lo svolgimento di tale processo ha sulle problematiche di SSL di tutti i processi correlati e sul funzionamento del SGSL e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.</u></p> <p><u>L'azienda dovrebbe assicurare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>che tutte le componenti aziendali siano sensibili ed attive rispetto agli obiettivi di SSL;</u> - <u>che sia evitata la duplicazione di sforzi e spreco di risorse;</u> - <u>che siano adeguate, chiare e definite le responsabilità di SSL; (6)</u> - <u>che venga promossa la collaborazione tra tutti i lavoratori;</u> - <u>che le decisioni prese tengano conto degli effetti sulla SSL;</u> - <u>che la valutazione dei risultati raggiunti dal personale e dalle strutture aziendali tenga conto anche delle prestazioni fornite in materia di SSL.</u> <p><u>L'azienda dovrebbe definire anche modalità per:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>individuare i propri processi e le loro correlazioni ed influenze reciproche;</u> - <u>analizzare e studiare soluzioni per eventualmente modificare i processi stessi o le loro modalità di correlazione per raggiungere gli obiettivi di SSL e/o per migliorare l'efficienza e l'efficacia del SGSL.</u> 	<p>In ogni processo aziendale si deve determinare l'influenza che lo svolgimento di tale processo ha sulle problematiche di SSL di tutti i processi correlati e sul funzionamento del SGSL e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.</p> <p>L'azienda deve assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che tutte le componenti aziendali siano sensibili ed attive rispetto agli obiettivi di SSL; - che sia evitata la duplicazione di sforzi e spreco di risorse; - che siano adeguate, chiare e definite le responsabilità di SSL; - che venga promossa la collaborazione tra tutti i lavoratori; - che le decisioni prese tengano conto degli effetti sulla SSL; - che la valutazione dei risultati raggiunti dal personale e dalle strutture aziendali tenga conto anche delle prestazioni fornite in materia di SSL. <p>L'azienda deve individuare e definire anche, sulla base di quanto fissato per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza e per il funzionamento del SGSL, precise disposizioni alle funzioni aziendali interessate in materia di assunzione e qualificazione del personale.</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<p>L'azienda avendo identificato le aree di intervento associate agli aspetti di SSL in linea con i suoi obiettivi e traguardi dovrebbe esercitarne una gestione operativa regolata.</p> <p>In particolare dovrebbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidenziare le misure di prevenzione e protezione (compresi gli aspetti organizzativi e relazionali) e le interrelazioni tra i vari soggetti e processi aziendali che hanno influenza sulla SSL; - definire "chi fa che cosa"; - definire i metodi di gestione per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati. (7) <p>L'azienda dovrebbe stabilire ed aggiornare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure per affrontare situazioni difformi rispetto alla politica ed agli obiettivi fissati definendo nelle stesse i criteri operativi; - procedure che riguardino gli aspetti di SSL significativi inerenti l'acquisizione di beni e servizi impiegati dall'azienda, comunicando le opportune informazioni a fornitori ed appaltatori; - procedure per la gestione delle emergenze. <p><i>L'azienda dovrebbe riesaminare e revisionare in base all'esperienza acquisita, le sue procedure, in particolare dopo che si è verificata un'emergenza.</i></p> <p>L'azienda dovrebbe individuare e definire anche, sulla base di quanto fissato per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza e per il funzionamento del SGSL, precise disposizioni alle funzioni aziendali interessate in materia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assunzione e qualificazione del personale; - organizzazione del lavoro e delle postazioni di lavoro; 	<p>riportato nel punto 4.4.7 (OHSAS 18001)</p> <p>L'azienda dovrebbe individuare e definire anche, sulla base di quanto fissato per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza e per il funzionamento del SGSL, precise disposizioni alle funzioni aziendali interessate in materia di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assunzione e qualificazione del personale;

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
		<ul style="list-style-type: none"> - acquisto di attrezzature, strumentazioni, materie prime, sussidiarie e di consumo; - manutenzione normale e straordinaria; - qualificazione e scelta dei fornitori e degli appaltatori. 	
	4.4.7 PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE E RISPOSTA	D – PIANIFICAZIONE	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attivi piani e procedure atte ad individuare il potenziale di, e rispondere a, incidenti e situazioni di emergenza e a prevenire e ridurre le probabili infermità e lesioni che potrebbero essere associate a tali eventi.</p> <p>L'organizzazione deve riesaminare i propri piani e procedure di preparazione e risposta alle emergenze, in particolare dopo che occorsi incidenti o situazioni di emergenza.</p> <p>L'organizzazione deve inoltre provare periodicamente queste procedure, ove praticabile.</p>	<p>La pianificazione dovrebbe tener conto:</p> <p>(a) delle attività lavorative ordinarie e straordinarie, comprese le situazioni di emergenza;</p>	
	4.4.7 PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE E RISPOSTA (cont.)	E.7- INTEGRAZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI PROCESSI AZIENDALI E GESTIONE OPERATIVA	
		<p>L'azienda dovrebbe stabilire ed aggiornare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure per la gestione delle emergenze. 	
	4.5 CONTROLLI ED AZIONI CORRETTIVE		
	4.5.1 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	F.1 MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA (monitoraggio di 1° livello)	



N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attive procedure per sorvegliare e misurare regolarmente le prestazioni S&SL:</p> <p>Tali procedure devono prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - misurazioni qualitative e quantitative, appropriate alle necessità dell'organizzazione; - il monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi S&SL dell'organizzazione; - misure propositive delle prestazioni per monitorare la conformità al programma di gestione S&SL, ai criteri operativi ed alle prescrizioni legali ed altre prescrizioni applicabili; - misure reattive delle prestazioni per controllare infortuni, malattie, incidenti (inclusi i mancati incidenti) ed altre evidenze storiche di prestazioni S&SL insufficienti; - la registrazione dei dati e dei risultati dei monitoraggi e delle misurazioni in numero sufficiente per agevolare la successiva analisi delle azioni correttive e preventive. <p>Nel caso sia necessario impiegare apparecchiature per la misurazione e il monitoraggio delle prestazioni, l'organizzazione deve stabilire e mantenere procedure per la taratura e manutenzione di tali apparecchiature. Le registrazioni delle attività e dei risultati di taratura e manutenzione devono essere conservati.</p>	<p>Un SGSSL, come ogni sistema di gestione, dovrebbe prevedere una fase di verifica del raggiungimento degli obiettivi ed una fase di verifica della funzionalità del sistema stesso.</p> <p>Dovrebbero, quindi, essere previsti almeno due livelli di monitoraggio.</p> <p style="text-align: center;">- 1° Livello</p> <p>Le modalità e le responsabilità del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi dovrebbero essere stabilite contestualmente alla definizione, in sede di pianificazione, delle modalità e responsabilità della gestione operativa.</p> <p>Questo livello di monitoraggio è svolto generalmente dalle risorse interne della struttura, sia in autocontrollo da parte dell'operatore, sia da parte del preposto ma può comportare, per aspetti specialistici (ad esempio per verifiche strumentali) il ricorso ad altre risorse interne o esterne all'azienda⁽⁸⁾. E' bene, altresì, che la verifica dei provvedimenti di natura organizzativa e procedurale relativi alla SSL venga realizzata dai soggetti già definiti in sede di attribuzione delle responsabilità (in genere si tratta di dirigenti e preposti).</p> <p style="text-align: center;">- 2° Livello</p> <p>Il monitoraggio sulla funzionalità del sistema (verifica ispettiva interna) ha lo scopo di stabilire se il sistema è conforme a quanto pianificato, è correttamente applicato, mantenuto attivo e consente di raggiungere gli obiettivi.</p> <p>Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire al vertice aziendale l'adozione delle decisioni strategiche di propria competenza, quali ad esempio l'adeguamento della politica.</p> <p>La verifica ispettiva dovrebbe essere svolta da personale competente che assicuri l'obiettività e l'imparzialità, e indipendente al settore di lavoro ove effettua la verifica ispettiva.</p>	<p>la fase di verifica della funzionalità del sistema è trasferita al punto 4.5.4 (OHSAS 18001)</p> <p>Le modalità e le responsabilità del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi devono essere stabilite contestualmente alla definizione, in sede di pianificazione, delle modalità e responsabilità della gestione operativa.</p> <p>Questo livello di monitoraggio è svolto generalmente dalle risorse interne della struttura, sia in autocontrollo da parte dell'operatore, sia da parte del preposto ma può comportare, per aspetti specialistici (ad esempio per verifiche strumentali) il ricorso ad altre risorse interne o esterne all'azienda⁽⁸⁾. E' bene, altresì, che la verifica dei provvedimenti di natura organizzativa e procedurale relativi alla SSL venga realizzata dai soggetti già definiti in sede di attribuzione delle responsabilità (in genere si tratta di dirigenti e preposti).</p> <p>trasferito al punto 4.5.4 (OHSAS 18001)</p>	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.5.1 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (cont.)	F.3 PIANO DEL MONITORAGGIO	
		<p>I provvedimenti tecnici organizzativi e procedurali di prevenzione e protezione realizzati dall'azienda, gli obiettivi di SSL pianificati, nonché il SGSSL stesso, dovrebbero essere sottoposti a monitoraggio pianificato.</p> <p><u>L'impostazione di un piano di monitoraggio si dovrebbe sviluppare attraverso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>la pianificazione temporale delle verifiche (frequenza);</u> - <u>l'attribuzione di compiti e di responsabilità dell'esecuzione dei monitoraggi;</u> - <u>la descrizione delle metodologie da seguire;</u> - <u>le modalità di segnalazione delle eventuali situazioni di non conformità.</u> <p><u>L'azienda dovrebbe stabilire le modalità di trattamento delle non conformità tramite l'attribuzione di autorità, responsabilità e risorse necessarie per intervenire tempestivamente. Tali modalità dovrebbero tenere conto della necessità di individuare cause, eventualmente connesse alla struttura del sistema, delle non conformità per la definizione delle opportune azioni correttive.</u></p> <p><u>Alcuni criteri di base forniscono una guida nell'impostazione di un piano di monitoraggio efficace:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> (a) <u>coerenza fra il livello di rischio individuato, il grado di sicurezza dei provvedimenti tecnici organizzativi e procedurali di prevenzione adottati, la frequenza ed il livello di affidabilità dei monitoraggi esercitati; (9);</u> (b) <u>affidamento della responsabilità dei controlli di prevenzione a persone adeguatamente preparate nel merito dei rischi che i provvedimenti tutelano.</u> 	<p>Le modalità e le responsabilità del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi devono essere stabilite contestualmente alla definizione, in sede di pianificazione, delle modalità e responsabilità della gestione operativa.</p> <p>L'impostazione di un piano di monitoraggio si deve sviluppare attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pianificazione temporale delle verifiche (frequenza); - l'attribuzione di compiti e di responsabilità dell'esecuzione dei monitoraggi; - la descrizione delle metodologie da seguire; - le modalità di segnalazione delle eventuali situazioni di non conformità. <p>L'azienda deve stabilire le modalità di trattamento delle non conformità tramite l'attribuzione di autorità, responsabilità e risorse necessarie per intervenire tempestivamente. Tali modalità devono tenere conto della necessità di individuare cause, eventualmente connesse alla struttura del sistema, delle non conformità per la definizione delle opportune azioni correttive.</p> <p>Alcuni criteri di base forniscono una guida nell'impostazione di un piano di monitoraggio efficace:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) coerenza fra il livello di rischio individuato, il grado di sicurezza dei provvedimenti tecnici organizzativi e procedurali di prevenzione adottati, la frequenza ed il livello di affidabilità dei monitoraggi esercitati; (b) affidamento della responsabilità dei controlli di prevenzione a persone adeguatamente preparate nel merito dei rischi che i provvedimenti tutelano.

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	F1_MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere procedure per definire la responsabilità ed autorità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) la gestione e le indagini degli: <ul style="list-style-type: none"> - infortuni; - incidenti; - non conformità (b) le azioni da adottare per ridurre le conseguenze di infortuni, incidenti o non conformità; (c) l'avvio ed il completamento delle azioni correttive e preventive; (d) la conferma dell'efficacia delle azioni correttive e preventive intraprese. <p>Tali procedure devono prevedere che tutte le azioni correttive e preventive proposte siano riesaminate mediante un processo di valutazione dei rischi prima della loro attuazione.</p> <p>Ogni azione correttiva o preventiva adottata per eliminare le cause di non conformità reali o potenziali deve essere adeguata alla dimensione del problema e commisurata al rischio S&SL fronteggiato.</p> <p>L'organizzazione deve attuare e registrare ogni modifica nelle procedure documentate risultante dalle azioni correttive e preventive.</p>	<p>Vedi F1 (monitoraggio 1° livello)</p>	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	F3 PIANO DEL MONITORAGGIO	
		Vedi F3	
	4.5.3 REGISTRAZIONI E CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI	E.6 – DOCUMENTAZIONE (cont.)	
	<p>L'organizzazione deve stabilire e mantenere attive procedure per l'identificazione, il mantenimento e la disposizione delle registrazioni S&SL, nonché dei risultati degli Audit e dei riesami.</p> <p>Le registrazioni S&SL devono essere leggibili, identificabili ed riconducibili alle attività cui si riferiscono. Le registrazioni S&SL devono essere archiviate e conservate in modo da essere facilmente rintracciate ed essere protette contro danneggiamenti, deterioramenti o perdite. La durata di conservazione deve essere stabilita e documentata..</p> <p>Le registrazioni devono essere mantenute, in modo coerente al sistema e all'organizzazione, per dimostrare la conformità ai requisiti della presente norma OHSAS.</p>	vedi E6 (cont).	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.5.4 Audit	F1 MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>L'organizzazione deve preparare e mantenere attivo un programma di Audit e procedure per l'esecuzione periodica degli Audit del sistema di gestione S&SL, allo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) determinare se il sistema di gestione S&SL sia o no: <ul style="list-style-type: none"> - conforme alle disposizioni pianificate per la gestione S&SL, inclusi i requisiti di questa specifica OHSAS; - adeguatamente attuato e mantenuto attivo; e - efficace nell'applicare la politica e nel conseguire gli obiettivi dell'organizzazione; (b) riesaminare i risultati degli Audit precedenti; (c) fornire alla direzione informazioni sui risultati degli Audit <p>Il programma di Audit, comprese tutte le pianificazione, deve essere basato sui risultati delle valutazioni di rischio delle attività dell'organizzazione e sui risultati degli Audit precedenti. Le procedure di Audit devono comprendere lo scopi, la frequenza, le metodologie e competenze, nonché le responsabilità e i requisiti per l'esecuzione degli Audit e la preparazione dei rapporti sui risultati.</p>	<p>Un SGSSL, come ogni sistema di gestione, dovrebbe prevedere una fase di verifica del raggiungimento degli obiettivi ed una fase di verifica della funzionalità del sistema stesso.</p> <p>Dovrebbero, quindi, essere previsti almeno due livelli di monitoraggio.</p> <p>- 1° Livello</p> <p>Le modalità e le responsabilità del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi dovrebbero essere stabilite contestualmente alla definizione, in sede di pianificazione, delle modalità e responsabilità della gestione operativa.</p> <p>Questo livello di monitoraggio è svolto generalmente dalle risorse interne della struttura, sia in autocontrollo da parte dell'operatore, sia da parte del preposto ma può comportare, per aspetti specialistici (ad esempio per verifiche strumentali) il ricorso ad altre risorse interne o esterne all'azienda⁸. E' bene, altresì, che la verifica dei provvedimenti di natura organizzativa e procedurale relativi alla SSL venga realizzata dai soggetti già definiti in sede di attribuzione delle responsabilità (in genere si tratta di dirigenti e preposti).</p> <p>- 2°</p> <p>Il monitoraggio sulla funzionalità del sistema (verifica ispettiva interna) ha lo scopo di stabilire se il sistema è conforme a quanto pianificato, è correttamente applicato, mantenuto attivo e consente di raggiungere gli obiettivi.</p> <p>Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire al vertice aziendale l'adozione delle decisioni strategiche di propria competenza, quali ad esempio l'adozione della politica</p>	<p>la fase di verifica del raggiungimento degli obiettivi è trasferita al punto 4.5.1 (OHSAS 18001)</p> <p>trasferito al punto 4.5.1 (OHSAS 18001)</p> <p>trasferito al punto 4.6 (OHSAS 18001)</p> <p>prescrizioni aggiuntive riscontrabili su ISO 19011, che si ritiene applicata interamente</p>

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.5.4 Audit (cont.)	F.2 CARATTERISTICHE E RESPONSABILITÀ DEI VALUTATORI	
	<p>Ove possibile, gli Audit devono essere condotti da personale indipendente da quello che ha una diretta responsabilità sulle attività da esaminare.</p> <p><i>NOTA: la parola "indipendente" non significa necessariamente personale esterno all'organizzazione.</i></p>	<p><u>Le verifiche dovrebbero essere effettuate da persone competenti, o rese tali da adeguata formazione e/o addestramento e, se più persone, abituate a lavorare in squadra.</u></p> <p><u>Nella scelta dei verificatori andrebbe considerata:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>la disponibilità in termini di tempo dei verificatori;</u> - <u>il livello di esperienza richiesto nelle verifiche;</u> - <u>la necessità di conoscenze specialistiche o esperienza tecnica;</u> - <u>il livello di formazione.</u> <p><u>I verificatori dovrebbero essere responsabili per quanto di loro pertinenza, di:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>agire in conformità ai requisiti stabiliti per il monitoraggio e mantenersi entro l'ambito del monitoraggio stesso;</u> - <u>approntare e adempiere con obiettività ed efficienza agli incarichi assegnati;</u> - <u>seguire le procedure definite;</u> - <u>raccogliere ed analizzare elementi, in particolare osservazioni e suggerimenti dei lavoratori e dei loro rappresentanti, che consentano di giungere a conclusioni relative all'efficacia del SGSL sottoposto al monitoraggio;</u> - <u>prestare attenzione agli elementi che possono influenzarne gli esiti;</u> - <u>documentare ed esporre i risultati del monitoraggio.</u> 	<p>Tutto aggiuntivo, ma riscontrabile nella ISO 19011, che si ritiene applicata interamente</p> <p>Tutto aggiuntivo, ma riscontrabile nella ISO 19011, che si ritiene applicata interamente</p>
	4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE	F.4 RIESAME DEL SISTEMA	
	L'alta direzione dell'organizzazione deve, a intervalli da essa determinati, riesaminare il sistema di ge-	<u>Dopo la conclusione del ciclo di monitoraggio interno, il vertice aziendale dovrebbe sottoporre a riesa-</u>	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	<p>stione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro , per assicurarsi che continui ad essere idoneo, adeguato ed efficace. Il procedimento di riesame della direzione deve assicurare che siano raccolte le informazioni necessarie per permettere alla direzione stessa di condurre a termine questa valutazione. Questo riesame deve essere documentato.</p>	<p><u>me le attività del sistema di gestione della sicurezza per valutare se il sistema sia adeguatamente attuato e si mantenga idoneo al conseguimento degli obiettivi e della politica della sicurezza stabilita dall'azienda.</u></p> <p><u>Argomenti tipici del riesame possono essere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>statistiche infortuni;</u> - <u>risultati dei monitoraggi interni;</u> - <u>azioni correttive intraprese;</u> - <u>rapporti sulle emergenze (reali o simulate);</u> - <u>rapporti dal responsabile designato dalla direzione sulle prestazioni complessive del sistema;</u> - <u>rapporti sulla efficacia del sistema di gestione;</u> - <u>rapporti sulla identificazione dei pericoli e sulla valutazione e controllo dei rischi.</u> <p><u>In conclusione del riesame, oltre a valutare lo stato di conseguimento degli obiettivi già fissati, il Datore di Lavoro, alla luce dei risultati forniti dal monitoraggio del sistema, della esecuzione delle azioni correttive e preventive e delle eventuali modifiche della situazione, dovrebbe stabilire nuovi obiettivi e piani, nell'ottica del miglioramento progressivo, considerando l'opportunità di modificare la politica, le procedure o eventuali altri elementi del sistema.</u></p>	<p>Aggiuntivo ma rintracciabile nella OHSAS 18002, par.4.6.c, che deve ritenersi applicabile</p> <p>Argomenti tipici del riesame possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - statistiche infortuni; - risultati dei monitoraggi interni; - azioni correttive intraprese; - rapporti sulle emergenze (reali o simulate); - rapporti dal responsabile designato dalla direzione sulle prestazioni complessive del sistema; - rapporti sulla efficacia del sistema di gestione; - rapporti sulla identificazione dei pericoli e sulla valutazione e controllo dei rischi.
	<p>4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE (cont.)</p>	<p>F1MONITORAGGIO INTERNO DELLA SICUREZZA (ultima frase)</p>	
	<p>Il riesame della direzione deve affrontare l'eventuale necessità di modificare la politica, gli obiettivi e gli altri elementi del sistema di gestione S&SL, alla luce dei risultati provenienti dagli Audit del sistema stesso, da cambiamenti della situazione e dall'impegno al miglioramento continuo.</p>	<p><u>Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire al vertice aziendale l'adozione delle decisioni strategiche di propria competenza, quali ad esempio l'adeguamento della politica.</u></p>	

N	OHSAS 18001:1999	Linea Guida SGSSL (INAIL-ISPEL-UNI)	Note interpretative per la OHSAS 18001
	4.6 RIESAME DELLA DIREZIONE (cont.)	A – FINALITÀ	
			<ul style="list-style-type: none"> - riduzione progressiva dei costi complessivi della SSL compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (clienti, fornitori, visitatori, ecc.);

Appendice 7 – Esempi di valutazione di Non Conformità con risvolti di tipo giuridico

Per Non Conformità si deve intendere:

- il mancato adeguamento degli impianti, ove previsto, alla 46/90 e non il fatto che in un ufficio si usi una presa elettrica multipla (cosiddetta ciabatta) senza aver fatto il calcolo del carico (potenza elettrica richiesta);
- la mancata richiesta di un'autorizzazione o la mancata sistematica applicazione di un controllo e non la dimenticanza casuale di una misura della resistenza di terra di un dispersore a fronte delle evidenze di una sistematica diligente esecuzione della misura stessa su tutti gli altri dispersori;
- la mancata conoscenza o la mancata ottemperanza all'obbligo delle verifiche sulle attrezzature ex D. Lgs. 359/99 e non il ritardo nella registrazione o nell'esecuzione altrimenti sempre eseguita con diligenza;
- la mancata esecuzione della valutazione del rischio chimico e non il fatto che la Società che ha in appalto le pulizie ha messo nel magazzino ubicato nel sito aziendale un prodotto non censito.
- l'impiego di attrezzature di sollevamento non omologate o non verificate e non l'assenza a bordo macchina, per errore, del libretto dell'attrezzatura ove lo stesso sia, comunque, esistente e conservato, ad es. nel casotto del Capo Cantiere;
- la mancata richiesta o il mancato ottenimento di una autorizzazione e non la mancata risposta alla richiesta di un'autorizzazione, periodicamente reiterata, ove la mancata risposta sia solo imputabile alla Pubblica Amministrazione.

Ancora non si può parlare di Non Conformità, ma solo di Non Conformità minore, per il mancato uso dei DPI da parte di una o più risorse umane, ove ci sia l'evidenza della diligente sorveglianza della linea gerarchica dell'organizzazione sulla distribuzione, manutenzione e sull'uso di tali DPI, nonché dei richiami e provvedimenti fatti a coloro che contravvengono a tale obbligo; situazione, quest'ultima, che, si ribadisce, può far configurare tutt'al più l'esigenza dell'emissione di una Non Conformità minore.

La Non Conformità minore, al contrario, è la classificazione di una risultanza di Audit che, in certe condizioni ipotizzabili e prevedibili, prevede l'esistenza di una situazione di potenziale ricorrenza di una Non Conformità vera e propria. Per tale motivo, l'Organismo di Certificazione ne richiede la formale gestione, dato che tale situazione ha la potenzialità di rendere il Sistema di Gestione non conforme rispetto allo standard di riferimento, eventualmente alle norme cogenti o di impedire al sistema di raggiungere i propri obiettivi o di non raggiungerli con l'efficacia ed efficienza derivanti dalla programmazione strategica.