

LINEE DI INDIRIZZO

per l'implementazione dei sistemi di gestione per la
salute e la sicurezza nelle imprese a rete

SGSL-AR

Indice

1.PREMESSA E INTRODUZIONE	6
PREMESSA	6
INTRODUZIONE ALLE LINEE DI INDIRIZZO SGSL-AR	7
2.POLITICA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO	10
3.PIANIFICAZIONE	13
3.1 IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DELLA LEGISLAZIONE APPLICABILE	13
3.1.1 SCOPO	13
3.1.2 RISULTATI ATTESI	13
3.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	13
3.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	13
3.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ	14
3.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA	14
3.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO	14
3.2.1 SCOPO	14
3.2.2 RISULTATI ATTESI	14
3.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	15
3.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	16
3.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ	16
3.2.6 MECCANISMO DI VERIFICA	17
3.3 OBIETTIVI E PROGRAMMI	17
3.3.1 SCOPO	17
3.3.2 RISULTATI ATTESI	17
3.3.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	17
3.3.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	19
3.3.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ	20
3.3.6 MECCANISMO DI VERIFICA	20
4.ATTUAZIONE	21
4.1 DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ, RUOLI	21
4.1.1 SCOPO	21
4.1.2 RISULTATI ATTESI	21
4.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	21
4.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	24
4.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ	25
4.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA	25
4.2 COMPETENZA, FORMAZIONE E CONSAPEVOLEZZA	25
4.2.1 SCOPO	25
4.2.2 RISULTATI ATTESI	25
4.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	25
4.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	28
4.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ	28

4.2.6	MECCANISMO DI VERIFICA	29
4.3	COMUNICAZIONE, CONSULTAZIONE, PARTECIPAZIONE, RAPPORTO CON L'ESTERNO	29
4.3.1	SCOPO	29
4.3.2	RISULTATI ATTESI	30
4.3.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	30
4.3.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	32
4.3.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	32
4.3.6	MECCANISMO DI VERIFICA	33
4.4	DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE E CONTROLLO DEI DOCUMENTI	33
4.4.1	SCOPO	33
4.4.2	RISULTATI ATTESI	33
4.4.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	33
4.4.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	33
4.4.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	34
4.4.6	MECCANISMO DI VERIFICA	34
4.5	CONTROLLO OPERATIVO	34
4.5.1	PROCEDURE OPERATIVE	34
4.5.1.1	SCOPO	34
4.5.1.2	RISULTATI ATTESI	34
4.5.1.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	35
4.5.1.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	35
4.5.1.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	36
4.5.1.6	MECCANISMO DI VERIFICA	36
4.5.2	GESTIONE DEI CAMBIAMENTI	36
4.5.2.1	SCOPO	36
4.5.2.2	RISULTATI ATTESI	36
4.5.2.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	36
4.5.2.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	36
4.5.2.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	37
4.5.2.6	MECCANISMO DI VERIFICA	37
4.5.3	SORVEGLIANZA SANITARIA	37
4.5.3.1	SCOPO	37
4.5.3.2	RISULTATI ATTESI	37
4.5.3.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	38
4.5.3.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	39
4.5.3.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	40
4.5.3.6	MECCANISMO DI VERIFICA	40
4.5.4	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI	41
4.5.4.1	SCOPO	41
4.5.4.2	OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI	41
4.5.4.3	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	41
4.5.4.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	42
4.5.4.5	RUOLI E RESPONSABILITÀ	42
4.5.4.6	MECCANISMO DI VERIFICA	43
4.6	PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE SITUAZIONI DI EMERGENZA	43
4.6.1	SCOPO	43
4.6.2	OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI	43
4.6.3	ELEMENTI DI SISTEMA	43
4.6.4	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	46

4.6.5	<i>RUOLI E RESPONSABILITÀ</i>	46
4.6.6	<i>MECCANISMO DI VERIFICA</i>	47
5.VERIFICA		49
5.1 SORVEGLIANZA E MISURAZIONI		49
5.1.1	<i>SCOPO</i>	49
5.1.2	<i>RISULTATI ATTESI</i>	49
5.1.3	<i>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</i>	49
5.1.4	<i>DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO</i>	49
5.1.5	<i>RUOLI E RESPONSABILITÀ</i>	50
5.1.6	<i>MECCANISMO DI VERIFICA</i>	51
5.1.7	<i>CODICE DISCIPLINARE E SISTEMA SANZIONATORIO INTERNO</i>	51
5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, SITUAZIONI PERICOLOSE, NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ED AZIONI PREVENTIVE		52
5.2.1	<i>SCOPO</i>	52
5.2.2	<i>OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI</i>	52
5.2.3	<i>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</i>	52
5.2.4	<i>DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO</i>	53
5.2.5	<i>RUOLI E RESPONSABILITÀ</i>	54
5.2.6	<i>MECCANISMO DI VERIFICA</i>	54
5.3 AUDIT		54
5.3.1	<i>SCOPO</i>	54
5.3.2	<i>RISULTATI ATTESI</i>	55
5.3.3	<i>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</i>	55
5.3.4	<i>DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO</i>	55
5.3.5	<i>RUOLI E RESPONSABILITÀ</i>	55
5.3.6	<i>MECCANISMO DI VERIFICA</i>	56
6.RIESAME DELLA DIREZIONE		57
6.1 SCOPO		57
6.2 RISULTATI ATTESI		57
6.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ		57
6.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO		58
6.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ		58
6.6 MECCANISMO DI VERIFICA		59
7.ALLEGATI		60
Allegato 1 - Gestione della catena di fornitura		
Allegato 2 - Gestione del rischio di infortuni legati alla circolazione stradale		
Allegato 3 - Gestione del rischio di infortuni legati agli ambienti confinati		
Allegato 4 - Tabella di corrispondenza		
Allegato 5 - Accordo di collaborazione INAIL - Consel		

1. PREMESSA E INTRODUZIONE

PREMESSA

Il 1° settembre 2008 CONSEL – Consorzio ELIS ed INAIL siglarono un accordo finalizzato ad elaborare un Modello di Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro per le imprese a rete, conforme alle Linee Guida SGSL Uni-Inail del 2001 ed alla BS OSHAS 18001:2007.

Uno dei principali frutti di tale accordo è stata la pubblicazione delle “Linee di Indirizzo SGSL-AR” redatte nell’ambito di uno specifico tavolo di lavoro partecipato dalle aziende consorziate che hanno fornito un contributo diretto di competenze e di esperienze, mettendo a fattor comune, confrontandosi reciprocamente sulle esperienze maturate nelle loro attività, i punti di forza dei singoli sistemi aziendali. La stesura delle predette Linee d’indirizzo SGSL-AR, approvate con delibera del Presidente - Commissario Straordinario n.5 del 24 febbraio 2010, ha consentito all’Istituto di instaurare un rapporto diretto con le aziende a rete del Consorzio Elis, e di produrre un modello di supporto alle imprese per lo sviluppo dei propri SGSL.

Sulla base degli ottimi risultati raggiunti, e in prosecuzione delle finalità perseguite nel primo accordo, INAIL e Consel hanno stipulato un secondo accordo il 29 aprile 2013 per il triennio 2013-2016, approvato con determinazione Presidenziale n. 88/2013.

Obiettivo della nuova collaborazione è il proseguimento della diffusione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro mediante il coinvolgimento delle aziende consorziate e dei loro indotti, le quali sono state chiamate a collaborare per identificare le migliori pratiche gestionali per contrastare il tasso di incidenti ed infortuni in Italia, che seppur decrescente, resta comunque incisivo.

Nell’ambito del nuovo accordo, INAIL e Consel, mediante il coinvolgimento delle aziende consorziate, hanno inteso aggiornare le Linee di Indirizzo SGSL-AR in termini di riferimenti normativi, inserendo come allegati ulteriori esempi di rischi e buone pratiche attraverso il confronto con le aziende consorziate che hanno partecipato agli specifici tavoli di lavoro.

Le “Linee di indirizzo SGSL AR” non sono indirizzate ad un comparto produttivo specifico, poiché le aziende aderenti a CONSEL appartengono ad ambiti dell’industria e dei servizi piuttosto diversificati.

Pertanto, la peculiarità delle linee d’indirizzo Consel è di supportare l’organizzazione lavorativa delle imprese consorziate e non, che utilizzano le reti per erogare servizi infrastrutturali strategici particolarmente rilevanti per la collettività, quali trasporti, elettricità, telecomunicazioni, gas.

L’elemento comune è dato dalle caratteristiche organizzative di aziende che hanno una struttura articolata sul territorio suddivisa in unità di governo centrale ed unità produttive di tipo operativo.

Questo elemento di trasversalità si mantiene in questa nuova versione che tratta, negli “Allegati”, rischi diversi, che hanno in comune la rilevanza per la molteplicità delle imprese, prescindendo dal settore di provenienza di queste ultime.

Le nuove tematiche da trattare sono state individuate, in base all’esperienza delle aziende coinvolte nell’ambito di uno specifico workshop organizzato da Inail e Consel il 30 ottobre 2013, dal titolo “INAIL e Consel insieme per la prevenzione”, con il quale sono stati costituiti tre “tavoli di Lavoro” specifici:

:

1. Gestione del rischio indotto dalla catena di fornitura
2. Gestione del rischio di infortuni legati alla circolazione stradale
3. Gestione del rischio di infortuni legati agli ambienti confinati

Le presenti Linee di Indirizzo sono conformi alle Linee guida UNI-INAIL del 2001, nonché alla BS OHSAS 18001:2007 - che costituisce il più diffuso standard certificabile da Ente terzo - e contengono indicazioni

in merito alla costituzione di un modello di organizzazione gestionale secondo le previsioni dell'art. 30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. che prevede al c. 1 che *"il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici"*.

Inoltre, il c. 3 dell'art. 30 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. stabilisce che *"Il modello organizzativo deve in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta,, un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello"*.

Altresì, il c. 5 dell'art. 30 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., prevede che *"..... i modelli di organizzazione aziendale della salute e sicurezza definiti conformemente alle Linee Guida UNI-INAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 si presumono conformi ai requisiti di cui al presente articolo per le parti corrispondenti"*.

Con riferimento al richiamato art. 30 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha rilasciato in data 11/7/2011, prot. n. 15/VI/0015816/MA001.A001, il documento approvato in data 20 aprile 2011 dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro con il quale vengono forniti, tra l'altro, chiarimenti in merito all'adozione del sistema disciplinare (c. 3 art. 30 D.Lgs 81/08) per le aziende che hanno adottato un modello organizzativo e di gestione definito conformemente alle Linee Guida Uni-Inail 2001 o alle BS OHSAS 18001:2007 con Tabella di correlazione art 30 D.Lgs 81/08- Linee guida UNI INAIL- BS OHSAS 18001:2007 per l'identificazione delle "parti corrispondenti" di cui al c. 5 dell'art. 30 del D.Lgs. 81/08.

L'applicazione delle presenti Linee di Indirizzo può quindi indicare la corretta strada per la costruzione di un modello organizzativo e gestionale in linea con l'art. 30 suddetto.

Per le aziende che vorranno seguire il modello gestionale proposto è auspicabile, in attuazione del principio di coinvolgimento e partecipazione che permea gli standard di gestione della salute e sicurezza sul lavoro suddetti, condividerne l'adesione con le specifiche rappresentanze aziendali dei lavoratori.

Le imprese che implementeranno il loro SGSL conformemente a questo documento, potranno inoltre accedere alle agevolazioni connesse con la riduzione del premio assicurativo INAIL, ai sensi del D.M. 12/12/2000 e delle norme regolamentari connesse.

Il risultato raggiunto conferma l'impegno di CONSEL e delle aziende coinvolte nella ricerca e dello sviluppo di un approccio etico alla attività di impresa, rappresentando altresì una concreta attuazione delle direttive emanate dagli Organi dell'INAIL per lo sviluppo di modalità di diffusione di modelli utili ad accrescere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro ed agevolare e sostenere il mondo produttivo.

INTRODUZIONE ALLE LINEE DI INDIRIZZO SGSL-AR

Le Linee di Indirizzo SGSL-AR hanno carattere volontario; le aziende hanno quindi facoltà di aderire o meno alle stesse.

Le Linee di Indirizzo SGSL-AR, redatte in conformità alle Linee Guida UNI – INAIL nel 2001, assicurano una congruenza di contenuti con le BS OHSAS 18001:2007 emesse da BSI (British Standard Institute). La corrispondenza tra i diversi processi è riportata in allegato.

L'apporto diretto di numerosi rappresentanti aziendali operanti sui temi salute e sicurezza nelle aziende associate, ha consentito di importare le migliori metodologie di gestione della salute e sicurezza già adottati dalle stesse aziende. Ciò sarà molto utile nel facilitare la conformità dei sistemi di gestione aziendale verso il modello proposto.

Tale modello contiene indicazioni in merito alla costituzione di un modello di organizzazione gestionale secondo le previsioni dell'art. 30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. che, ove efficacemente attuato, consente l'esenzione dalla responsabilità amministrativa delle imprese di cui all'art 25 septies del D. Lgs. 231/2001

come modificato dall'art. 300 del D.Lgs. 81/2008.

Le presenti linee di indirizzo SGSL-AR si articolano in una serie di schede nelle quali vengono descritti i requisiti e le modalità di corretta gestione di specifici processi correlati ed interagenti che compongono un sistema di gestione aziendale. La finalità è quella di strutturare un sistema organico, integrato con l'operatività aziendale complessiva, che intende pianificare i miglioramenti progressivi delle sue performance nella tutela della salute e della sicurezza sul lavoro come effettivo risultato delle proprie attività e dei propri processi produttivi.

Completano le Linee gli allegati inerenti:

1. La gestione della catena di fornitura
2. La gestione del rischio di infortuni legati alla circolazione stradale
3. La gestione del rischi di infortuni legati agli Ambienti Confinati

Al fine di facilitare la lettura è stato adottato lo stesso schema di impostazione che per ogni processo prevede:

- scopo e obiettivi: che esplicitano il fine del processo;
- descrizione delle attività: in cui sono spiegati i requisiti e le modalità operative con cui svolge il processo;
- documentazione di riferimento in cui sono riportati:
 - le indicazioni normative che pongono vincoli al processo, incluse le leggi e le norme di gestione, o possono fornire specifiche informazioni,
 - i collegamenti ai processi correlati nelle stesse Linee di indirizzo SGSL-AR,
 - l'elenco delle procedure e delle registrazioni di cui si richiede l'implementazione nella fase di applicazione in azienda;
- i ruoli e le responsabilità delle diverse figure aziendali coinvolte nelle attività di ogni processo, anche tenendo conto degli obblighi di legge e delle eventuali deleghe o procure presenti nell'Organizzazione (art. 16 e 93 d.lgs. 81/08 e s.m.i.)
- meccanismo di verifica: in cui viene descritto come si misura l'efficacia del processo.

Di seguito la lista di coloro che hanno partecipato ai lavori di aggiornamento **delle diverse parti del documento** con l'indicazione dei tavoli di lavoro cui hanno preso parte.

Azienda	Partecipante	Corpo Centrale	Gestione Catena di Fornitura	Gestione del rischio di infortuni legati alla circolazione stradale	Ambienti Confinati
Acea ATO2	Mario Rossi				x
Acea ATO2	Mauro Amadei			x	
Acea Energia	Claudio Cafforio			x	
Acea Energia	Paolo Paris			x	
Acea S.P.A.	Cristina Gentili			x	
Aci Informatica	Domenico Murgolo			x	
Ads Assembly Data System Spa	Silvia Martella		x		
Aeroporti di Roma	Fabio Zin		x		
Almaviva	Andrea Zennaro			x	
Almaviva	Giuseppe Montesano			x	
Ama	Carla Cini		x		
Ama	Giuseppe Rubrichi				x
Ama	Mario Fubelli			x	
Anacam	Silvio Mancini				x
ANAS	Fiammetta Nori		x		
ANAS	Paolo Cuius		x		
Atac Spa	Federico Paci				x
Atac Spa	Placido Fornaro			x	
Atac Spa	Simone Cappelli		x		
Autostrade per l'Italia	Aurelia Nigro				x
Autostrade per l'Italia	Cristina Schiavi				x
Autostrade per l'Italia	Paolo Nicassio			x	
Autostrade per l'Italia	Serena Cusumano				x
CONSEL	Angelo Berghella	x		x	
CONSEL	Bruno Picker	x			
CONSEL	Manuel D'Avello	x			
CONSEL	Marco Serafini	x		x	
CONSEL	Raffaele Santoro		x	x	x
Enel	Lucia Zingaretti		x		
Enel	Massimo Paolini		x		
Enel	Sandro Neri		x		
Eni Spa	Caterina Marmora		x		
Eni Spa	Domenico Milio			x	
Eni Spa	Marco Marazita				x
Ericsson	Roberto De Ascentiis		x		
Esri Italia S.P.A.	Maurizio Parisse		x		

Azienda	Partecipante	Corpo Centrale	Gestione Catena di Fornitura	Gestione del rischio di infortuni legati alla circolazione stradale	Ambienti Confinati
K.O.H.A.L.A.	Claudio Palombelli				x
INAIL CONTARP	Annalisa Guercio	x		x	
INAIL CONTARP	Fabrizio Benedetti	x			
INAIL CONTARP	Giannunzio Sinardi	x			
INAIL CONTARP	Liliana Frusteri				x
INAIL CONTARP	Paolo Fioretti		x		
IPLOM S.P.A.	Gianfranco Peirretti				x
IPLOM S.P.A.	Stefano Balbi				x
Italcementi S.P.A.	Ernesto Donnarumma		x		
Lazio Service S.P.A.	Claudia Braccini		x		
Lazio Service S.P.A.	Fabiana Grandacci			x	
Lazio Service S.P.A.	Marco Quadrini				x
Lazio Service S.P.A.	Marco Stefani			x	
Poste Italiane	Andrea Ciampa			x	
Poste Italiane	Antonio Montuori			x	
Poste Italiane	Fabrizio Basile			x	
Rai S.P.A.	Francesco Di Pietro			x	
Sanofi-Aventis S.P.A.	Riccardo Ghini				x
Semitec	Andrea Tognarelli				x
Semitec	Antonio De Luca		x		
Simav	Francesco Improta				x
Siram Spa	Andrea Seri			x	
Siram Spa	Gianluca Sole		x		
Siram Spa	Giantito Romano				x
Siram Spa	Paolo Groppetti		x		
Sky Italia	Renato Fossati		x		
Tecnorad Italia S.P.A.	Barbara Buresta		x		
Tecnorad Italia S.P.A.	Marco Prugnoli		x		
Tecnorad Italia S.P.A.	Mauro Cerboni				x
Telecom Italia Spa	Alessandro Battilocchi		x		
Telecom Italia Spa	Eleonora Felici			x	
Telecom Italia Spa	Maurizio Cherubini		x		
Telecom Italia Spa	Stefano Fiori		x		
Thales Alenia Space Italia Spa	Marilena Cordivani			x	
Thales Alenia Space Italia Spa	Paolo Serafini				x
Thales Alenia Space Italia Spa	Roberto Raffaelli		x		
Vodafone	Barbara Aboaf			x	
Vodafone	Raffaella Garofoli		x		

2. POLITICA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO

La Salute e la Sicurezza nei luoghi di Lavoro rappresentano per le aziende e per i lavoratori beni primari irrinunciabili per lo sviluppo delle attività produttive.

La Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro è l'elemento portante di un sistema di gestione, essa deve essere definita e documentata dall'Alta Direzione dell'Azienda, nell'ambito dell'impostazione strategica dell'organizzazione e della politica gestionale generale.

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 gli obiettivi a cui tendere; esprime l'accettazione delle responsabilità e l'impegno del vertice aziendale anche nel promuovere, tra il personale, la conoscenza degli obiettivi e la consapevolezza dei risultati da raggiungere.

I Lavoratori e le Organizzazioni Sindacali concorrono con l'Azienda nella definizione e nell'attuazione di una strategia volta a determinare una più diffusa cultura della prevenzione del rischio nei luoghi di lavoro e delle condizioni necessarie allo sviluppo sostenibile.

In particolare, la suddetta strategia si realizza nei seguenti punti:

- Potenziamento di soluzioni tecniche e organizzative nel campo della sicurezza sul lavoro sempre più orientate al miglioramento continuo e all'aumento dei livelli di sicurezza dei propri cicli produttivi e della qualità dei prodotti;
- Adozione di sistemi di gestione per la salute e sicurezza da realizzare con il pieno coinvolgimento di tutti gli interlocutori interessati lavorando sulle interazioni tra persone, sistemi, ambienti di lavoro, comunità locali e istituzioni;
- Un moderno sistema di relazioni improntato alla partecipazione e alla trasparenza dei processi decisionali, presupposto essenziale per valorizzare le relazioni tra azienda e lavoratori in materia di tutela della salute e della sicurezza, potenziando le competenze e la capacità di risposta dei lavoratori e dell'azienda nel suo complesso;
- Adozione di un sistema relazionale orientato all'implementazione delle esperienze dei sistemi di gestione integrata, attraverso la valorizzazione dei rapporti con gli RLS che devono poter svolgere concretamente il proprio ruolo nell'ambito organizzativo aziendale;
- Promozione di soluzioni organizzative aziendali che consentano una maggiore efficacia nelle comunicazioni intercorrenti tra RLS e Datore di Lavoro che coinvolga anche il Sistema di Prevenzione e Protezione ed il Medico Competente.

L'Azienda si impegna, nell'ambito del sistema relazionale concordato con i RLS, a definire strategie tese al miglioramento continuo del sistema di gestione sicurezza. In questo quadro l'azienda si impegna ad utilizzare il modello di un Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza (SGSL), adattandolo alle proprie specificità organizzative e produttive.

L'obiettivo è quello di far crescere in ogni luogo di lavoro la cultura del "Lavorare in sicurezza" attraverso la sensibilizzazione di ciascun dipendente, l'utilizzo di idonei sistemi di gestione, le procedure operative e i programmi di formazione del personale e il potenziamento delle capacità di risposta dei lavoratori e dell'azienda nel suo complesso.

La realizzazione di un corretto sistema di gestione sicurezza deve comprendere anche le attività del personale delle imprese appaltatrici; pertanto l'applicazione di una corretta politica di sicurezza deve estendere la sua applicazione all'indotto, sostenendo una operatività che comprenda le fasi di qualifica e selezione delle imprese per il conferimento dell'appalto, la pianificazione della realizzazione dei lavori in sicurezza, il coordinamento delle attività e la verifica delle prestazioni.

La politica è utile a dimostrare l'impegno dell'Azienda alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, anche privilegiando le azioni preventive e tendendo al miglioramento continuo.

La politica per la SSL, dando per scontato il pieno rispetto della legislazione e delle normative cogenti applicabili all'igiene ed alla sicurezza sul lavoro, deve includere tra l'altro:

- ✓ 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;
- ✓ l'impegno a considerare la SSL ed i relativi risultati come parte integrante della gestione dell'Azienda;
- ✓ l'impegno al miglioramento continuo ed alla prevenzione;
- ✓ l'impegno a fornire le risorse necessarie;
- ✓ l'impegno a far sì che i lavoratori siano sensibilizzati e adeguatamente formati per svolgere

i loro compiti in sicurezza e per assumere pienamente le loro responsabilità in materia di SSL;

- ✓ l'impegno al coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i RLS;
- ✓ l'impegno a riesaminare periodicamente la politica stessa ed il sistema di gestione attuato;
- ✓ l'impegno a definire e diffondere all'interno dell'Azienda gli obiettivi di SSL e i relativi programmi di attuazione.

Nel definire o aggiornare la politica di SSL si deve tener conto:

- ✓ dell'attività svolta e della dimensione dell'Azienda;
- ✓ della natura e del livello dei rischi presenti;
- ✓ delle diverse tipologie dei contratti di lavoro;
- ✓ dei risultati del monitoraggio.

La politica deve essere approvata formalmente da parte dell'Alta Direzione.

La fase di Riesame della Direzione rimane il momento principale per le successive verifiche di adeguatezza e aggiornamento della politica sulla base dei risultati dei monitoraggi, delle misurazioni previste dal SGSL, degli audit interni, di accadimenti incidentali e/o emergenziali occorsi, di non conformità ripetute e dell'evoluzione legislativa, normativa ed organizzativa.

Il documento della politica fa parte della documentazione di sistema e deve essere adeguatamente gestito a tal fine.

Successivamente all'approvazione della politica è necessario provvedere alla diffusione del documento, assicurando che venga comunicato e compreso da tutto il personale.

3. PIANIFICAZIONE

3.1 IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DELLA LEGISLAZIONE APPLICABILE

3.1.1 SCOPO

Identificazione di una metodologia che consenta il continuo aggiornamento delle prescrizioni di legge applicabili all'azienda e la gestione dei relativi adempimenti e scadenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

A tale fine, le prescrizioni di legge da considerare sono quelle del quadro legislativo comunitario, nazionale e locale in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di prevenzione incendi, di possesso dei requisiti e documenti per l'esercizio della attività.

3.1.2 RISULTATI ATTESI

Rispetto dei requisiti di legge applicabili all'attività.

3.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'Organizzazione predispone un'apposita procedura che garantisca l'aggiornamento (identificazione, valutazione di applicabilità e trasferimento dei requisiti all'interno delle procedure/prassi operative aziendali) delle prescrizioni di legge e normative applicabili nei siti in cui l'azienda opera.

La procedura deve prevedere l'adozione di strumenti e, soprattutto, di metodologie per il loro utilizzo, per avere informazioni sistematiche e documentate relativamente all'emissione e alla valutazione dell'applicabilità di nuove leggi e norme.

Lo strumento scelto può prevedere l'utilizzo di risorse interne per la consultazione delle fonti di aggiornamento selezionate, oppure può prevedere di avvalersi di un servizio esterno. Qualunque sia la strada scelta, l'efficacia della procedura dipende dalla sistematicità con cui viene applicata e dalla bontà delle registrazioni insieme alla loro archiviazione e rintracciabilità.

Gli elementi di base del sistema possono essere i seguenti:

- procedura di consultazione periodica delle fonti normative
- utilizzo di banche dati on line
- consultazione associazioni di categoria e sindacali
- abbonamenti a riviste specializzate
- elenco leggi applicabili
- scadenziario aziendale indicante l'adempimento normativo e la relativa scadenza:
 - comunicazione degli adempimenti ai soggetti attuatori
 - audit di verifica periodica di conformità legislativa

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori di prestazione:

- n° di infrazioni rilevate
- sanzioni commisurate da parte degli enti competenti
- data di emissione della relativa procedura aggiornata vs pubblicazione in G.U.

3.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

Elenco leggi applicabili all'azienda pertinenti la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

ALTRI RIFERIMENTI

- Normative tecniche applicabili

REGISTRAZIONI

- Elenco delle prescrizioni e dei relativi adempimenti applicabili
- Scadenario per le attività previste dagli adempimenti identificati
- Procedura gestione della documentazione
- Procedura di consultazione fonti normative

3.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- approvare l'elenco della normativa individuata e la metodologia di applicazione.

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- applicare l'attività programmata e registrare secondo le competenze esplicitate nelle procedure aziendali.

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE

- individuare e implementare: elenco leggi, gestione scadenario, auditing periodico.

RLS

- partecipare all'aggiornamento della normativa applicabile al SGSL (processo 4.1 - Definizione e assegnazione responsabilità e ruoli)

STRUTTURA ORGANIZZATIVA PER LA GESTIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI

Vedi 4.1 - Definizione e assegnazione responsabilità e ruoli.

3.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I processi di interazione e gli strumenti di verifica per l'attivazione del miglioramento continuo sono elaborati in conformità al capitolo 5 Verifica

3.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO

3.2.1 SCOPO

Identificare i pericoli presenti in azienda; valutare i rischi e individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione, al fine di assicurare il migliore livello possibile di salute e sicurezza dei dipendenti, degli appaltatori, di tutte le persone che accedono alle aree sotto il controllo diretto dell'azienda, inclusi i visitatori e la popolazione, nonché proteggere l'integrità dei beni e l'immagine dell'azienda.

3.2.2 RISULTATI ATTESI

La puntuale conoscenza delle attività, dei pericoli e dei rischi, ossia delle interazioni tra uomo e macchina/impianto/attrezzatura/ambiente di lavoro, anche in relazione all'evoluzione della tecnica, della normativa e dell'Organizzazione.

3.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'identificazione dei pericoli e la valutazione dei rischi devono prendere in considerazione le attività routinarie e non; le attività di tutte le persone all'interno dei luoghi di lavoro compresi gli appaltatori, visitatori etc; i comportamenti umani, capacità personale, fattori psicologici ed altri fattori umani critici (es. lavoro notturno, in locali chiusi etc.); i pericoli derivanti dalle attività che si svolgono nelle vicinanze del posto di lavoro o all'esterno.

L'analisi e la valutazione dei pericoli e dei rischi specifici delle attività devono essere condotte con metodologie di lavoro standardizzate e definite a priori sia per la modalità applicativa che per il metodo di valutazione.

L'analisi e la relativa valutazione devono essere aggiornate ad intervalli prestabiliti ed ogni volta che intervengono cambiamenti significativi nel processo/prodotti/organizzazione.

L'identificazione dei pericoli e la valutazione dei rischi devono avvenire quindi tramite:

- identificazione sistematica degli aspetti di salute e sicurezza collegati a impianti, processi, attività, organizzazione del lavoro e ai materiali che sono utilizzati o prodotti
- valutazione dei rischi connessi con gli aspetti di salute e sicurezza identificati, che consenta di assegnare loro un ordine di priorità.

Il metodo di analisi dei rischi deve essere basato su criteri oggettivi di identificazione dei rischi includendo l'esame dei rischi nelle condizioni di normale esercizio, di anomalia o di emergenza.

L'analisi dei rischi deve essere effettuata considerando:

- tutti i possibili rischi
- gli interventi manutentivi
- le infrastrutture, apparecchiature e materiali (fornite sia dall'organizzazione che da terzi)
- le modifiche, includendo i cambiamenti temporanei e i loro impatti sulle operazioni, processi e attività
- la progettazione delle aree di lavoro, dei processi, delle installazioni, delle macchine/attrezzature, procedure operative e organizzazione di lavoro
- le interazioni tra le attività interne, gli appaltatori e ogni altro soggetto presente nei luoghi di lavoro
- le possibili interferenze.

L'analisi deve essere condotta utilizzando metodologie riconosciute, deve essere appropriata alla natura e alla dimensione dei rischi presenti e ai possibili impatti sulla salute e sicurezza di tutto il personale presente all'interno delle unità produttive.

L'Organizzazione deve stabilire, attuare e mantenere aggiornate le procedure per l'identificazione e la valutazione dei rischi.

Inoltre, deve definire le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

I piani di azione devono essere funzionali alla riduzione del rischio secondo quanto previsto nella sezione "Obiettivi e programmi".

La valutazione dei rischi connessi con situazioni di emergenza deve essere tenuta in considerazione, in conformità a quanto previsto nella sezione "Preparazione e risposta alle emergenze".

L'Organizzazione deve stabilire un elenco specifico di indicatori di prestazione, tra cui, a titolo di esemplificazione, si elencano:

- numero, frequenza e gravità di eventi incidentali e non conformità - (rif. Sezione "Indagine su incidenti")
- numero di modifiche alla documentazione a fronte di variazioni dovute a:
 - ✓ nuovi processi e/o variazioni dell'esistente;
 - ✓ nuovi prodotti
 - ✓ nuove sostanze e/o additivi

- ✓ nuove normative e/o standard internazionali
- ✓ variazioni organizzative

3.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile al sito
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida nazionali e internazionali in materia
- Norme tecniche di riferimento: Linee guida SGSL UNI-INAIL, OHSAS 18001, DM 09/08/2000
- Norme tecniche e standard di riferimento interni (ad esempio, ove applicabile: Job Hazard Analysis – HAZOP – HAZard and OPerability analysis; Valutazione qualitativa / quantitativa dei rischi; Matrice di valutazione dei rischi; FMEA – Failure Mode and Effect Analysis)

ALTRI RIFERIMENTI

- Identificazione e gestione della legislazione applicabile - processo 3.1
- Gestione dei cambiamenti - processo 4.5.2
- Sorveglianza sanitaria – processo - 4.5.3
- Audit - processo 5.3
- Infortuni, incidenti, situazioni pericolose, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive - processo 5.2
- Procedura per identificazione e valutazione dei rischi
- Procedura per la gestione delle misure da implementare per la riduzione dei rischi

REGISTRAZIONI

- Documento di Valutazione del Rischio
- Piano annuale di miglioramento
- Programma di sorveglianza sanitaria

3.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- elaborare e aggiornare il Documento di Valutazione del Rischio
- coordinare e verificare l'attuazione degli strumenti di mitigazione del rischio
- verificare il rispetto delle procedure e delle prestazioni
- consultare preventivamente il RLS in merito alla valutazione dei rischi.
- disporre le risorse necessarie

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- Attuare le misure stabilite dal Datore di Lavoro con il supporto e l'orientamento delle altre figure responsabili del SGSL per la necessaria implementazione del Sistema stesso.

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

- collaborare con il Datore di Lavoro alla elaborazione del documento di valutazione dei rischi
- coordinare gli interventi stabiliti dal Datore di Lavoro mediante il servizio di prevenzione e protezione
- proporre nuove metodologie di analisi di rischio o confermare quelle esistenti
- informare i Rappresentanti dei Lavoratori (RLS) sugli esiti delle valutazioni nelle riunioni periodiche
- coordinare gli incontri periodici della struttura organizzativa per la gestione degli aspetti legati alla salute e sicurezza sul lavoro (processo 4.1).

ADDETTI AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

- verificare l'implementazione e l'aggiornamento delle procedure del processo
- verificare l'andamento dei piani di miglioramento
- valutare gli Incidenti, i quasi incidenti, gli indicatori e collaborare con l'RSPP sulla metodologia di analisi da applicarsi per la valutazione dei rischi.

MEDICO COMPETENTE

- collaborare con il Datore di Lavoro ed il Servizio di protezione e prevenzione nelle attività di valutazione dei rischi e alla stesura del Documento di Valutazione.

RLS

- essere coinvolto nella formulazione del documento di Valutazione dei Rischi
- essere consultato in merito alla designazione del RSPP e ASPP, addetti alla prevenzione incendi, al pronto soccorso e all'evacuazione - (secondo quanto previsto al processo 4.6
- essere consultato in merito alla formazione - (secondo quanto previsto la processo 4.2)
- promuovere l'attività di prevenzione mediante la presentazione di specifiche proposte.

3.2.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I processi di interazione e gli strumenti di verifica per l'attivazione del miglioramento continuo sono elaborati in conformità al capitolo 5 Verifica

3.3 OBIETTIVI E PROGRAMMI

3.3.1 SCOPO

Definire le modalità secondo le quali l'azienda fissa i propri obiettivi di miglioramento ed elabora piani specifici e programmi per raggiungerli.

Definire gli indicatori relativi al SGSL e alla sua funzionalità ed efficacia.

Descrivere le modalità di controllo e monitoraggio del SGSL.

3.3.2 RISULTATI ATTESI

Garantire il miglioramento continuo nel campo della gestione in azienda degli aspetti relativi alla salute e alla sicurezza sul lavoro attraverso la chiara identificazione e quantificazione degli obiettivi prestazionali.

3.3.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Gli obiettivi ed i programmi per l'attuazione della politica in materia di salute e sicurezza sul lavoro sono definiti considerando:

- l'evoluzione della legislazione
- l'evoluzione della Contrattazione Collettiva
- la valutazione dei rischi connessi alle attività svolte
- la Politica per la salute e la sicurezza sul lavoro e i risultati conseguiti
- la consultazione ed il coinvolgimento delle parti interessate, tra cui in primo luogo i lavoratori per il tramite degli RLS.

Sulla base di tali informazioni gli obiettivi vengono identificati secondo i seguenti criteri:

- garantire e migliorare la tutela dell'integrità psicofisica della persona con un impegno particolare nella formazione e nell'addestramento del personale, l'adozione di tutti i sistemi di protezione collettivi e/o individuali, assicurando il monitoraggio delle prestazioni per la sicurezza
- utilizzare le migliori tecnologie disponibili e sostenibili, controllando sistematicamente l'efficienza e la sicurezza degli impianti e delle apparecchiature nella progettazione, costruzione, installazione, esercizio, manutenzione, smantellamento e smaltimento
- definire le priorità di intervento in funzione della gravità del rischio, delle necessità connesse con l'evoluzione normativa
- programmare e sostenere il miglioramento continuo nei suoi parametri qualitativi e quantitativi.

L'Organizzazione stabilisce le priorità degli interventi e dispone le risorse umane, strumentali e finanziarie in base alla valutazione del rischio, in conformità a quanto previsto nel paragrafo.

L'Organizzazione controlla l'andamento dei processi e delle attività del SGSL, al fine di verificarne l'efficienza e l'efficacia e il miglioramento nel tempo.

Per fare ciò, l'Organizzazione fissa:

- indicatori di prestazione inerenti ai risultati complessivi di sistema;
- indicatori di prestazione collegati alle modalità di svolgimento ed ai risultati di processi ed attività del SGSL.

La misura di tali indicatori ha lo scopo di verificare che processi ed attività si svolgano conformemente a quanto pianificato e siano adeguati al raggiungimento dei risultati attesi.

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori di sistema:

PIANIFICAZIONE

- Obiettivi realizzati su pianificati
- Percentuale di realizzazione degli obiettivi rispetto al tempo pianificato
- Tempo intercorso tra l'emanazione/aggiornamento di una legge e l'ottenimento della conformità alle sue prescrizioni

FORMAZIONE INFORMAZIONE ADDESTRAMENTO

- Numero interventi formativi pianificati/realizzati:
 - ✓ per ruolo/figura professionale e livello di rischio
 - ✓ per figure incaricate di attività/verifiche nell'ambito del SGSL
 - ✓ rispetto a assunzioni/cambi ruolo/trasferimenti del personale
 - ✓ rispetto ai cambiamenti legislativi/tecnici/strutturali/organizzativi
- Statistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni degli interventi formativi/informativi/addestrativi

MANUTENZIONE

- Numero di guasti imprevisti
- Tempi di fermo impianti per guasti su ore

VALUTAZIONE DEI RISCHI

- Tempo intercorso tra cambiamenti (strutturali/organizzativi/procedurali /legislativi) e revisione del documento di valutazione dei rischi
- Numero eventi negativi per rischi non valutati adeguatamente nel documento di valutazione dei rischi
- Numero dei quasi incidenti rilevati o malfunzionamenti che possono avere impatto diretto sulla sicurezza delle persone

COMUNICAZIONE/COINVOLGIMENTO

- Rispetto delle scadenze delle riunioni periodiche
- Segnalazioni di "quasi incidente" trasmesse dal personale

MONITORAGGIO

- Misure effettuate rispetto a quelle pianificate
- Affidabilità e adeguatezza strumenti di misura

AUDIT

- Audit svolti rispetto al programma
- Rispetto dei tempi e delle modalità di svolgimento dell'audit
- Percentuale di non conformità gravi/raccomandazioni/segnalazioni/consigli rispetto al totale di quelle rilevate
- Tempi di trasmissione dei verbali di audit
- Completezza dei verbali di audit (secondo UNI 19011)

INFORTUNI

- Numero infortuni
- Indice di gravità
- Indice di frequenza
- Indice di assenza media per infortuni
- Numero di infortuni sottoposti ad analisi delle cause rispetto al totale
- Completezza dei dati sul registro infortuni
- Numero cambio mansioni disposto dal Medico Competente per inabilità al lavoro

EMERGENZE

- Prove di emergenza svolte/pianificate
- Tempi/costi revisione del piano di emergenza a seguito della prova
- Numero emergenze verificate nel periodo
- Entità dei danni causati dalle emergenze verificate

INCIDENTI

- Numero incidenti
- Indice di frequenza
- Numero Indagini per Incidente su totale

NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE

- Numero e frequenza non conformità rilevate
- Costi di non conformità
- Tempi di apertura e chiusura delle Azioni Correttive
- Valutazione efficacia Azioni Correttive

RIESAME

- Rispetto scadenze riunioni di riesame pianificate
- Completezza della documentazione
- Assenza persone/funzioni convocate.

3.3.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- CCNL e Contrattazione aziendale
- Linea Guida SGSL
- Certificazioni/Attestazioni, ove disponibili (OHSAS 18001, UNI 10617)
- Eventuali altri standard (Corporate, programmi volontari o altro)

ALTRI RIFERIMENTI

- Identificazione e gestione della legislazione applicabile - processo 3.1
- Analisi e valutazione dei rischi Salute e sicurezza - processo 3.2
- Informazione e documentazione del sistema di gestione - processo 4.4
- Riesame della direzione - capitolo 6

REGISTRAZIONI

- Piano di miglioramento.

3.3.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- esaminare i piani proposti e, dopo consultazione degli RLS, approvarli o modificarne i contenuti
- stabilire obiettivi e traguardi
- individuare per ogni obiettivo i tempi di attuazione, responsabilità, indicatori e relativi criteri e modalità di misura in collaborazione con RSGSL e RSPP.

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- informare e coinvolgere il personale affinché si adoperi per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento.

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE (PUÒ COINCIDERE CON IL RSPP)

- collaborare con la struttura organizzativa aziendale per la gestione sicurezza nella individuazione degli obiettivi di miglioramento, nella definizione degli indicatori e dei relativi criteri di misura.

RLS

- partecipare al processo di approvazione del piano tramite consultazione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA PER LA GESTIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI

- proporre gli obiettivi raccogliendoli nel Piano di miglioramento che tenga conto anche di quanto previsto nel processo 3.2.
- individuare per ogni obiettivo i tempi di attuazione, responsabilità, indicatori e relativi criteri e modalità di misura in collaborazione con il RSGSL.

3.3.6 MECCANISMO DI VERIFICA

VERIFICA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

I Responsabili di Struttura o Unità Operativa, in collaborazione con la struttura organizzativa aziendale per la gestione sicurezza, sovrintendono ai controlli dello stato d'avanzamento degli obiettivi programmati con le modalità individuate nel Piano di miglioramento.

La verifica complessiva della Direzione sullo stato di attuazione degli obiettivi definiti, nonché l'emanazione di nuovi obiettivi, si effettua in occasione delle riunioni periodiche di legge - previste almeno una volta l'anno - e nella riunione di riesame del Sistema di Gestione Sicurezza.

VERIFICA DEGLI INDICATORI DI SISTEMA

I dati sugli indicatori di sistema vengono inviati al RSGSL per l'adeguata elaborazione ai fini del riesame del SGSL da parte del Datore di Lavoro, evidenziando, ove opportuno, anche eventuali trend di sviluppo dei parametri negli anni.

4. ATTUAZIONE

4.1 DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ, RUOLI

4.1.1 SCOPO

Scopo del presente capitolo è che l'Azienda si doti di una struttura organizzativa atta ad assicurare la conformità del SGSL dell'azienda /unità produttive verso il modello proposto.

4.1.2 RISULTATI ATTESI

Definire le figure coinvolte nell'organizzazione ed implementazione del SGSL, documentarne e comunicarne i ruoli e le responsabilità ed assicurare il reporting verso il management.

4.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'Organizzazione deve dotarsi di una struttura commisurata alla natura dell'attività svolta, al livello dei rischi lavorativi, alla politica per la salute e sicurezza, agli obiettivi e ai relativi programmi di attuazione fissati, nonché alle proprie caratteristiche di distribuzione sul territorio e di connessioni e rapporti con le altre organizzazioni.

La struttura organizzativa aziendale per la gestione della salute e sicurezza deve essere definita, documentata, comunicata e rivista ad intervalli regolari o ogni volta sia necessario e almeno qualvolta intervengano nuove modifiche impiantistiche, logistiche, organizzative, di processi di lavoro o amministrative.

L'Organizzazione deve riesaminare periodicamente le misure adottate per gestire le attività del SGSL e l'allocazione delle risorse nell'ambito del riesame annuale del sistema sicurezza.

L'Organizzazione deve identificare, nelle proprie funzioni di vertice, l'Alta Direzione.

L'Alta Direzione deve nominare un Rappresentante della Direzione che dovrà assicurare la corretta gestione della struttura organizzativa per un'efficace implementazione dei requisiti del SGSL.

L'applicazione del SGSL su un sito/attività locale sono responsabilità della linea / organizzazione locale nei limiti individuati nelle deleghe. Qualora l'azienda abbia più siti, ciò avverrà in coordinamento con l'organizzazione centrale e potrà essere identificato un referente SGSL per ogni unità esistente. Vengono di seguito dettagliate le attività formali e documentate, messe in atto per la definizione e assegnazione delle responsabilità e dei ruoli.

ALTA DIREZIONE

L'Alta Direzione, che definisce la Politica e le Strategie di miglioramento della Salute e della Sicurezza, individua un proprio Rappresentante a cui delega il compito di garantire l'applicazione efficace ed efficiente del SGSL. Inoltre:

- monitora il raggiungimento degli obiettivi
- assicura mezzi e risorse per il miglioramento della Salute e Sicurezza sul Lavoro.

DATORE DI LAVORO (DL)

Il Datore di lavoro è individuato con atti formali dell'Organizzazione nei quali sono indicate le

responsabilità ed i relativi poteri gestionali e di spesa.

Nel caso di aziende le cui unità produttive/sedi locali siano molteplici e distribuite sul territorio, in base alle dimensioni ed esigenze gestionali possono verificarsi le seguenti situazioni:

- Unico Datore di Lavoro; avrà come riferimenti presso le sedi locali/unità produttive i dirigenti designati;
- Designazione di un Datore di Lavoro per ciascuna unità produttiva/sede locale da parte dell'Organizzazione.

L'applicazione del SGSL su un sito/attività locale è sotto la responsabilità della linea/organizzazione locale nei limiti individuati nelle deleghe. Qualora l'azienda abbia più siti, ciò avverrà in coordinamento con l'organizzazione centrale e potrà essere identificato un referente SGSL per ogni unità esistente.

Il Datore di Lavoro:

- assicura:
 - ✓ implementazione delle risorse, umane, strumentali e finanziarie, atte a sostenere il processo di miglioramento continuo del SGSL nella propria unità produttiva
 - ✓ elaborazione del Documento di Valutazione del Rischio e condivisione dello stesso con la struttura aziendale per la gestione della sicurezza
 - ✓ approvazione del piano annuale di miglioramento e verifica dell'attuazione
- consulta i RLS sulla valutazione dei rischi e per l'individuazione di RSPP e MC
- informa i RLS in merito ai ruoli e alle responsabilità individuati dall'Organizzazione.

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)

L'incarico di RSPP è attribuito tramite formale designazione del DL, con l'indicazione delle attività che deve svolgere.

La designazione deve contenere, relativamente all'incarico:

- data di conferimento e decorrenza
- requisiti, previsti dalla legislazione, che qualificano l'idoneità allo svolgimento delle attività
- compiti e funzioni da svolgere
- sede per cui è conferito.

Il DL comunica formalmente il nominativo del RSPP incaricato all'interno dell'Organizzazione.

Nel caso di aziende le cui unità produttive/sedi locali siano molteplici e distribuite su un territorio vasto possono verificarsi le seguenti situazioni:

- designazione di un unico RSPP per tutte le unità produttive/sedi locali; tale figura collaborerà attivamente con gli ASPP designati per ciascuna unità produttiva/sede locale;
- designazione di un RSPP per ciascuna unità produttiva/sede locale da parte del Datore di Lavoro.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, il RSPP collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso. In tale ambito il RSPP svolge un ruolo centrale di proposizione delle attività di miglioramento della Salute e Sicurezza, coinvolgendo le varie figure dell'Organizzazione.

MEDICO COMPETENTE (MC)

Il Datore di Lavoro, o il dirigente delegato, nomina il MC per lo svolgimento delle attività connesse alla sorveglianza sanitaria, secondo quanto previsto dalle leggi in materia; la nomina avviene tramite designazione formale del DL contenente la descrizione delle attività da svolgere e gli elementi contrattuali dell'incarico:

- data di conferimento e decorrenza
- requisiti, previsti dalla legislazione, che qualificano l'idoneità allo svolgimento delle attività
- sede per cui è conferito
- indicazione dei documenti consegnati.

Il DL comunica formalmente all'interno dell'Organizzazione il nominativo del MC incaricato.

Nel caso di aziende le cui unità produttive/sedi locali siano molteplici e distribuite sul territorio qualora la situazione lo richieda è possibile che vengano designati più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, il MC collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso

ADDETTI AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (ASPP)

La nomina degli ASPP avviene tramite designazione formale del DL o dirigente delegato contenente la descrizione delle attività da svolgere.

La designazione deve contenere, relativamente all'incarico:

- data di conferimento e decorrenza
- requisiti, previsti dalla legislazione, che qualificano l'idoneità allo svolgimento delle attività
- compiti e funzioni da svolgere
- sede per cui è conferito.

Il numero degli ASPP è commisurato alle caratteristiche e alle dimensioni dell'Organizzazione.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, l'ASPP collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso

ADDETTI ALLE EMERGENZE ED AL PRIMO SOCCORSO

Il DL designa tramite nomina formale i dipendenti Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso appositamente formati su proposta dei Dirigenti Responsabili delle Strutture ed in accordo con il medico competente, previa consultazione dei RLS.

Gli elenchi sono costituiti da operatori dell'Azienda specificamente formati alla prevenzione incendi, evacuazione dei lavoratori ed al primo soccorso.

RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

Il RLS viene eletto o designato in tutte le unità produttive, secondo quanto previsto dagli accordi interconfederali e dal CCNL.

L'Organizzazione prende atto della nomina e ne dà comunicazione ai Dirigenti Responsabili delle Strutture per la diffusione in Azienda, al Medico Competente, al RSPP ed annualmente all'INAIL.

Il numero degli RLS, fatto salvo il numero minimo previsto dalla legge, è commisurato alle dimensioni e alla complessità dell'Organizzazione.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, il RLS collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso

DIRIGENTI

Le responsabilità e i ruoli nel campo della gestione della sicurezza sono comunicati dal DL tramite specifico atto formale (Ordini di Servizio, lettera incarico, Ordini di lavoro, emanazione formalizzata di organigrammi o regolamenti di organizzazione aziendale, ecc.), che definisce gli elementi oggetto di delega. A tale atto consegue una specifica formazione in materia di Sicurezza sul Lavoro e del SGSL.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, il Dirigente collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso

PREPOSTI

Le responsabilità e i ruoli nel campo della gestione sicurezza sono comunicati dal DL e dai dirigenti con

apposito atto formale (Ordini di Servizio, lettera incarico, comunicazione, Ordini di lavoro, emanazione formalizzata di organigrammi o regolamenti di organizzazione aziendale, ecc.) che definisce gli elementi oggetto di delega. A tale atto consegue una specifica formazione in materia di Sicurezza sul Lavoro e del SGSL.

Oltre a quanto previsto dalla legislazione, il Preposto collabora col RSGSL per l'efficace applicazione del Sistema in accordo a quanto definito nei documenti del Sistema stesso

LAVORATORI

Le responsabilità dei lavoratori sono esplicitate nel CCNL e nelle disposizioni operative (procedure, istruzioni, ecc.) relative ai ruoli ricoperti.

I loro ruoli e responsabilità nel campo della gestione sicurezza sono oggetto di informazione e formazione specifica come previsto nei processi 4.2, 4.3 e 4.4.

RESPONSABILE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO (RSGSL)

Figura che:

- viene individuato dal Rappresentante della Direzione
- può coincidere con l'RSPP
- può coincidere con il Rappresentante della Direzione.

Il RSGSL:

- monitora e facilita l'applicazione efficace ed efficiente del SGSL
- individua e verifica il raggiungimento degli obiettivi
- verifica il rispetto dei requisiti definiti dal Sistema
- aggiorna la documentazione del Sistema e sua diffusione
- verifica l'implementazione ed l'aggiornamento delle procedure del sistema di gestione sicurezza
- coordina e verifica i piani di azione
- valuta gli incidenti, i quasi incidenti, gli indicatori di malattia, anche professionale e segnala al Datore di Lavoro e dirigenti responsabili i criteri di registrazione degli stessi
- comunica i requisiti del sistema e assicura lo svolgimento della relativa attività formativa
- monitora ed eventualmente propone la revisione periodica degli indicatori di prestazione.

ORGANISMO DI VIGILANZA (OdV)

Organismo aziendale dotato di autonomia, poteri di iniziativa e controllo per verificare e monitorare nel tempo l'effettività, l'adeguatezza, il mantenimento e l'aggiornamento del Modello di Organizzazione e Gestione (MOG) ex D. Lgs 231/01. A seconda della complessità aziendale può essere mono o pluri-soggettivo. La durata in carica, la revoca e la sostituzione dei componenti è regolata dallo statuto dell'organismo. Ai fini delle presenti Linee di indirizzo tale organismo attua il suo ruolo verso il MOG per la prevenzione dei reati di cui all'art. 25 septies del D. Lgs. 231/01 e s.m.i. (art. 300 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.); pertanto, le presenti LI SGSL AR non danno indicazioni a MOG ed all'ODV rispetto alla prevenzione degli altri reati contemplati nel D. Lgs. 231/01 e s.m.i..

4.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- CCNL e Contrattazione aziendale
- Linea Guida SGSL - UNI INAIL
- Manuale del SGSL-AR
- Certificazioni/Attestazioni, ove disponibili (OHSAS 18001, UNI 10617)
- Eventuali altri standard (Corporate, programmi volontari o altro)
- Documentazione atta alla definizione di compiti, ruoli, responsabilità in ragione o nei limiti delle

competenze professionali e dei poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico.

ALTRI RIFERIMENTI

- Analisi e valutazione dei rischi Salute e Sicurezza - processo 3.2
- Competenza, formazione e consapevolezza - processo 4.2
- Comunicazione, consultazione, partecipazione, rapporto con l'esterno - processo 4.3
- Informazione e documentazione del sistema di gestione - processo 4.4
- Controllo operativo - processo 4.5.

REGISTRAZIONI

- Lettere di incarico, Ordini di Servizio, Ordini di Lavoro, nomine ed elenchi dei soggetti responsabili del SGSL.

4.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

I ruoli e le responsabilità si evincono da quanto riportato nella "Descrizione delle attività".

4.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I principali processi di interazione e strumenti di verifica per l'attivazione del miglioramento continuo sono elaborati in conformità al capitolo 6 "Riesame Direzione" e traendo indicazioni dal processo 4.3 - Comunicazione, Consultazione, Partecipazione e rapporto con l'esterno.

4.2 COMPETENZA, FORMAZIONE E CONSAPEVOLEZZA

4.2.1 SCOPO

Definire i criteri, le modalità organizzative e le responsabilità che l'Organizzazione adotta per l'informazione, la formazione e l'addestramento di tutto il personale in base alle attività svolte.

Definire i criteri e le modalità per assicurare a tutti i lavoratori l'accesso all'informazione, formazione ed addestramento continuo in tema di salute e sicurezza, per renderli adeguatamente competenti e consapevoli in modo da poter partecipare concretamente al funzionamento del Sistema di Gestione (SGSL) nell'ottica del miglioramento continuo.

4.2.2 RISULTATI ATTESI

Assicurare a tutti i lavoratori l'accesso alla formazione e all'addestramento continui in tema di salute e sicurezza, al fine di sviluppare competenze, consapevolezza e partecipazione al funzionamento del SGSL-AR nell'ottica del miglioramento continuo.

Garantire, più specificamente, che il personale sia consapevole:

- dell'importanza della conformità delle proprie azioni rispetto alla politica aziendale e ai requisiti del SGSL-AR
- delle conseguenze che la propria attività ha nei confronti del SGSL-AR
- dei possibili impatti di uno scostamento rispetto a quanto definito dal SGSL-AR.

4.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

INDIVIDUAZIONE ESIGENZE

L'Organizzazione predispone risorse strumentali, umane ed economiche per valutare le esigenze

formative.

Il RSPP, in base alle risultanze della Valutazione dei Rischi per la salute e la sicurezza, in collaborazione con il Responsabile aziendale della Formazione, pianifica le necessità informative, formative e di addestramento in materia di salute e sicurezza utilizzando il "Piano annuale di informazione - formazione - addestramento" per i settori di attività o famiglie professionali presenti in Azienda e aggiorna tale piano in occasione di:

- aggiornamento del DVR
- nuove valutazioni di rischio
- infortuni, incidenti e mancati incidenti verificatisi nei luoghi di lavoro
- inserimento in azienda di nuovo personale
- mutamenti organizzativi, introduzione di nuove sostanze o preparati, introduzione di nuove attrezzature/impianti, trasferimenti e/o cambiamenti di attività e ruoli, variazioni di sedi, introduzione o variazione delle normative.

Il RSPP e il RSGSL, nel perseguire quanto sopra, si attiene a quanto è emerso nelle attività di monitoraggio, di vigilanza, di segnalazioni, nonché nella riunione periodica, prevista dalle vigenti normative, relativamente a questi temi, coinvolgendo le figure dell'Organizzazione secondo le rispettive attribuzioni e competenze, tra cui almeno il RLS e il Datore di Lavoro.

Il RSPP inoltre gestisce un registro delle "Attività Informative e Formative" svolte nel quale sono riportati i nominativi delle persone che hanno seguito le attività informative, formative e/o di addestramento nel corso degli anni.

Il RSGSL individua il fabbisogno di auditor qualificati e predispone un piano di formazione e di mantenimento della qualifica per l'esercizio dell'attività di auditing.

PREDISPOSIZIONE ED APPROVAZIONE DEL "PIANO ANNUALE DI INFORMAZIONE FORMAZIONE ADDESTRAMENTO"

Il "Piano annuale di informazione - formazione – addestramento" in materia di salute e sicurezza è redatto a cura del RSPP in collaborazione con il responsabile della Formazione, previa consultazione del RLS/RLST, contiene le attività previste per l'anno successivo, è approvato dal DL ed archiviato dal RSPP.

Il Piano contiene anche l'articolazione delle attività formative e di aggiornamento almeno per RSPP, ASPP, RLS, addetti alle emergenze e al primo soccorso, dirigenti, preposti e lavoratori.

PREDISPOSIZIONE ED APPROVAZIONE DEL "PIANO ANNUALE DI FORMAZIONE E DI MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA DEGLI AUDITOR DEL SGSL"

Il "Piano Annuale di Formazione e di Mantenimento della Qualifica degli Auditor SGSL" è redatto a cura del RSGSL e deve contenere le attività previste per l'anno successivo; è approvato dall'Alta Direzione ed archiviato dal Responsabile della formazione. Le attività sono realizzate in conformità al piano dal Responsabile della Formazione, sotto la responsabilità del RSGSL.

La qualifica di Auditor SGSL è realizzata secondo le indicazioni della UNI EN ISO 19001:2012.

PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ PER I LAVORATORI

Approvato il "Piano annuale di informazione – formazione – addestramento", previa consultazione del RLS, il Responsabile della formazione e il RSPP hanno il compito di effettuare la programmazione di dettaglio delle attività e la loro gestione, secondo quanto indicato nel piano approvato.

FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO

Il Responsabile della Formazione, in collaborazione con il RSPP, consultato il RLS, deve:

- sviluppare i tempi ed i contenuti delle attività di formazione e addestramento (in accordo ai destinatari)

e agli obiettivi), nonché le modalità di verifica dell'efficacia;

- programmare i corsi, anche attraverso la pubblicazione di Ordini di Servizio o comunicazioni di Servizio indicanti oggetto, destinatari, date e luogo;
- definire le caratteristiche delle risorse per la docenza interne ed esterne;
- individuare le risorse, le cui qualifiche e requisiti minimi devono essere opportunamente accertate (per esempio tramite curriculum, colloquio, etc) coerentemente alle caratteristiche definite;
- raccogliere i dati relativi alle presenze tramite un registro indicante: oggetto, nominativi, data, luogo, materiale didattico, obiettivi del corso, firme di ingresso e uscita;
- gestire ed archiviare la documentazione prodotta durante le attività preferibilmente attraverso l'archiviazione elettronica di tutto il materiale relativo all'attività formativa;
- valutare i dati relativi alle verifiche dell'apprendimento, attraverso la somministrazione di test in ingresso e uscita o prove pratiche in accordo alle modalità di verifica dell'efficacia definiti;
- valutare l'andamento degli interventi formativi anche con la somministrazione di test di gradimento (per docente, contenuti, organizzazione, strumenti e materiale utilizzato).

Il Responsabile della Formazione invia al RSPP l'elenco del personale che ha effettivamente partecipato ai corsi al fine di permettergli di aggiornare il registro delle "Attività Informative – Formative" svolte.

Anche le attività informative vengono registrate a cura del RSPP nel registro delle "Attività Informative – Formative" svolte.

Il Responsabile della Formazione assicura il monitoraggio e la registrazione dell'attività formativa svolta e, ove richiesto da norme di legge o contrattuali, la certificazione delle competenze acquisite (ad esempio gli attestati di partecipazione rilasciati da società certificate, ove richieste, lettere di qualifica PES e PAV, il libretto del cittadino su cui registrare il percorso formativo effettuato dalla risorsa nel corso degli anni).

L'efficacia della formazione svolta sulla prevenzione e protezione viene verificata nell'espletamento delle attività operative, secondo quanto previsto nelle procedure aziendali.

INFORMAZIONE

Il RSPP provvede affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata informazione su:

- i rischi per la sicurezza connessi all'attività dell'Organizzazione in generale e dell'unità produttiva presso la quale opera
- le misure e le attività di protezione e prevenzione adottate
- i rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia
- i pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica
- le procedure aziendali che riguardano le emergenze ed il primo soccorso
- la composizione del Servizio di Prevenzione e Protezione
- i nominativi degli addetti alle emergenze ed al Primo Soccorso
- il Sistema di Gestione Sicurezza ed i suoi aggiornamenti.

A tale scopo:

- viene assicurata una informazione capillare anche tramite incontri informativi con i lavoratori su tematiche specifiche di sicurezza o con strumenti di pari efficacia
- viene distribuito al momento dell'assunzione e dopo ogni variazione del Documento di Valutazione dei Rischi a tutto il personale idonea informazione documentata
- sono diffuse le norme comportamentali da mantenere in caso di emergenze interne
- sono diffusi i nominativi degli operatori incaricati alle emergenze ed al Primo Soccorso ("Elenco degli addetti alle emergenze ed al Primo Soccorso").

L'informazione ai lavoratori, le norme comportamentali e le procedure vengono aggiornati a seguito di

variazioni del DVR e/o per necessità derivanti dallo svolgimento di attività aziendali con il coinvolgimento dei diversi soggetti della prevenzione.

Le attività informative vengono registrate a cura del RSPP nel registro "Attività Informative e Formative".

PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ PER GLI AUDITOR

Approvato il "Piano Annuale di Formazione e di Qualifica degli Auditor di SGSL", il Responsabile della Formazione ha il compito di effettuarne la programmazione di dettaglio e la sua gestione. In particolare modo, deve:

- programmare i corsi
- individuare le risorse per la docenza, che devono essere qualificate da opportuno curriculum
- raccogliere i dati relativi alle presenze
- gestire ed archiviare la documentazione prodotta durante le attività
- archiviare la certificazione rilasciata al superamento dell'esame

Il Responsabile della Formazione deve inviare l'elenco degli auditor qualificati con la copia degli attestati di qualifica al RSGSL al fine di permettergli di tenere aggiornato l'elenco degli auditor qualificati.

4.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile al sito
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida nazionali e internazionali in materia
- Norme tecniche di riferimento: Linee guida SGSL, OHSAS 18001, DM09/08/2000; UNI EN ISO 19011
- Manuale del SGSL-AR
- Norme tecniche e standard di riferimento interni (ad esempio, ove applicabile: Job Hazard Analysis – HAZOP – HAZard and OPerability analysis; Valutazione qualitativa / quantitativa dei rischi; Matrice di valutazione dei rischi; FMEA – Failure Mode and Effect Analysis)

ALTRI RIFERIMENTI

- Audit - processo - 5.3
- Preparazione e risposta alle emergenze - processo 4.6
- Definizione ed assegnazione delle responsabilità, autorità, ruoli - processo 4.1
- Competenza, formazione e consapevolezza - processo 4.2
- Controllo Operativo - processo 4.5

REGISTRAZIONI

- Piano annuale di informazione - formazione - addestramento per la sicurezza
- Elenco Personale qualificato alla conduzione degli audit interni
- Documento Informazione al lavoratore
- Elenco degli addetti alle emergenze ed al Primo Soccorso
- Piano Annuale di Formazione e di Qualifica degli Auditor SGSL
- Registro attività formativa
- Registro delle Attività Informative
- Report andamento della formazione (attraverso l'analisi dei questionari di gradimento e di verifica dell'apprendimento)

4.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

I ruoli e le responsabilità sono quelli desumibili dal paragrafo "Descrizione delle attività" del presente paragrafo.

4.2.6 MECCANISMO DI VERIFICA

VERIFICA DI EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE

I meccanismi di verifica sono definiti e specificati a margine dei rispettivi piani formativi e informativi.

Infatti, almeno al termine delle attività di formazione, il docente o il Responsabile della Formazione esegue una verifica dell'efficacia degli interventi formativi svolti. Tale verifica permette di rilevare il grado di apprendimento conseguito dai lavoratori dalla formazione/informazione e di fornire indicazioni utili al miglioramento delle modalità utilizzate.

Ad esempio l'utilizzo effettivo e corretto delle misure di prevenzione e dei dispositivi di protezione sarà rilevato durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, con le modalità pianificate nell'ambito del "Controllo Operativo".

La verifica dell'efficacia degli addestramenti eseguiti può avvenire attraverso:

- test di verifica realizzati dal docente
- verifiche ispettive
- colloqui
- giudizi rilasciati volontariamente dai partecipanti
- controlli occasionali, sui luoghi di lavoro, di verifica della conoscenza e delle capacità acquisite
- verifica, ove possibile, dell'avvenuto miglioramento delle prestazioni sicurezza legate all'attività del personale formato/informato
- analisi della percezione della sicurezza dei lavoratori
- altro.

L'esito della verifica deve essere registrato ed archiviato.

Qualora, il lavoratore sottoposto a formazione non superi con esito positivo la verifica, dovrà essere sottoposto a nuova formazione.

VERIFICA DI EFFICACIA DEL PROCESSO

Il monitoraggio e misurazione del processo di formazione ed informazione avviene verificando:

- l'avanzamento delle attività formative previste nel piano annuale di formazione;
- l'efficacia degli addestramenti interni attraverso colloqui e verifiche pratiche in campo;
- il grado di partecipazione dei lavoratori negli incontri programmati.

L'efficacia e la capillarità delle azioni formative/informative saranno oggetto di verifica e confronto nelle riunioni periodiche previste dalla normativa vigente.

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori di sistema:

- numero interventi formativi pianificati/realizzati:
 - per ruolo/figura professionale e livello di rischio
 - per figure incaricate di attività/verifiche nell'ambito del SGSL
 - rispetto a assunzioni/cambi ruolo/trasferimenti del personale
 - rispetto ai cambiamenti legislativi/tecnici/strutturali/organizzativi
- statistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni degli interventi formativi/informativi/addestrativi.

4.3 COMUNICAZIONE, CONSULTAZIONE, PARTECIPAZIONE, RAPPORTO CON L'ESTERNO

4.3.1 SCOPO

Fornire i criteri per la programmazione della comunicazione e del flusso delle informazioni in Azienda

in modo da rendere partecipi tutti i lavoratori e le strutture in cui sono inseriti in relazione al SGSL.

4.3.2 RISULTATI ATTESI

Garantire a chiunque faccia richiesta di informazioni (istituzioni, enti locali, associazioni, cittadini, dipendenti clienti e fornitori, ecc.) una risposta esauriente, comprensibile e oggettiva.

Predisporre uno schema di gestione delle comunicazioni interne ed esterne relativamente alle tematiche di salute e sicurezza sul lavoro.

Definire la modalità e assicurare la consultazione ed il coinvolgimento dei lavoratori, anche attraverso i loro RLS come previsto dal CCNL, dalla contrattazione aziendale e, laddove esistono, dalle certificazioni.

Questo processo non riguarda i seguenti argomenti/attività, in quanto già oggetto di altri specifici processi:

- l'informazione e la formazione;
- l'utilizzo e la gestione della segnaletica;
- le informazioni del medico competente ai lavoratori sulla sorveglianza sanitaria.

4.3.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Definire modalità e attuare metodi e strumenti di comunicazione al fine di condividere le informazioni e le modalità di riduzione del rischio e di gestione integrata della salute e della sicurezza.

Adottare modalità di comunicazione idonee per far pervenire a tutti i soggetti interessati le informazioni necessarie per consentire a ciascuno di esercitare appieno ed in sintonia con gli altri il proprio ruolo.

Il flusso informativo organizzato consente il trasferimento di informazioni mirate e sintetiche, in grado di rendere ognuno partecipe, per la parte di proprio interesse e/o competenza ai fini della sicurezza, sull'evoluzione delle proprie attività; ciò avviene tramite:

- comunicazioni verticali (dall'alta dirigenza verso la base e viceversa);
- comunicazioni orizzontali (da responsabile di processo a responsabile di processo, da lavoratore a lavoratore).

L'Organizzazione attribuisce inoltre particolare importanza alla comunicazione da e verso l'esterno, nella consapevolezza che l'Azienda vive ed opera in un contesto sociale e, pertanto, tiene attivi una serie di canali comunicativi atti a raccogliere tutte le informazioni provenienti dall'esterno relative ad aspetti di sicurezza ed a diffondere le informazioni interne ritenute utili per il miglioramento della sicurezza e dell'immagine aziendale.

L'Organizzazione:

- diffonde informazioni sulla organizzazione della sicurezza e su chi siano i soggetti che hanno incarichi specifici nell'ambito del SGSL
- raccoglie osservazioni, commenti e proposte, effettuate anche dai lavoratori, sulle misure preventive e protettive adottate, sull'organizzazione del SGSL, sulle procedure e sui metodi di lavoro adottati;
- diffonde, attraverso la predisposizione di un "Piano annuale di Comunicazione per il SGSL-AR", l'informazione relativa a:
 - politica della Sicurezza,
 - obiettivi, programmi e progetti di miglioramento e relativo stato di avanzamento, dati e trends,
 - valutazione delle simulazioni di emergenza,
 - informazioni circa infortuni/incidenti,
 - rapporti di non conformità significativi,
 - azioni di miglioramento,
 - risultati di audit.

Si riportano le linee essenziali di un Piano di comunicazione:

- il Piano assegna l'esecuzione dei diversi interventi informativi ai Responsabili di Struttura e/o di processo, definisce le modalità e gli strumenti idonei alla comunicazione ed all'informazione. Fissa inoltre eventuali periodicità e scadenze.
- nel Piano vengono presi in considerazione i ruoli identificati al fine di realizzare un'informazione e comunicazione mirata e si tiene debito conto delle attività di consultazione e dei loro risultati.

È opportuno elaborare un Piano che consenta a ciascun lavoratore di segnalare immediatamente al proprio superiore gerarchico ogni possibile carenza o problematica che dovesse rilevare negli apprestamenti di prevenzione e protezione e comunque l'insorgere di qualunque situazione di pericolo, così come problematiche, mancanze, possibilità di miglioramento di metodi di lavoro, documentazione, registrazioni, modulistica, mezzi e disposizioni procedurali, tecnici, organizzativi di prevenzione e protezione. Il superiore gerarchico, nell'agire in conformità alle proprie attribuzioni e competenze deve trasmettere le informazioni in suo possesso all'eventuale ulteriore superiore gerarchico, al Responsabile di struttura ed al RSPP, ai quali spetta il compito, valutata l'informazione, di definire e pianificare le eventuali azioni correttive/preventive.

Fatto quanto sopra, salvo i casi che richiedano interventi urgenti a tutela della sicurezza del personale, il singolo lavoratore e/o il preposto devono intervenire secondo le procedure di controllo operativo applicabili al contesto in cui operano.

I metodi di comunicazione comprendono:

- comunicati al personale
- avvisi al personale
- comunicazioni interne, ecc.
- ordini di servizio

emanati e diffusi per mezzo di bacheche, posta interna, posta elettronica, ovvero tramite riunioni specifiche, opuscoli, segnaletica di sicurezza.

Gli esiti delle riunioni e gli incontri personali devono essere verbalizzati riportando esplicitamente data, orario, luogo, l'identificazione dei partecipanti, gli argomenti trattati, le decisioni assunte.

Le modalità di gestione della documentazione del SGSL, della sua identificazione, trattamento distribuzione, aggiornamento, anche in virtù di flussi comunicativi esterni, è regolato dal processo di gestione della documentazione anche per quanto riguarda le informative su leggi, norme ed i loro aggiornamenti nel tempo.

Per definire uno schema di gestione riguardante le modalità di accoglimento e risposta alle richieste di informazioni provenienti sia dall'interno che dall'esterno, è necessario:

- predisporre un sistema di ricezione delle richieste secondo le varie tipologie (in forma scritta, telefonica o diretta)
- definire i ruoli che hanno la responsabilità di fornire le risposte, prevedendo i tempi e le modalità di risposta a seconda della situazione
- definire le modalità di diffusione di comunicati informativi all'interno e all'esterno che l'Organizzazione intende divulgare, indipendentemente da richieste specifiche (dichiarazioni periodiche, eventi particolari quali conferenze o presentazioni pubbliche, convegni, ecc)
- definire un sistema di archiviazione delle richieste interne ed esterne e delle relative risposte dei comunicati all'interno ed all'esterno.

L'Organizzazione favorisce la partecipazione di tutti i lavoratori a tutti i livelli dell'organizzazione e promuove la cooperazione in materia di sicurezza.

Per fare ciò l'Organizzazione assicura agli RLS la necessaria formazione ed il tempo necessario per ricoprire il proprio ruolo.

I lavoratori possono essere coinvolti anche e non esclusivamente attraverso le riunioni periodiche in

merito:

- alla valutazione dei rischi
- a misure preventive/protettive (inclusi i DPI)
- a piani di emergenza ed evacuazione
- all'organizzazione della formazione
- a informazioni su:
 - sostanze e preparati pericolosi
 - macchine
 - impianti
 - organizzazione e ambienti di lavoro
- alla raccolta e alla trattazione, per l'eventuale adozione nell'ambito dei piani e programmi di miglioramento, anche nell'ambito delle riunioni periodiche, di osservazioni, commenti e proposte sulle misure preventive e protettive adottate, sull'organizzazione del SGSL, sulle procedure e sui metodi di lavoro adottati
- alla definizione/pianificazione delle azioni correttive/preventive conseguenti al manifestarsi di non conformità.

Il RLS partecipa al "Riesame del SGSL" dove viene, tra l'altro, espressamente consultato sulla Politica di sicurezza e sugli obiettivi di miglioramento.

La consultazione dei RLS in ogni caso è richiesta per:

- valutazione dei rischi
- individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nelle attività dell'Organizzazione
- designazione degli addetti al servizio di prevenzione
- designazione degli addetti all'attività di prevenzione incendi, al pronto soccorso, alla evacuazione dei lavoratori
- organizzazione della formazione dei lavoratori incaricati dell'attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di pronto soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza
- nomina del RSPP
- nomina del MC.

4.3.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Manuale del SGSL-AR

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Procedure comunicazione interna/esterna
- Piano di Comunicazione del SGSL

4.3.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- approvare il "Piano annuale di Comunicazione per il SGSL-AR"
- organizzare, con il supporto del RSPP/RSGSL-AR, riunioni periodiche almeno annuali, assicurando che ai RLS siano fornite preventivamente le informazioni necessarie
- approvare le azioni correttive/preventive da intraprendere per la risoluzione delle anomalie riscontrate.

RSPP/RSGSL-AR

- redigere il "Piano annuale di Comunicazione per il SGSL-AR"
- verbalizzare le riunioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro

- vagliare le segnalazioni, osservazioni e proposte provenienti dai lavoratori per la definizione e pianificazione delle eventuali azioni correttive/preventive da intraprendere.

RLS

- partecipare alle riunioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro

4.3.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

Si riportano a titolo di esempio alcuni indicatori di performance:

- numero di risposte, nei tempi, in base alle segnalazioni interne ricevute/anno
- numero di risposte, nei tempi, in base alle segnalazioni esterne ricevute/anno
- numero di informative interne erogate/anno
- numero di informative esterne erogate/anno.

4.4 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE E CONTROLLO DEI DOCUMENTI

4.4.1 SCOPO

Identificare e gestire la documentazione del SGSL al fine di descrivere le attività, i flussi, i procedimenti e le responsabilità che l'organizzazione ha stabilito al fine di implementare un Sistema di Gestione Sicurezza, seguendo i principi esposti nella propria politica.

4.4.2 RISULTATI ATTESI

Disporre documenti comprensibili, corretti, aggiornati e disponibili nel formato più idoneo per le persone e le funzioni interessate.

4.4.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La definizione delle modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni del SGSL viene effettuata definendo almeno:

- la struttura e l'indice del documento (es.: scopo, campo di applicazione, riferimenti, definizioni, ruoli e responsabilità, modalità di esecuzione, verifica, gestione delle modifiche e distribuzione)
- il sistema di codifica dei documenti (es.: manuale, procedure, istruzioni di lavoro, istruzioni operative, specifiche, registrazioni, ecc.)
- le modalità di comunicazione e rintracciabilità
- il sistema di protezione e controllo
- il processo periodico di revisione, necessario specialmente in caso di cambiamenti organizzativi, tecnici, strutturali, dei processi, ecc.
- la data di emissione
- l'elenco delle revisioni

Le registrazioni devono essere predisposte e conservate per fornire l'evidenza del funzionamento del SGSL.

4.4.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile al sito;
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida nazionali e internazionali in materia
- Norme tecniche di riferimento: Linee guida SGSL, OHSAS 18001
- Norme tecniche e standard di riferimento interni (ad esempio, ove applicabile: Job Hazard Analysis – HAZOP – HAZard and OPerability analysis; Valutazione qualitativa / quantitativa dei rischi; Matrice di valutazione dei rischi; FMEA – Failure Mode and Effect Analysis)

ALTRI RIFERIMENTI

- Identificazione e gestione della legislazione applicabile - processo 3.1
- Procedura di identificazione e gestione della documentazione

REGISTRAZIONI

- Elenco documenti emessi

4.4.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- definire le modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni del SGSL avvalendosi del supporto della struttura organizzativa aziendale per la gestione salute e sicurezza sul lavoro.

RSPP/RSGSL-AR

- gestire la documentazione e le registrazioni del SGSL-AR.

4.4.6 MECCANISMO DI VERIFICA

Verifica di rispondenza e allineamento dei documenti e delle registrazioni:

- numero di osservazioni (audit interni e/o esterni) relative alla documentazione
- numero di non conformità e/o sanzioni rilevate relative alla documentazione
- tempo medio di distribuzione dei documenti (da emissione a consegna)
- tempo medio di preparazione dei documenti (da pianificazione a emissione).

4.5 CONTROLLO OPERATIVO

4.5.1 PROCEDURE OPERATIVE

4.5.1.1 SCOPO

Definire i criteri, le modalità organizzative e le responsabilità per stabilire, applicare e mantenere aggiornate le procedure e le istruzioni di lavoro, di sicurezza e relative al SGSL-AR.

Identificare le procedure, istruzioni e strumenti di programmazione che regolano:

- processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- processi di prevenzione e gestione diretta e contenimento degli stessi.

4.5.1.2 RISULTATI ATTESI

Attuare il processo prescritto dal sistema di gestione sicurezza, in conformità alla politica definita dall'Organizzazione e alle disposizioni di legge in materia.

4.5.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Sulla base degli elementi che emergono dai processi 3.1, 3.2, 3.3 l'Azienda definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative in modo che, identificando le aree di intervento associate agli aspetti di SSL in linea con i suoi obiettivi e traguardi, sia realizzata una gestione operativa regolata.

L'Organizzazione definisce, per ogni funzione e reparto, le procedure, i piani e i relativi scadenziari delle attività di controllo estesi a:

- lavorazioni condotte in condizioni ordinarie, straordinarie e di emergenza
- processi, strutture e luoghi di lavoro, macchine, impianti, organizzazione, capacità del personale, DPI
- aspetti di SSL da tenere sotto controllo anche nelle forniture e negli appalti.

Procedure di controllo sono necessarie in tutti i casi ove sono possibili deviazioni dalla politica di SSL e dagli obiettivi.

Per ogni elemento significativo (processo, impianto, macchina, lavorazione, mansione) delle procedure in uso l'Organizzazione può adottare specifiche istruzioni.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento di cui al processo 4.2.

Si riportano a titolo di esempio alcune procedure/istruzioni operative finalizzate al controllo operativo:

- Gestione del processo di produzione in sicurezza
- Gestione sostanze pericolose
- Gestione attrezzature di lavoro
- Gestione macchine
- Gestione presidi antincendio e di primo soccorso
- Piani delle attività di controllo e relativi scadenziari
- Certificati di collaudo
- Report di controllo su impianti
- Registrazioni dei parametri di processo su software
- Registro antincendio.

In particolare, l'Organizzazione seguirà quanto predisposto negli Allegati 1, 2, 3 per ciò che concerne i rischi legati alla gestione della catena di fornitura, agli ambienti confinati e alla guida dei veicoli su strada.

L'elenco puntuale delle Registrazioni deriva da quanto previsto dalle Aziende nelle procedure di Controllo Operativo adottate in conformità al presente paragrafo.

4.5.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linea Guida SGSL – UNI INAIL
- Manuale del SGSL-AR
- Certificazioni/Attestazioni, ove disponibili (OHSAS 18001, UNI 10617, UNI 19011)
- Eventuali altri standard (Corporate, programmi volontari o altro)
- Manuali operativi di impianto
- Manuali dei costruttori, libretti di uso e manutenzione

ALTRI RIFERIMENTI

- Identificazione e gestione della legislazione applicabile - processo 3.1
- Analisi e valutazione dei rischi Salute e Sicurezza - processo 3.2
- Definizione ed assegnazione delle responsabilità, autorità, ruoli - processo 4.1

- Competenza, formazione e consapevolezza - processo 4.2
- Comunicazione, consultazione, partecipazione e rapporto con l'esterno - processo 4.3
- Informazione e documentazione del sistema di gestione - processo 4.4

4.5.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- approvare le procedure elaborate e le relative versioni aggiornate.

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- elaborare procedure, loro pianificazione e verifica dell'attività di controllo

RSPP/RSGSL

- definire le caratteristiche, i rischi e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

LAVORATORI

- eseguire attività programmate ed eventuali proposte di miglioramento.

4.5.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

4.5.2 GESTIONE DEI CAMBIAMENTI

4.5.2.1 SCOPO

Definire il flusso autorizzativo, le responsabilità, le modalità operative e la documentazione necessaria nel processo di gestione delle modifiche al fine di valutarne il rischio associato.

4.5.2.2 RISULTATI ATTESI

Assicurare che siano gestiti i rischi connessi con cambiamenti / modifiche temporanee o strutturali su impianti e/o servizi, esistenti o nuovi, su processi e strutture organizzative e a seguito di evoluzioni normative e tecniche. Garantire che siano valutati i rischi connessi a cambiamenti e a modifiche.

4.5.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Predisporre risorse strumentali, umane ed economiche per provvedere alla rilevazione, valutazione e registrazione da parte dell'Organizzazione dei cambiamenti/modifiche.

Assicurare che sia effettuata una verifica finale per valutare l'effettiva conclusione delle modifiche ed il rispetto di quanto programmato dall'Organizzazione.

L'intero processo di gestione di una modifica deve essere documentato e rintracciabile secondo quanto indicato al processo 4.4. e sottoposto a verifica secondo quanto indicato al capitolo 5.

4.5.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Contrattazione Collettiva
- Linea Guida SGSL – UNI INAIL
- Manuale del SGSL-AR
- Certificazioni/Attestazioni, ove disponibili (OHSAS 18001, UNI 10617, UNI 19011)
- Eventuali altri standard (Corporate, programmi volontari o altro)
- Manuali operativi di impianto

- Manuali dei costruttori, libretti di uso e manutenzione

ALTRI RIFERIMENTI

- Procedure operative - processo 4.5.1
- Informazione e documentazione del sistema di gestione - processo 4.4
- Analisi e valutazione dei rischi salute e sicurezza - processo 3.2 e 3.3
- Competenza, formazione e consapevolezza - processo 4.2

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Procedura per la gestione del cambiamento

4.5.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- approvare la gestione dei cambiamenti e delle modifiche
- garantire risorse, tempi e strumenti per la gestione dei cambiamenti e delle modifiche
- modificare il DVR in base ai cambiamenti ed alle modifiche, laddove necessario
- comunicare i cambiamenti e le modifiche ai RLS per gli aspetti riguardanti la salute e sicurezza sul lavoro.

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- segnalare la necessità di cambiamenti e modifiche al DL
- richiedere al DL / RSPP la revisione della Valutazione del Rischio e delle misure di riduzione
- aggiornare le procedure operative
- pianificare l'informazione ai lavoratori e l'aggiornamento della formazione conseguenti ai cambiamenti ed alle modifiche
- tenere aggiornato l'elenco delle modifiche individuando per ciascuna il relativo iter autorizzativo.

RSPP/SPP

- valutare gli impatti derivanti dalle modifiche sulla salute e sicurezza dei lavoratori
- verificare la conformità legislativa e alle norme di buona tecnica della modifica
- aggiornare la valutazione del rischio e proporre le misure di riduzione.

4.5.2.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

4.5.3 SORVEGLIANZA SANITARIA

4.5.3.1 SCOPO

Fornire i criteri per una corretta gestione della sorveglianza sanitaria di tutti i lavoratori in Azienda.

4.5.3.2 RISULTATI ATTESI

Adibire ad attività lavorativa lavoratori con adeguata idoneità.

Ciò si realizza attraverso:

- la redazione, con cadenza almeno annuale, del programma di sorveglianza sanitaria, mirato alla definizione degli accertamenti previsti per ogni singolo lavoratore esposto a rischi specifici
- l'esecuzione degli accertamenti sanitari
- l'aggiornamento di un data base della sorveglianza sanitaria dei lavoratori con indicazione per ogni lavoratore dei reparti presso cui svolge e ha svolto la propria attività, dell'attività cui è o è stato adibito, dell'elenco dei rischi specifici individuati, della periodicità dei controlli, della data dei controlli
- la valutazione dell'idoneità dei lavoratori ai ruoli.

4.5.3.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI LAVORATIVI INTERESSATI DALLA SORVEGLIANZA SANITARIA

Il RSPP individua gli ambiti lavorativi e i lavoratori da includere nel piano di sorveglianza sanitaria tenendo anche conto della:

- Normativa applicabile secondo quanto previsto dal processo 3.1
- Segnalazioni di RLS secondo quanto previsto dal processo 4.3
- Denunce di malattie professionali effettuate dall'Azienda

NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il DL individua e nomina il MC in possesso dei requisiti prescritti dalla legge; l'incarico viene comunicato all'interessato e da questi sottoscritto.

INFORMAZIONI NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Al MC sono fornite dal DL i seguenti documenti:

- copia dell'ultima revisione del DVR
- l'elenco nominativo dei lavoratori e delle attività loro assegnate
- i risultati di eventuali indagini ambientali effettuate presso gli impianti produttivi
- eventuali indagini sanitarie precedenti
- l'elenco dei DPI in dotazione ai lavoratori
- l'elenco delle malattie professionali denunciate.

Il MC, anche al fine della pianificazione della sorveglianza sanitaria, visita almeno due volte l'anno gli ambienti di lavoro dell'azienda in collaborazione con il RSPP e con i RLS; il sopralluogo prevede la redazione di un apposito verbale che costituisce un allegato al DVR.

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

A seguito delle informazioni ricevute il MC definisce il programma di sorveglianza sanitaria con gli accertamenti previsti per ogni singolo lavoratore, esposto a uno o più rischi specifici.

La periodicità dei controlli tiene conto delle normative applicabili (processo 3.1), fatte salve prescrizioni e/o diverso parere del MC.

ESECUZIONE DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI

Nell'ambito dell'effettuazione degli accertamenti sanitari il MC:

- predispone e/o aggiorna il libretto sanitario e di rischio per ogni lavoratore
- predispone e/o aggiorna il registro accertamenti sanitari al termine di ogni ciclo di visite mediche con espressione del giudizio di idoneità
- individua prescrizione di visite specialistiche ove necessarie
- in caso di idoneità con limitazione o prescrizione di inidoneità redige certificato specifico, da consegnare al DL ed al lavoratore.

Nella certificazione contenente il giudizio d'idoneità specifica al ruolo/attività deve essere indicato che il lavoratore è stato informato della possibilità di ricorso all'organo di vigilanza per la revisione del giudizio entro 30 giorni.

Annualmente il MC predispone una relazione con la quale informa il Datore di Lavoro dell'esito collettivo della sorveglianza sanitaria.

I libretti sanitari e di rischio del lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, i referti analitici e strumentali ed eventuali altri documenti relativi agli accertamenti sanitari, vengono custoditi dal MC presso l'Organizzazione, con salvaguardia del segreto professionale e della privacy.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE E DI PROTEZIONE

Gli interventi di prevenzione e protezione, prima di essere attuati, devono essere sottoposti, nell'ambito

della struttura organizzativa per la gestione della sicurezza, al MC per una valutazione della loro efficacia.

La richiesta di valutazione viene effettuata dal RSPP su apposito modulo, sul quale il MC dovrà apporre il proprio giudizio motivato sugli interventi proposti ed eventuali suggerimenti e/o correzioni.

Il RSPP tiene conto di quanto espresso dal MC nel modulo. Il modulo di richiesta valutazione è conservato dal RSPP.

DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

Nel caso di denuncia di malattia professionale, il MC fornisce all'Organizzazione tutta la documentazione inerente alla sorveglianza sanitaria del lavoratore.

FLUSSO INFORMATIVO DEI RISULTATI DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI

Il MC:

- comunica al DL e al RSPP i risultati complessivi della sorveglianza sanitaria
- consegna i certificati e gli esami analitici al lavoratore e provvede all'inserimento degli stessi nel libretto sanitario.

Il MC informa ogni lavoratore:

- prima dell'esecuzione della visita medica, degli scopi della stessa
- dei rischi specifici a cui è esposto e delle misure preventive messe in atto per tutelare la sua salute.

Ogni lavoratore:

- ha il diritto di ricevere dal MC copia degli esami da lui eseguiti
- ha il diritto di richiedere visita medica straordinaria, attraverso il proprio dirigente.

DATA BASE DEI DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI

L'Organizzazione gestisce un data base dei lavoratori con indicazione per ogni lavoratore dei reparti presso cui svolge e ha svolto la propria attività, dell'attività cui è o è stato adibito, dell'elenco dei rischi specifici individuati, della periodicità dei controlli, della data dei controlli.

Il data base viene aggiornato sulla scorta delle informazioni comunicate dal MC, dal dirigente competente e da quelle di cui è in possesso; in particolare:

- dati anagrafici del lavoratore e dati relativi alla mansione lavorativa
- le attività a cui è assegnato il lavoratore
- i rischi specifici a cui è sottoposto il lavoratore, la tipologia e la periodicità degli accertamenti sanitari, le date degli accertamenti e le eventuali limitazioni alle attività lavorative.

PARTECIPAZIONE ALLA RIUNIONE PERIODICA DI SICUREZZA

Il MC partecipa alla riunione periodica di sicurezza e fornisce informazioni sull'esito della sorveglianza sanitaria, nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

A titolo di esemplificazione si elencano possibili indicatori di performance in tema di sorveglianza sanitaria:

- Andamento delle malattie professionali denunciate
- Rapporto malattie professionali riconosciute / mp denunciate
- N° lavoratori idonei / N° lavoratori totali
- N° accertamenti eseguiti / N° accertamenti pianificati
- N° visite idoneità / N° cambi di mansione

4.5.3.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- CCNL e contrattazione aziendale

- Norma OHSAS 18001
- Linea Guida SGSL - UNI INAIL
- Manuale del SGSL-AR

ALTRI RIFERIMENTI

- Politica per la salute e la sicurezza - processo 2
- Identificazione e gestione della legislazione applicabile - processo 3.1
- Comunicazione, Consultazione, Partecipazione e rapporto con l'esterno - processo 4.3

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Libretto personale degli accertamenti sanitari
- Data base dei lavoratori sulla sorveglianza sanitaria
- Verbale di sopralluogo negli ambienti di lavoro da parte del MC
- Modulo di richiesta di verifica dell'efficacia degli interventi di prevenzione e/o protezione
- Procedure operative aziendali

4.5.3.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

Le azioni necessarie per la sorveglianza sanitaria sono svolte per quanto di rispettiva competenza dal MC, in collaborazione con i Dirigenti, il RSPP, sentiti i RLS.

4.5.3.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

4.5.4 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI

4.5.4.1 SCOPO

Definire i criteri di individuazione, selezione, assegnazione, prelievo, conservazione dei Dispositivi di Protezione Individuale al fine di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, in tutte le condizioni operative.

4.5.4.2 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Fornire al lavoratore i DPI idonei all'attività lavorativa condotta ed assicurarne l'uso ed il corretto utilizzo, anche attraverso training specifico.

Garantirne la disponibilità e controllarne la distribuzione e la conservazione.

Garantire informazione, formazione e addestramento dei lavoratori sull'uso delle dotazioni assegnate.

4.5.4.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'identificazione dei Dispositivi di Protezione Individuale deve essere fatta tenendo in considerazione la valutazione dei rischi di salute e la sicurezza, attraverso un'analisi sistematica di:

- prassi e modalità di svolgimento delle attività lavorative
- risultanze delle valutazioni di rischio
- risultanze della Sorveglianza Sanitaria
- analisi delle non conformità operative
- tipologia dei rischi ed eventuali effetti sinergici tra i diversi fattori
- comunicazione e condivisione delle informazioni
- eventuali prescrizioni particolari del medico competente
- misure di prevenzione e protezione adottate
- caratteristiche tecniche ed aspetti ergonomici dei DPI presenti sul mercato
- informazioni da letteratura tecnica.

L'obbligo di uso dei DPI, inoltre, deve essere richiamato da apposita segnaletica.

L'utilizzo dei dispositivi di protezione deve essere esteso anche al personale delle ditte appaltatrici e dei visitatori in relazione alle specifiche attività.

Per i DPI per cui il costruttore ha specificato la data di scadenza, quest'ultima deve essere verificata prima di procedere alla consegna del DPI al lavoratore e periodicamente controllata.

Deve essere, inoltre, costantemente verificato:

- il corretto utilizzo dei DPI da parte dei lavoratori
- la custodia dei DPI in luogo idoneo, quando non utilizzati.

I DPI devono essere mantenuti efficienti ed in condizioni igieniche idonee, secondo le istruzioni contenute nella nota informativa rilasciata dal fabbricante. Per tutti i dispositivi che necessitano di manutenzione, deve essere tenuto un apposito registro relativo all'immagazzinamento ed alla manutenzione.

Il programma di manutenzione dovrebbe comprendere:

- ispezione per l'accertamento di eventuali difetti
- pulizia e disinfezione
- condizioni per l'idoneo immagazzinamento.

La verifica e segnalazione del mancato o non corretto utilizzo dei DPI è effettuata tramite apposita procedura.

L'Organizzazione provvede alla gestione dei DPI, degli indumenti DPI e dell'abbigliamento da lavoro attraverso le seguenti procedure:

- redazione e aggiornamento di un catalogo dei DPI
- assegnazione
- registrazione delle segnalazioni su difetti e malfunzionamenti
- manutenzione dei DPI e degli indumenti DPI e controllo
- riconsegna e smaltimento.

I DPI devono:

- essere adeguati ai rischi da prevenire e alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro
- tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore
- in caso di rischi multipli che richiedono l'uso simultaneo di più DPI, devono essere tra loro compatibili e tali da mantenere, anche nell'uso simultaneo, la propria efficacia.

4.5.4.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida nazionali e internazionali in materia di SSL; Linee di indirizzo SGSL-AR
- Norme tecniche e standard di riferimento interni
- Manuale del SGSL-AR

ALTRI RIFERIMENTI

- Procedura per l'analisi della valutazione dei rischi salute e sicurezza - processo 3.2
- Procedure per la gestione dei cambiamenti - processo 4.5.2
- Classificazione delle aree pericolose - ATEX
- Sorveglianza sanitaria - processo 4.5.3
- Audit - processo 5.3
- Infortuni e incidenti - processo 5.2

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Dispositivi di Protezione Individuale (processo 4.5.4)
- Documento di Valutazione dei Rischi
- Registrazione di scelta e consegna del DPI
- Piano di monitoraggio - Salute

Ove applicabile:

- Rapporto di sicurezza
- Piano di sicurezza
- Norme e standard interni

4.5.4.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- rendere disponibili i DPI previsti
- fornire il supporto tecnico/strutturale e le adeguate risorse necessari alla corretta gestione dei DPI assicurando l'approvvigionamento, la consegna, la conservazione in condizioni di igiene e pulizia, la manutenzione (ove richiesta), l'informazione preliminare al lavoratore sui rischi dai quali il DPI lo protegge, la formazione e l'addestramento circa il corretto utilizzo dei DPI
- approvare l'introduzione di nuove tipologie di DPI

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI

- consegnare, verificare l'efficienza, la manutenzione ed il corretto uso dei DPI
- **RSPP** definire sulla base della valutazione dei rischi il tipo e le caratteristiche minime dei dispositivi di protezione individuale
- collaborare alla verifica del rispetto del corretto uso dei DPI

- informare i Rappresentanti dei Lavoratori (RLS) sugli esiti delle valutazioni e sulle scelte adottate, nel corso delle riunioni periodiche
- coordinare incontri periodici della struttura aziendale per la gestione della sicurezza per aggiornare le liste dei DPI
- collaborare alla verifica del rispetto delle procedure e delle prestazioni e riportare i risultati al Datore di Lavoro.

ASPP

- collaborare con il RSPP, sulla base della valutazione dei rischi, alla scelta dei DPI
- verificare, insieme al lavoratore, la loro idoneità in campo.

MEDICO COMPETENTE

- effettuare accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni all'uso dei DPI
- partecipare alla scelta dei DPI per la parte di sua competenza

RLS

Deve essere consultato sulla scelta dei DPI

4.5.4.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

A titolo esemplificativo, si elencano indicatori di performance sulla dotazione di DPI:

- numero di non conformità rilevate sull'uso dei DPI (uso non corretto)
- variazione della durata di vita attesa del DPI rispetto a quella effettiva (tempi di ricambio).

4.6 PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE SITUAZIONI DI EMERGENZA

4.6.1 SCOPO

Definire criteri, modalità organizzative e responsabilità per stabilire e mantenere attivi piani e procedure atti ad individuare i possibili scenari di emergenza e le risposte conseguenti.

4.6.2 OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI

Prevenire e/o ridurre possibili danni che potrebbero essere associati alle situazioni di emergenza.

4.6.3 ELEMENTI DI SISTEMA

Il piano di emergenza è un documento che dettaglia le responsabilità e le modalità operative per la gestione delle emergenze possibili, a partire dagli scenari incidentali di riferimento. Il sistema di gestione delle emergenze è elaborato tenendo conto dei seguenti fattori:

- valutazione dei rischi;
- individuazione e valutazione di aspetti ambientali in condizioni di emergenza;
- esperienza storica interna/esterna;
- evidenze di emergenze/incidenti pregressi;
- rinvenimento di sostanze pericolose.

Con la finalità di approntare le misure da attuare in risposta alle situazioni di emergenza, l'azienda organizza risorse umane, strutture, mezzi ed equipaggiamenti come di seguito dettagliato.

INCARICATI ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE E PER IL PRIMO SOCCORSO

Gli operatori incaricati per la gestione delle emergenze e per il primo soccorso sono designati fra i lavoratori presenti in azienda e devono ricevere una specifica formazione per intervenire in situazioni di emergenza. Essi devono essere immediatamente disponibili all'occorrenza; la pronta disponibilità è intesa come presenza fisica sempre assicurata all'interno degli ambienti di lavoro.

La qualificazione professionale e il relativo addestramento, devono essere direttamente correlati al compito da svolgere in fase di emergenza.

Il ruolo principale di questi operatori è quello di fronteggiare rapidamente e tecnicamente l'evento e ridurre per quanto possibile i danni, utilizzando i mezzi e l'equipaggiamento predisposti dal datore di lavoro e costituiti da:

- mezzi personali di protezione;
- mezzi di salvataggio; attrezzature antincendio, comprensive sia di sistemi fissi distribuiti capillarmente nello stabilimento che di sistemi mobili;
- attrezzature necessarie per fronteggiare l'emergenza; infermeria, attrezzature e mezzi di primo soccorso, necessari per intervenire in caso di infortunio;
- specifica segnaletica e cartellonistica;
- centri di raccolta per il personale evacuato.

Il Piano di emergenza dovrà trattare almeno i seguenti aspetti:

- individuazione degli scenari incidentali di riferimento e delle conseguenti emergenze verificabili, comprese le emergenze ambientali;
- istruzioni finalizzate ad affrontare i diversi scenari incidentali individuati, sia durante sia al di fuori dell'orario di lavoro;
- individuazione di sistemi sensibili, la cui interruzione può comportare problemi di sicurezza nonché di continuità nell'erogazione di servizi (p.e. sale controllo);
- nominativi dei componenti delle squadre per la gestione delle emergenze, compreso il Responsabile dell'emergenza;
- comportamenti da adottare in caso di emergenza da parte del personale dipendente senza ruolo attivo, compresi i clienti, i visitatori e il personale delle ditte esterne eventualmente presenti;
- modalità di allertamento e di messa in sicurezza del personale disabile eventualmente presente;
- DPI e presidi d'emergenza fissi e mobili necessari per lo svolgimento delle attività previste, e loro localizzazione;
- planimetrie indicanti i presidi d'emergenza, i punti di raccolta e le vie di fuga;
- modalità di comunicazione e coordinamento in emergenza, compresa quella con le autorità esterne; nello schema relativo alle modalità di comunicazione devono essere evidenziati i flussi comunicativi intercorrenti fra le diverse funzioni che partecipano alla gestione delle emergenze;
- azioni da porre in essere al termine dell'emergenza, fra cui la valutazione delle eventuali azioni di bonifica e la gestione dei rifiuti derivanti.

La suddivisione e classificazione delle diverse tipologie di emergenza è definita, in termini di salute e sicurezza degli operatori, in base alla gravità ipotizzabile dello scenario incidentale, al contesto ambientale (siti di più aziende contigue e/o interagenti) e/o in riferimento allo svolgimento delle attività lavorative.

In base alla gravità ipotizzabile, è possibile la suddivisione in classi, ad esempio:

- situazioni incidentali localizzate in una limitata area di impianto, che non implicano pericoli per le persone;
- scenario che coinvolge una zona d'impianto non limitata, che può comportare conseguenze per la sicurezza dei lavoratori presenti nel sito, e per la cui gravità è necessario l'intervento di mezzi e personale appositamente addestrato;
- scenario incidentale che può comportare rilevanti effetti anche nelle aree limitrofe non di pertinenza del sito.

In base alla classificazione dell'emergenza sono predisposti le azioni e gli strumenti di risposta.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla formazione e all'addestramento del personale coinvolto, che deve risultare in grado di adottare le adeguate misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza. In particolare il Piano dovrà sempre prevedere la gestione delle seguenti situazioni.

EVACUAZIONE DEL SITO

Descrive le modalità di evacuazione, per grado di emergenza, per tutto il personale non appartenente all'organizzazione dell'emergenza. Nel piano dovranno essere censiti e localizzati i centri di raccolta e le vie di esodo e dovranno essere contenute raccomandazioni relative agli atteggiamenti da tenere durante l'evacuazione.

PRIMO SOCCORSO A PERSONE INFORTUNATE

Definisce all'interno del Piano una sezione specifica relativa al primo soccorso per eventuali infortuni avvenuti a causa dell'emergenza; essa deve tener conto delle risorse e delle strutture disponibili all'interno o in zone limitrofe al sito, e contenere una planimetria con evidenziati possibili accessi e percorsi per i mezzi di soccorso.

PIANO DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE INCARICATO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Devono essere previsti piani di formazione e di addestramento del personale coinvolto nelle emergenze e, in generale, occorre procedere all'informazione di tutti i lavoratori in situ sui contenuti del Piano di emergenza.

SEGNALAZIONE

La segnalazione di una situazione di emergenza può essere effettuata con qualsiasi strumento ritenuto opportuno dall'organizzazione (altoparlanti, telefono, pulsanti, ecc.) purché siano specificati gli elementi da comunicare; elementi essenziali sono:

- dati identificativi del segnalatore;
- esatta localizzazione dell'emergenza;
- eventuale presenza di infortunati.

ALLERTAMENTO

Dopo la segnalazione, e a seconda del livello di emergenza, è necessario allertare:

1. il personale presente nel sito tramite modalità adeguate (sirene, lampeggianti, megafoni, ecc.);
2. l'organizzazione dell'emergenza (tramite telefono, cercapersone, cellulare, ecc.);
3. gli enti esterni nei casi previsti (tramite telefono, cellulare, ecc.).

È opportuno che siano disponibili delle liste con recapiti aggiornati contenenti gli elenchi dei nominativi previsti nei precedenti punti 2 e 3.

RISPOSTA

È necessario definire le azioni di risposta rispetto a:

- attacco diretto all'emergenza (lotta al fuoco, interruzione della dispersione di sostanze inquinanti, ecc.);
- azioni operative a carico delle varie strutture dell'organizzazione.

La risposta all'emergenza dovrà prevedere anche in quali casi attivare i Piani di Evacuazione e di Primo Soccorso (parti integranti della procedura).

CESSATO ALLARME

Nel momento in cui il Responsabile dell'emergenza, avendo verificato che siano state ripristinate le condizioni di sicurezza, ritiene cessato l'allarme, l'avviso di cessato allarme è diramato a tutto il personale, con l'invito a riprendere le normali attività.

RIPRISTINO E DISINQUINAMENTO

Dovrà essere prevista la possibilità di effettuare eventuali bonifiche e ripristini a seguito dell'evento occorso, al fine di ristabilire le condizioni precedenti il verificarsi dell'emergenza.

RAPPORTO FINALE

È opportuno prevedere uno studio finale che, valutando i dati rilevati, risalga alle cause che possono aver generato l'emergenza e prospetti soluzioni tecniche e metodologiche atte ad evitare il ripetersi di simili eventi. Tale studio è poi diffuso attraverso l'emissione di rapporti sintetici.

A titolo d'esempio sono riportati possibili indicatori di performance:

- numero di prove di emergenza simulata svolte nell'anno;
- numero di osservazioni conseguenti alle prove di emergenza simulata;
- numero di osservazioni prese in considerazione / numero di osservazioni totali.

4.6.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Istruzioni operative previste dal Rapporto di Sicurezza.
- Comunicazioni intercorse con gli enti esterni.
- DVR.
- Manuale del SGSL-AR
- Procedure operative.

RIFERIMENTI

- Analisi iniziale, identificazione dei pericoli, valutazione e individuazione delle misure di prevenzione e protezione - processo
- Registrosi/Documenti prodotti
- Piani di emergenza, formazione e addestramento del personale incaricato per la gestione delle emergenze, comunicazione con l'esterno ecc..
- Verbali delle esercitazioni di emergenza.
- Segnalazione di emergenza (su modulo cartaceo, o su supporto magnetico in caso di registrazione telefonica, ecc.).

4.6.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO E DIRIGENTI

- Approvano i Piani di emergenza, formazione e addestramento del personale incaricato per la Gestione delle emergenze, comunicazione con l'esterno.
- Designano, qualora previsto, il Responsabile dell'emergenza.
- Nominano gli incaricati per la gestione delle emergenze.
- Organizzano strutture, mezzi ed equipaggiamenti necessari alla gestione delle emergenze.
- Assicurano tempi e risorse per una corretta ed adeguata pianificazione ed esecuzione delle prove pratiche delle emergenze.

- Assicurano la formazione del responsabile e degli incaricati per la gestione delle emergenze.
- Assicurano il possesso delle necessarie autorizzazioni/certificazioni richieste in materia di gestione delle emergenze (p.e. CPI, agibilità, verifiche iniziali impianti antincendio, ecc.).

PREPOSTI

- Si attengono a quanto previsto dal Piano di emergenza.
- Sovrintendono e vigilano sull'osservanza, da parte dei singoli lavoratori, delle disposizioni contenute nel Piano di emergenza.

RESPONSABILE DELL'EMERGENZA

- Stabilisce quale sia il livello dell'emergenza ai fini della individuazione delle azioni previste dal Piano di emergenza che devono essere attivate.
- Cura l'elaborazione e l'aggiornamento del Piano di emergenza, formazione e addestramento del personale incaricato per la gestione delle emergenze, comunicazione con l'esterno.
- Individua le necessità tecnico-gestionali finalizzate alla gestione delle emergenze o al loro miglioramento nell'ambito del Piano di emergenza.
- Pianifica, effettua e riesamina le prove annuali del Piano di emergenza.
- Svolge un ruolo direttivo nella fase di gestione dell'evento incidentale,
- Svolge un ruolo rappresentativo nel caso di rapporti con le autorità in assenza del Datore di Lavoro.
- Verifica la presenza del numero minimo di incaricati per la gestione delle emergenze previste.
- Assicura la corretta applicazione del Piano di emergenza, nel caso di accadimento di scenari di emergenza.
- Pianifica, effettua e riesamina le prove annuali del Piano di emergenza.

INCARICATI PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

- Mettono in sicurezza l'impianto interessato, eventualmente procedendo ad una messa in sicurezza d'emergenza dietro ordine del Responsabile dell'emergenza.
- Attivano le misure in materia di emergenza e si attengono a quanto previsto dagli appositi Piani/Procedure e Istruzioni di Emergenza.

RSPP

- Collabora con il Responsabile dell'emergenza, mettendo a disposizione le informazioni di sua competenza utili per la corretta gestione delle emergenze.
- Informa il Responsabile dell'emergenza degli aggiornamenti della valutazione dei rischi.
- Aggiorna la VdR a seguito dell'accadimento di situazioni di emergenza o a seguito delle risultanze delle prove pratiche.

4.6.6 MECCANISMO DI VERIFICA

È necessario pianificare le esercitazioni con cadenza periodica, simulando gli scenari incidentali previsti dal DVR e l'attuazione dei meccanismi previsti dal Piano di Emergenza.

L'esito delle prove di emergenza simulata può evidenziare la necessità di procedere al riesame di piani e procedure, ad adeguamenti impiantistici e rinnovo attrezzature, all'aggiornamento della formazione e dell'addestramento, allo svolgimento di incontri con gli addetti e il personale. Eventuali osservazioni possono essere inserite nel piano di miglioramento al fine di prendere in considerazione tutti gli aspetti legati alla gestione delle emergenze.

L'organizzazione è chiamata a riesaminare i propri piani e procedure di preparazione e risposta alle emergenze anche dopo che sono occorsi incidenti o situazioni di emergenza. In tal caso le osservazioni da inserire nel piano di miglioramento possono derivare da incontri con le squadre di emergenza e con il personale e scaturiscono dall'analisi dell'evento, delle sue cause e dei relativi effetti, dei tempi e dei soggetti coinvolti.

Esempi di indicatori di prestazione possono essere i seguenti:

- numero prove di emergenza svolte/pianificate;
- tempi/costi della revisione del piano di emergenza a seguito della prova;
- numero di emergenze verificatesi nel periodo di riferimento;
- entità dei danni causati dalle emergenze verificatesi;
- esiti delle prove di evacuazione;
- efficacia dei sistemi di protezione durante il verificarsi di una emergenza;
- non conformità rilevate nei sistemi di protezione.

5. VERIFICA

5.1 SORVEGLIANZA E MISURAZIONI

5.1.1 SCOPO

Identificare e mantenere attive procedure per:

- monitorare e misurare le prestazioni aziendali in termini di gestione della sicurezza;
- vigilare sulla corretta attuazione del modello;
- identificare attività non conformi e comportamenti scorretti, anche dal punto di vista della corretta attuazione della legislazione di tutela della sicurezza e dell'igiene del lavoro, da sottoporre ad idonea valutazione per l'eventuale applicazione di sanzioni disciplinari.

5.1.2 RISULTATI ATTESI

Valutare in maniera sistematica le prestazioni aziendali in termini di gestione sicurezza.

Aumentare la capacità della Organizzazione di stabilire strategie ed obiettivi operativi realmente efficaci per il miglioramento delle prestazioni di sicurezza.

Migliorare l'efficace attuazione del MOG e sanzionare, ove appropriato e sentendo in merito anche i RLS/RLST, i comportamenti scorretti soprattutto rispetto all'applicazione della legislazione di tutela della sicurezza e dell'igiene del lavoro.

5.1.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La valutazione delle prestazioni di sicurezza è elemento centrale per il SGSL.

Tale valutazione deve basarsi su elementi numerici, oggettivi e soprattutto confrontabili nel tempo.

A tale scopo devono essere definiti, anche a seguito di consultazione dei RLS/RLST:

- gli indicatori rappresentativi per l'Organizzazione dal punto di vista della Gestione della sicurezza
- le modalità e le responsabilità di analisi e archiviazione dei dati necessari al calcolo degli indicatori.

L'Organizzazione tiene sotto controllo le sue attività attraverso rilevazioni e misure così come indicato nel processo 4.5 - Controllo operativo- ed in particolare nel processo 4.5.1 - Procedure operative. I dati che emergono da questa attività di monitoraggio e controllo sono necessari ai fini ed agli scopi del presente paragrafo.

Le procedure di controllo operativo e monitoraggio, con i relativi esiti, sono trasmesse all'OdV per le valutazioni di competenza.

5.1.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- CCNL e contrattazione aziendale
- Norma OHSAS 18001
- Linea Guida SGSL – UNI INAIL
- Manuale del SGSL-AR

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Tabella/registro indicatori
- Scadenario attività di sorveglianza
- Registro degli indicatori

5.1.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

ALTA DIREZIONE

- approvare gli indicatori e lo scadenario
- acquisire i risultati del monitoraggio e valutarli al fine di riesaminare prestazioni aziendali in termini di gestione sicurezza e programmare il miglioramento continuo
- acquisire le segnalazioni dell'OdV e valutare l'applicazione del codice disciplinare e del sistema sanzionatorio interno

ORGANISMO DI VIGILANZA

- vigilare, attuando le procedure di controllo previste, sull'effettività del MOG al fine di assicurare che i comportamenti posti in essere nell'azienda corrispondano a quanto definito
- monitorare l'efficacia del Modello verificando l'idoneità del modello predisposto nel prevenire il verificarsi dei reati di cui all'art. 300 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.
- aggiornare il MOG recependo gli adeguamenti conseguenti al verificarsi di mutamenti ambientali e/o organizzativi dell'azienda
- promuovere e contribuire all'aggiornamento e adeguamento continuo del Modello e del sistema di vigilanza sull'attuazione dello stesso
- assicurarsi i flussi informativi di competenza
- elaborare un programma di vigilanza, in coerenza con i principi contenuti nel Modello, nell'ambito dei vari settori di attività avendo come prioritario riferimento gli esiti delle attività di monitoraggio e misurazione e, soprattutto, di audit interno e, ove previsto, degli audit di terza parte
- assicurare l'attuazione degli interventi di controllo programmati e non programmati
- stendere un Verbale delle attività di controllo svolte e comunicarne gli esiti all'Alta Direzione soprattutto nei casi in cui si ritenga opportuna l'applicazione del codice disciplinare e del sistema sanzionatorio interno

Nello svolgimento dei compiti, l'Organismo di Vigilanza ha accesso senza limitazioni alle informazioni aziendali per le attività di indagine, analisi e controllo. E' fatto obbligo di informazione, in capo a qualunque funzione aziendale, dipendente e/o componente degli organi sociali, il verificarsi di eventi o circostanze rilevanti ai fini nello svolgimento delle attività di controllo.

DATORE DI LAVORO

- promuove e verifica l'individuazione degli indicatori, l'elaborazione dello scadenario e l'attuazione delle relative attività programmate e le loro registrazioni
- trasmettere all'OdV gli esiti dei monitoraggi e delle misurazioni effettuate

DIRIGENTI

- collaborare all'individuazione degli indicatori e dello scadenario ed applicare le attività programmate e loro registrazione

PREPOSTI

- applicare le attività programmate e loro registrazione

RSPP/RSGL

- collaborare alla definizione degli indicatori e delle attività di monitoraggio e misurazione necessarie per la valutazione delle prestazioni aziendali in termini di gestione sicurezza ed applicare e registrare quelle di relativa pertinenza.

RLS/RLST

- Partecipare alla consultazione inerente la definizione ed alla misura degli indicatori aziendali.
- Intervenire nel processo sanzionatorio dei comportamenti scorretti soprattutto rispetto all'applicazione della legislazione di tutela della sicurezza e dell'igiene del lavoro

5.1.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

A titolo esemplificativo, si elencano indicatori di performance:

- Numero sanzioni da parte degli enti di controllo esterni o comminate dall'interno dell'organizzazione
- Incidenti:
 - ✓ Numero delle indagini di incidente
 - ✓ Numero delle azioni correttive
- Quasi Incidenti:
 - ✓ Numero dei quasi incidenti riportati
 - ✓ Numero delle indagini di quasi incidente
 - ✓ Numero delle azioni correttive
- Numero degli aggiornamenti del Documento di Valutazione del Rischio per:
 - ✓ Nuovi processi e/o variazione degli esistenti
 - ✓ Nuovi prodotti, additivi
 - ✓ Nuove Normative
 - ✓ Aggiornamento standard internazionali
- Indice di frequenza infortuni
- Indice di gravità infortuni.

5.1.7 CODICE DISCIPLINARE E SISTEMA SANZIONATORIO INTERNO

La violazione delle norme e disposizioni contenute nel MOG può comportare l'applicazione del codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno che l'Alta Direzione dell'Organizzazione deve emanare. Pertanto, l'Alta Direzione, previa consultazione dei rappresentanti dei lavoratori, definisce e formalizza il codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno, attraverso il quale individuare e sanzionare comportamenti che costituiscono o che possono favorire:

- violazione/elusione del sistema di controllo
- mancato rispetto delle procedure e prescrizioni previste dal MOG
- mancato rispetto degli obblighi previsti dalla legislazione in materia di salute e sicurezza
- commissione di reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro

Il codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno deve definire le sanzioni previste per ogni funzione aziendale ed articularle rispetto alla gravità e reiterazione delle violazioni commesse, in particolare in relazione:

- all'intenzionalità del comportamento
- alla rilevanza della violazione di norme o disposizioni
- al grado di negligenza, imprudenza o imperizia
- al livello delle responsabilità connesse alle mansioni attribuite
- al tipo di conseguenze (ad esempio: danno economico e/o d'immagine aziendale, danno di tipo fisico e di salute delle persone, ecc.).

Nel definire il tipo e l'entità delle sanzioni è opportuno tener conto delle disposizioni previste dal contratto collettivo di lavoro applicato e dallo statuto dei lavoratori di cui alla legge n. 300/70.

L'azienda comunica il proprio sistema disciplinare e sistema sanzionatorio interno a tutti i soggetti interessati quali ad esempio:

- Responsabile del Sistema di Gestione
- Datore di lavoro
- Dirigenti
- Preposti
- Lavoratori
- Auditor/gruppo di audit
- Organismo di vigilanza
- RSPP
- RLS/RLST

L'azienda dovrà inoltre, definire idonee modalità per selezionare, tenere sotto controllo e, ove opportuno, sanzionare collaboratori esterni, appaltatori, fornitori e altri soggetti aventi rapporti contrattuali con l'azienda stessa (nei casi in cui vi sia una qualche rilevanza sulla SSL aziendale).

Perché tali modalità siano applicabili l'azienda deve prevedere che nei singoli contratti siano inserite specifiche clausole applicative con riferimento ai requisiti e comportamenti richiesti ed alle sanzioni previste per il loro mancato rispetto, fino alla risoluzione del contratto stesso.

5.2 INFORTUNI, INCIDENTI, SITUAZIONI PERICOLOSE, NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ED AZIONI PREVENTIVE

5.2.1 SCOPO

Definire i criteri, le modalità organizzative e le responsabilità che l'Organizzazione adotta per gestire ogni evento incidentale, infortunio e non conformità a normative, procedure e buone prassi in tema di SGSL-AR, riscontrate in occasione di audit o durante il controllo operativo

5.2.2 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Intraprendere le azioni opportune a prevenire e correggere le non conformità riscontrate durante le attività di monitoraggio e sorveglianza pianificate, nel presupposto che il corretto trattamento delle non conformità costituisce elemento indispensabile per il funzionamento nel tempo del sistema di gestione sicurezza e consente di mantenere la capacità del sistema di migliorare i livelli di sicurezza.

5.2.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'Organizzazione:

- identifica, registra e cataloga gli incidenti e gli infortuni, nonché le non conformità al sistema aziendale di gestione, in modo uniforme in tutte le unità produttive
- intraprende le azioni opportune a correggere e prevenire le non conformità riscontrate durante le attività di monitoraggio e sorveglianza pianificate.

Le non conformità possono presentarsi con modalità diverse e richiedere diverse modalità di trattamento. A titolo esemplificativo riportiamo qui di seguito alcune tipologie:

- non conformità riscontrate durante il controllo operativo:
 - richiedono un intervento immediato per il ripristino delle condizioni corrette, sia da parte

dell'operatore, se questo rientra nelle sue competenze e capacità, sia da parte del superiore gerarchico. Le non conformità riscontrate nel monitoraggio previsto dalle procedure richiedono l'immediata segnalazione al superiore gerarchico ed al RSPP/RSGSL per l'opportuno intervento per la rimozione del problema tecnico o organizzativo riscontrato.

- non conformità riscontrate in occasione di audit interni pianificati in relazione agli obiettivi individuati in sede di riesame della direzione:
 - richiedono un riesame della correttezza delle procedure o istruzioni, della loro effettiva applicazione e delle azioni di informazione, formazione e sensibilizzazione attuate, anche per l'applicazione dei provvedimenti correttivi previsti.
- sanzioni/prescrizioni comminate da Enti di controllo esterni:
 - richiedono la comunicazione immediata del provvedimento alla direzione aziendale, l'attivazione del sistema di gestione interna e del sistema di prevenzione e protezione per la risoluzione delle non conformità entro i limiti imposti nel verbale di sanzione/prescrizione e dei requisiti di legge applicabili.

Al fine di correggere le non conformità e prevenire infortuni, malattie professionali, incidenti, situazioni pericolose e comportamenti insicuri del personale è opportuno sviluppare specifiche procedure, alcune tipologie delle quali, a titolo di esempio, vengono di seguito elencate:

- procedura di gestione e trattamento degli incidenti e dei quasi incidenti: indica tempi e modalità per il trattamento degli incidenti individuando azioni da porre in atto nell'immediato e/o nelle ore/giorni seguenti
- procedura di registrazione, archiviazione e conservazione dei dati infortunistici comprensivi di infortuni compresi quelli con prognosi inferiore ad un giorno risolvibili con semplici medicazioni
- procedura di classificazione degli infortuni, dei rischi lavorativi ed elaborazione statistica dei dati da trasmettere secondo le modalità indicate dall'Organizzazione
- procedura per il trattamento delle non conformità: indica tempi e modi per la gestione delle non conformità riscontrate in base alla gravità delle stesse
- procedura di pianificazione delle misurazioni e degli audit interni in relazione a:
 - politica del sistema
 - obiettivi del SGSL
 - indicatori di prestazione.

Al verificarsi di un incidente il responsabile di funzione avvia immediatamente le azioni correttive necessarie e segnala l'accaduto e l'intervento attuato al RSPP/RSGSL.

5.2.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Obiettivi per la sicurezza
- Sanzioni/prescrizioni degli Enti di controllo esterni
- Manuale del SGSL-AR
- Politica del SGSL-AR
- Obiettivi di SGSL-AR
- Registro Infortuni
- Sanzioni/prescrizioni degli Enti di controllo esterni
- Rapporti di avvenuto incidente o quasi incidente
- Rapporti di non conformità riscontrate
- Rapporto delle attività di monitoraggio
- Codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Rapporti di avvenuto incidente o quasi incidente

- Rapporti di non conformità riscontrate
- Rapporto delle attività di monitoraggio

5.2.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

RSGSL

- Acquisire i rapporti e analizzarli per relazionare all'alta direzione e formulare proposte di miglioramento

DATORE DI LAVORO

- Approvare le azioni correttive nella propria unità produttiva e valutarne l'efficacia
- Aggiornare la valutazione dei rischi ed il DVR
- Relazionare all'alta direzione e formulare proposte di miglioramento

DIRIGENTI

- Applicare le attività programmate per prevenzione e correzione non conformità
- Attuare le procedure di rilevazione, trascrizione, conservazione e trasmissione dei dati.
- Segnalare l'evento (infortuni, incidenti, situazioni pericolose, comportamenti insicuri del personale, non conformità)
- Attuare le attività programmate per prevenzione e correzione delle non conformità.
- Attuare le procedure.
- Al verificarsi di un incidente avviare immediatamente le azioni correttive necessarie.

RSPP

- Analizzare le non conformità segnalate o riscontrate e stabilirne le cause tecniche, comportamentali e/o organizzative; sulla base di questa analisi elaborare e proporre le variazioni alle procedure.
- Pianificare le attività di monitoraggio.

PREPOSTI E LAVORATORI

- Segnalare l'evento (infortuni, incidenti, situazioni pericolose, comportamenti insicuri del personale, non conformità)
- Applicare le attività programmate per prevenzione e correzione delle non conformità
- Applicare le procedure.

5.2.6 MECCANISMO DI VERIFICA

- Piano di monitoraggio e controllo mediante audit di sicurezza.

5.3 AUDIT

5.3.1 SCOPO

Garantire che il Sistema di Gestione Sicurezza sia:

- conforme ai requisiti delle norme di riferimento (legislazione e standard)
- conforme alle politiche adottate in termini di gestione sicurezza e a quanto pianificato dall'Organizzazione
- propriamente implementato e mantenuto
- efficace nel soddisfare la politica e gli obiettivi.

5.3.2 RISULTATI ATTESI

Rispetto dei requisiti di legge e/o delle norme volontarie. tramite procedure che, verificando i processi interni del SGSL, permettano di mettere in atto eventuali azioni correttive e/o preventive per l'azione di miglioramento continuo e la verifica della sua attuazione.

5.3.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Per l'effettuazione degli audit interni devono essere definiti:

- i profili professionali degli auditors e dei lead auditors (istruzione ed esperienza lavorativa);
- nel caso di personale interno, creazione di un eventuale albo di auditors e lead auditors e modalità di gestione in merito al mantenimento delle loro competenze, mantenimento dell'iscrizione all'albo, qualificazione come lead auditor;
- le modalità del coinvolgimento di tutte le parti interessate (RLS, Medico Competente, Funzioni aziendali competenti, etc, etc...);
- le modalità di conduzione dell'audit;
- la programmazione periodica delle verifiche (frequenza, processi da sottoporre a verifica e inserimento di nuovi processi, ecc.);
- pianificazione di dettaglio delle visite di audit;
- gli elementi fondamentali degli audit (non conformità, correzione/trattamento, requisito, azione correttiva, azione preventiva, ecc...);
- la modalità di chiusura dell'audit (compresa la redazione del Rapporto di Audit);
- le modalità di gestione delle non conformità e delle azioni di miglioramento, definendo i tempi di intervento;
- la classificazione dei risultati dell'audit per i processi verificati e, nel caso di non conformità, il riferimento all'aspetto violato (sicurezza e salute, ambiente, qualità, prevenzione degli incidenti rilevanti).

5.3.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida SGSL UNI- INAIL
- OHSAS 18001
- UNI 19011
- Manuali dei sistemi di gestione

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- Rapporti di audit
- Attestazioni di formazione per auditors interni e lead auditors
- Procedure di audit interno.

5.3.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

DATORE DI LAVORO

- predisporre il processo di verifica ispettiva
- assegnare le risorse necessarie per l'effettuazione degli audit
- valutare i risultati
- predisporre le azioni conseguenti

RSPP/RSGSL

- organizzare gli audit, selezionando gli auditor interni

- assegnare le tempistiche di effettuazione audit
- convocare le parti interessate per inizio e fine audit
- raccogliere i dati consuntivi dell'audit per il riesame del SGSL

LEAD AUDITOR

- predisporre il Piano esecutivo dell'audit
- coordinare il team audit
- gestire le comunicazioni con le strutture soggette a verifica e con DL e RSPP/RSGSL

AUDITOR

- applicare il Piano esecutivo dell'audit
- condurre l'audit
- collaborare attivamente con il lead auditor e gli altri membri del team di audit

DIRIGENTI RESPONSABILI E PREPOSTI, RLS, STRUTTURA ORGANIZZATIVA, LAVORATORI

- collaborare attivamente all'effettuazione dell'audit

5.3.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica).

Si riportano a titolo di esempio i principali indicatori di performance:

- numero di audit effettuati/programmati anno
- numero di osservazioni/audit
- numero di non conformità/audit
- numero azioni preventive/ audit
- numero azioni correttive/audit
- tempi medi degli interventi di risanamento
- verifica annuale sui processi sottoposti ad audit
- verifica annuale della capacità del sistema di prendersi carico delle osservazioni/non conformità per il miglioramento continuo.

6. RIESAME DELLA DIREZIONE

6.1 SCOPO

Definire i criteri secondo i quali la Direzione dell'Organizzazione valuta, corregge e migliora il proprio SGSL/MOG.

6.2 RISULTATI ATTESI

Verificare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del SGSL/MOG verso i requisiti della normativa e nel raggiungimento degli obiettivi della propria Politica in termini di gestione della sicurezza.

6.3 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il riesame, svolto dall'Alta Direzione, consiste in una valutazione delle prestazioni complessive del SGSL, e comprende la valutazione delle esigenze di modifica del sistema e delle opportunità per il suo miglioramento.

L'Organizzazione pianifica almeno un riesame annuale del SGSL.

Il riesame viene condotto sotto la responsabilità dell'Alta Direzione. Partecipano al riesame il RSPP, il RSGSL, i Responsabili di Struttura o Unità Operativa, in funzione delle tematiche trattate, con il coinvolgimento dei RLS.

Il Riesame da parte della Direzione è condotto sulla base di un Rapporto sullo stato del SGSL predisposto dal RSGSL.

La redazione del Rapporto per il Riesame si basa sulla raccolta, analisi, documentazione di dati e di informazioni riguardanti:

- Politica del SGSL
- Rispetto degli obblighi e dei ruoli dei soggetti coinvolti
- Mantenimento dei flussi comunicativi, formativi e relazionali, anche con la comunità esterna
- Mantenimento e gestione della documentazione
- Effettuazione controlli/verifiche del sistema ed indicatori del sistema
- Rispetto del principio di miglioramento
- Adeguamento del DVR
- Utilizzazione di macchine ed apparecchiature
- Gestione delle emergenze
- Sorveglianza sanitaria
- Gestione infortuni, incidenti, situazioni pericolose, non conformità.
- Piano di audit e documentazione degli audit
- Sanzioni comminate nell'applicazione del codice disciplinare e del sistema sanzionatorio interno.

Oltre a quanto sopra riportato, possono essere di volta in volta analizzati e presentati altri elementi, anche derivanti da attività progettuali in corso. Per ogni singolo aspetto del Rapporto sullo stato del Sistema, il RSGSL riporta dati ed informazioni relativi alle singole strutture o unità operative, nonché un'analisi complessiva.

Il Rapporto predisposto viene inoltrato a tutti i partecipanti prima della riunione di Riesame.

Il Riesame deve avere come risultato l'individuazione delle azioni necessarie per:

- definire nuovi obiettivi e relativi indicatori in relazione alla strategia complessiva del SGSL nell'ottica

- del miglioramento continuo anche al fine di migliorare l'efficacia dello stesso
- valutare la necessità di eventuali modifiche della Politica di SGSL
 - identificare azioni necessarie per eventuali modifiche della struttura organizzativa
 - valutare l'efficacia delle azioni intraprese dal precedente Riesame del SGSL
 - valutare l'efficacia dei sistemi di monitoraggio e di audit e definire le eventuali modifiche e il futuro piano di audit.

Le azioni correttive/preventive/di miglioramento sono gestite da procedure che l'Organizzazione adotta relativamente a gestione/trattamento di non conformità, azioni correttive e preventive, definendo per ciascuna azione tempi, responsabilità di realizzazione e risorse necessarie.

Ulteriori riesami, anche su aspetti specifici, possono essere eseguiti per decisione dell'Alta Direzione, anche a seguito di proposte del RSGSL.

In particolare possono essere eseguiti, in base alla organizzazione funzionale e territoriale, riesami dedicati a singole aree aziendali. I risultati di detti riesami devono essere compresi ed elaborati in sede di Riesame della Direzione, al fine del monitoraggio complessivo delle prestazioni aziendali.

In questi casi comunque devono essere definiti il campo di applicazione di ogni riesame, i ruoli funzionali e territoriali delle figure coinvolte, in relazione alla organizzazione aziendale e alle responsabilità.

6.4 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

DOCUMENTAZIONE

- Normativa applicabile
- CCNL e contrattazione aziendale
- Linee Guida SGSL UNI-INAIL
- OHSAS 18001
- Rapporto sullo stato del SGSL predisposto dal RSGSL.
- Manuale del SGSL-AR

REGISTRAZIONI/PROCEDURE

- "Verbale di Riunione", trasmesso ai partecipanti, con indicazione di: argomenti trattati, decisioni assunte ed azioni attivate a cura del RSP/RSGL

6.5 RUOLI E RESPONSABILITÀ

ALTA DIREZIONE / DATORE DI LAVORO

- programmare e convocare il riesame
- approvare il rapporto sullo stato del SGSL predisposto dal RSGSL per il riesame
- definire il campo di applicazione di ogni riesame, i ruoli funzionali e territoriali delle figure coinvolte
- approvare il verbale di riesame e darne comunicazione a tutte le parti aziendali interessate
- aggiornare ove necessario la Politica per la SSL

RSGSL

- redigere il rapporto sullo stato del SGSL
- stendere il verbale degli esiti del riesame
- provvedere all'archiviazione e conservazione del materiale relativo al riesame.

DIRIGENTI E PREPOSTI, RLS, LAVORATORI

- comunicare i dati la cui raccolta è prevista dal SGSL o che risultino utili ad individuarne criticità e/o possibili miglioramenti

- attuare a seconda della propria competenza le decisioni assunte a seguito del riesame

6.6 MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al capitolo 5 (Verifica)

7. ALLEGATI