



CONSORZIO DI BONIFICA
della romagna occidentale

MSGSS – MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA
SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

Pagina 1 di 30

Rev. 01
del 27/11/2023

Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale

MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

UNI ISO 45001:2018

| N. rev | Data rev. | Motivazione revisione | ultima | Elaborato da: | Approvato da: | Autorizzato da: |
|--------|------------|-------------------------|--------|---------------|---------------|-----------------|
| 1 | 27/11/2023 | Aggiornamento documento | | RSGS | RSGS | Del. 753/2023 |
| 0 | 24/03/2023 | Emissione | | RSGS | RSGS | Del. 576/ 2023 |

0. Sommario

| | | |
|--------|---|----|
| 0. | Sommario..... | 1 |
| 1. | PRESENTAZIONE | 3 |
| 2. | SCOPO E CAMPO D'APPLICAZIONE | 5 |
| 3. | RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 6 |
| 4. | TERMINI E DEFINIZIONI | 6 |
| 5. | CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE | 6 |
| 5.1 | Comprendere l'organizzazione e il suo contesto | 6 |
| 5.2 | Comprendere le esigenze ed aspettative dei lavoratori | 7 |
| 5.3 | Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione SSL..... | 7 |
| 5.4 | Mappatura dei processi..... | 7 |
| 6. | LEADERSHIP..... | 9 |
| 6.1 | Leadership | 9 |
| 6.2 | Politica | 11 |
| 6.3 | Ruoli e responsabilità e autorità nell'organizzazione..... | 11 |
| 6.4 | Consultazione e partecipazione dei lavoratori..... | 12 |
| 7. | PIANIFICAZIONE | 13 |
| 7.1 | Azioni per affrontare rischi ed opportunità | 13 |
| 7.2 | Gestione delle prescrizioni legali..... | 16 |
| 7.3 | Obiettivi | 17 |
| 7.4 | Pianificazione delle modifiche..... | 17 |
| 8. | VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI..... | 17 |
| 8.1 | Risorse | 17 |
| 8.2 | Competenza | 17 |
| 8.3 | Consapevolezza | 18 |
| 8.4 | Comunicazione..... | 18 |
| 8.5 | Informazioni documentate | 19 |
| 9. | ATTIVITÀ OPERATIVE | 20 |
| 9.1 | Pianificazione dei controlli operativi | 20 |
| 9.1.1 | Generalità | 20 |
| 9.1.2 | Eliminazione dei pericoli e riduzione dei rischi per la SLL | 20 |
| 9.1.3 | Gestione del cambiamento | 21 |
| 9.1.4 | Approvvigionamento | 21 |
| 9.2 | Preparazione e risposta all'emergenza | 21 |
| 10. | VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI..... | 22 |
| 10.1 | Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni | 22 |
| 10.1.1 | Generalità | 22 |

| | |
|---|----|
| 10.1.2 Audit interni | 22 |
| 10.1.3 Altri processi | 24 |
| 10.1.4 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni | 26 |
| 10.2 Riesame della Direzione | 26 |
| 11 MIGLIORAMENTO CONTINUO | 27 |
| 11.1 Generalità | 27 |
| 11.2 Non conformità e azioni correttive | 28 |

ALLEGATI

| | |
|----|--|
| M1 | Politica per la Sicurezza |
| M2 | Organigramma |
| M3 | Organigramma Sicurezza |
| M4 | Analisi del contesto e parti interessate |
| M5 | Glossario del SSGS |
| M6 | Matrice di valutazione dei rischi |
| M7 | Tabella obiettivi sicurezza |
| M8 | Elenco Leggi |
| M9 | Registro gestione segnalazioni-NC-AC |

1. PRESENTAZIONE

Il Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale (di seguito anche "CBRO" o "Consorzio") è un Ente di diritto pubblico costituito il 1° maggio 1929.

Il Consorzio opera in base a quanto previsto dalla vigente legislazione statale (R.D. 13 febbraio 1933, n. 215), nonché dalla più recente legge regionale 2 agosto 1984, n. 42, oltre che L.R. 24 aprile 2009, n.5, 12 febbraio 2010, n.5, e 6 luglio 2012, n.7. per assicurare lo scolo delle acque, la difesa del suolo, la tutela delle risorse idriche e naturali, l'irrigazione e la valorizzazione del territorio.

Secondo le indicazioni provenienti dalle leggi statali e regionali, dalla dottrina e dalla giurisprudenza, i consorzi di bonifica sono qualificabili come enti pubblici a struttura associativa, a rappresentatività settoriale, retti dal principio dell'autogoverno dei soggetti privati interessati, che sono i proprietari di immobili (terreni e fabbricati) ricadenti nel comprensorio di competenza, assoggettati al pagamento del contributo di bonifica.

Storia

Le congregazioni di scolo

Nel territorio di pianura, la presenza di forme associate di governo delle acque ha origine antica. Fu comunque all'inizio del diciannovesimo secolo che maturò appieno la convinzione di superare un sistema di governo delle acque troppo parcellizzato, per poter finalmente avviare e portare a compimento programmi di opere, che influissero efficacemente sull'assetto idraulico del territorio.

Emerse, quindi, l'esigenza di promuovere l'istituzione di enti a struttura associativa operanti in ambito intercomunale, che riunissero i proprietari dei terreni privi di scolo naturale della pianura bolognese e ravennate.

Nacquero così le congregazioni di scolo il cui territorio di competenza era delimitato in base al criterio del bacino idrografico. La funzione affidata alle congregazioni di scolo era quella di costruire e mantenere una rete di canali che garantisse il regolare deflusso delle acque.

Furono esclusi dai comprensori delle congregazioni quei terreni che, per la loro posizione, non necessitavano di strutture di scolo artificiali, avendo la possibilità di far defluire le acque nei corsi d'acqua naturali. In tal senso, il limite del territorio di competenza delle congregazioni venne individuato nella via Emilia.

Seguendo l'esempio dei primi significativi provvedimenti tesi al miglioramento dell'ordinamento idraulico, emanati sotto il regime napoleonico, fu il Governo Pontificio, durante il papato di Pio VII, che dispose l'istituzione delle congregazioni di scolo, con atto motu proprio del Papa in data 23 ottobre 1817.

Successivamente, con notificazione in data 27 settembre 1820 del Cardinal Giuseppe Spina della Sacra Congregazione delle acque, furono individuate le congregazioni di scolo nell'ambito della Commissione del Reno, succeduta all'istituto napoleonico del dipartimento. Tali congregazioni erano: Dòsolo; Canale della botte; Scolo sinistro della colmata dell'Idice; Scolo a destra Garda Menata; Zagnolo (successivamente denominata Zaniolo); Fossa di Buonacquisto; Canal Vela; Fosso Vecchio. Esse furono insediate nel 1821. Gli elenchi dei canali delle congregazioni furono formati sulla base delle note della Commissione del Reno, redatte nell'anno 1822.

In quello che è l'attuale comprensorio di pianura della Romagna Occidentale, erano presenti quattro congregazioni di scolo: **Zagnolo, Fossa di Buonacquisto, Canal Vela e Fosso Vecchio**, aventi sede, rispettivamente, in **Imola, Conselice, Lugo e Bagnacavallo**.

A seguito del riordino territoriale previsto dalla Legge regionale del 2 agosto 1984 e successive modifiche ed integrazioni, il **1 gennaio 1988** è stato istituito il **Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale** (bacini del Santerno-Senio-Lamone-Marzeno e del Canale di Bonifica in destra di Reno), con **sede in Lugo**, risultante dall'accorpamento dei soppressi Consorzio di Bonifica Bassa Pianura Ravennate, con sede in Lugo e Consorzio di Brisighella - Bonifica Montana del Lamone e del Senio, con sede in Faenza, di parte del comprensorio del

Consorzio della Bonifica Renana (vallata del Santerno), e, successivamente (1991), del soppresso Consorzio di Bonifica del Bacino dell'Alto Santerno, con sede in Firenzuola.

Il comprensorio del Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale è venuto, quindi, ad assumere carattere di interregionalità, ricadendo nelle province di Bologna, Ferrara, Forlì-Cesena, Ravenna e Firenze, con un'estensione complessiva di circa 195.000 ettari.

Il Consorzio aveva anche competenza operativa esclusiva sul tratto emissario del Canale di bonifica in destra di Reno, che attraversa il comprensorio del Consorzio di Bonifica della Romagna Centrale in Comune di Ravenna.

2. SCOPO E CAMPO D'APPLICAZIONE

Il presente manuale intende descrivere la struttura del Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza (SGSS) realizzato dal Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale, mediante una rappresentazione schematica dei processi, delle loro interazioni e della documentazione correlata.

Le modalità gestionali e di controllo delle attività del Consorzio della Bonifica della Romagna Occidentale (CBRO), in ambito di sicurezza e salute dei lavoratori, si basano sulle indicazioni e requisiti fissati dalle norme UNI ISO 45001 e sono orientate alla salvaguardia della salute e sicurezza dei lavoratori.

Il presente Manuale di Gestione della Salute e Sicurezza dei lavoratori (di seguito anche MSGSS) si applica alle attività svolte da CBRO.

Scopo del presente Manuale è quello di definire le regole attraverso le quali il Consorzio gestisce e tiene sotto controllo le proprie attività al fine di assicurare:

- il rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici.
- la corretta valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- le attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- le attività di sorveglianza e monitoraggio sanitario tramite il Medico Competente secondo il D.lgs 81/2008 e s.m.i.;
- le attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- le attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di "lavoro in sicurezza" da parte dei lavoratori;
- l'acquisizione e la disponibilità della documentazione e delle certificazioni obbligatorie di legge;
- la verifica periodica dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate;

Oltre a ridurre il numero e la gravità degli infortuni e delle malattie professionali, scopo del SGSS è anche quello di creare in CBRO un clima favorevole e collaborativo, affinché i temi legati alla sicurezza siano considerati di interesse comune e quindi trattati con un'attenzione ed uno scrupolo che vanno oltre il dovuto rispetto degli obblighi di legge.

Il Campo di applicazione del SGSS del Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale è il seguente:

Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori nella tutela, manutenzione e progettazione delle infrastrutture di bonifica e di distribuzione irrigua e sistemazione delle zone franose e regimazione dei deflussi montani e collinari; presidio territoriale e polizia idraulica; gestione acquedotti nel distretto montano.

Il SGSS dei lavoratori si applica a tutte le attività del Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale (CBRO) e a tutti i dipendenti del Consorzio.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza (SGSS) fa riferimento alle seguenti norme:

- UNI ISO 45001:2018 “Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro. Requisiti e guida per l’uso”
- UNI EN ISO 19011:2018 “Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale”

Il SGSS del Consorzio fa riferimento, inoltre, per le proprie attività, alla normativa e legislazione vigente in materia di salute e sicurezza con particolare riferimento al D. Lgs 81/08.

L’elenco leggi sulla sicurezza, applicabili al CBRO, è gestito dal SPP, che ha definito un “Elenco Leggi”, di cui all’allegato M8.

4. TERMINI E DEFINIZIONI

I termini e le definizioni utilizzati nell’ambito del Sistema di Gestione per la Sicurezza sono quelli previsti dalla

- UNI ISO 45001:2018 “Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro – Requisiti e guida per l’uso”.

Acronimi e definizioni presenti in tutti i documenti del SGSS sono esplicitati nell’allegato M5.

5. CONTESTO DELL’ORGANIZZAZIONE

5.1 Comprendere l’organizzazione e il suo contesto

L’analisi del contesto è formalizzata nell’allegato M4 del presente Manuale ed è stata condotta impiegando l’analisi SWOT. Tale strumento di pianificazione strategica è utilizzato per valutare i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) correlate alle attività svolte dal Consorzio.

L’analisi SWOT riguarda l’ambiente interno (analizzando i punti di forza e di debolezza) e l’esterno (analizzando minacce ed opportunità).

In altre parole:

- PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

Sono i fattori endogeni, ovvero propri del contesto di analisi e sono modificabili grazie alla politica o all’intervento proposto, che possono influenzare la capacità del Consorzio di raggiungere gli obiettivi del proprio sistema SSL.

- OPPORTUNITÀ E MINACCE

Sono i fattori esogeni in quanto derivano dal contesto esterno.

Difficilmente modificabili, è necessario tenerli sotto controllo in modo da sfruttare le opportunità e ridurre le minacce e comunque raggiungere i risultati attesi dal sistema SSL.



CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

Nel documento M4 “Analisi del contesto e parti interessate” sono stati individuati, tramite condivisione con la Direzione i punti di forza, i punti di debolezza del Consorzio, inoltre sono state individuate le opportunità e le eventuali minacce derivanti dal contesto esterno.

Il documento è approvato dalla Direzione del Consorzio, è rivalutato in caso di necessità (es. introduzione di una nuova legge che ha impatto sul Consorzio) e comunque almeno una volta l’anno durante il riesame.

La rivalutazione periodica dell’analisi del contesto avviene comunque attraverso la condivisione con la direzione, che provvede alle modifiche ritenute necessarie approvando il documento.

5.2 Comprendere le esigenze ed aspettative dei lavoratori

CBRO ha individuato le altre parti interessate oltre ai lavoratori individuando le loro esigenze e le loro aspettative, verificando quali di queste potrebbero diventare requisiti legali o ulteriori requisiti. In allegato M4 sono riportate le esigenze e le aspettative. La valutazione delle aspettative delle parti interessate avviene valutando le richieste che le parti interessate fanno al Consorzio negli incontri istituzionali con esse (es. per il personale sono valutate le motivazioni di eventuali dimissioni o le richieste di potenziali candidati, per le utenti le richieste che vengono fatte al Consorzio, ecc.).

5.3 Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione SSL

Il campo di applicazione è indicato al capitolo 1.

5.4 Mappatura dei processi

Di seguito si riportano i processi che CBRO ha individuato per la gestione del sistema per SSL:

- Gestione del rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro;
- Gestione dei rischi legati ad agenti fisici, chimici e biologici;
- Gestione dell’informazione e formazione delle risorse umane;

- Gestione delle prescrizioni legali;
- Gestione delle visite mediche e delle relative prescrizioni;
- Gestione degli appalti e dei lavori in diretta amministrazione;
- Gestione delle emergenze;
- Gestione del DVR;
- Gestione dei controlli operativi;
- Gestione degli Audit;
- Gestione delle non conformità;
- Gestione delle riunioni periodiche della sicurezza.

Per tutti i processi sono state definite procedure dove sono indicate le responsabilità. Le procedure possono essere all'interno del MSGSS o allegate allo stesso.

Altre attività sono definite nelle schede dall'analisi del rischio del DVR.

6. LEADERSHIP

6.1 Leadership

La struttura organizzativa del Consorzio è caratterizzata dalla distinzione tra gli Organi di Amministrazione, nominati in rappresentanza dei consorziati e dotati del potere di indirizzo e controllo e la struttura operativa e tecnica avente il compito di dare concreta attuazione agli obiettivi posti dagli Organi di Amministrazione attraverso una corretta attività di programmazione della gestione.

Assemblea: tutti i consorziati, cioè i proprietari degli immobili iscritti nel catasto consortile che pagano per legge un contributo per la copertura finanziaria delle attività ordinarie del Consorzio, costituiscono l'Assemblea, che elegge i propri rappresentanti a formare il Consiglio di amministrazione (CdA).

Consiglio di amministrazione: è l'organo deputato alle scelte fondamentali per il governo dell'Ente, quali: l'approvazione dei Bilanci e dei Regolamenti interni, la formazione e la deliberazione sugli indirizzi e i programmi di bonifica, sugli ordinamenti programmatici delle attività consortili, sui piani di classifica per il riparto della contribuzione consortile, nonché su tutte le attività sottoposte al suo esame. Il CdA determina inoltre con il proprio voto la composizione dei seguenti Organi Amministrativi:

- a) il Comitato Amministrativo (CA);
- b) il Presidente (P) ed il Vicepresidente;
- c) il Collegio dei Revisori contabili.

Comitato Amministrativo: è l'organo preposto alle **funzioni esecutive di Amministrazione** nel rispetto degli indirizzi assunti dal CdA. Al CA compete quindi l'adozione di tutti i provvedimenti di gestione, nel rispetto degli atti fondamentali approvati dal CdA. Esso ricopre altresì il ruolo di Alta Direzione ai sensi della norma UNI EN ISO 45001:2018.

Collegio dei Revisori dei Conti: ha funzioni di vigilanza e controllo di legittimità sull'operato contabile e finanziario della Deputazione e riferisce al Consiglio dei Delegati mediante apposite Relazioni.

Presidenza e Vicepresidenza: al Presidente, ed in caso di sua assenza, ad uno dei due Vicepresidenti delegati, compete la legale rappresentanza dell'Ente. È inoltre la figura di raccordo tra i vari Organi del Consorzio e presiede sia il CdA che il CA.

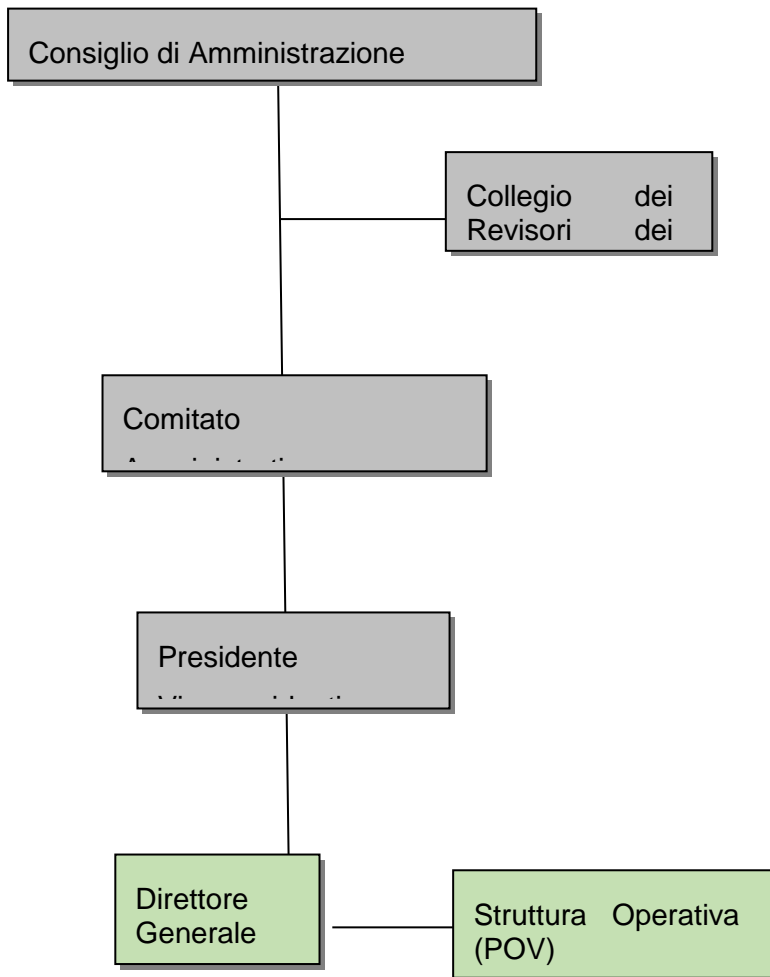
Direzione Generale: è la funzione di raccordo tra gli Organi Amministrativi e la Struttura Operativa. Egli dirige e coordina tutte le attività del Consorzio e in particolare, ai fini della gestione del SGSS, si occupa di:

- ✓ definire e verificare che la Politica del SGSS sia diffusa e rispettata;
- ✓ far applicare il SGSS stabilendo incarichi e responsabilità, e dedicando al Sistema le risorse necessarie;
- ✓ effettuare il Riesame di SGSS avvalendosi della collaborazione del RSGS per individuare i processi di miglioramento;
- ✓ creare un ambiente favorevole alla sensibilizzazione verso una cultura incentrata sulla qualità attraverso l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio della soddisfazione del consorziato, e un'adeguata attenzione alla formazione del proprio personale.

Il funzionamento e le competenze degli Organi di Amministrazione sono regolati dalle disposizioni dello Statuto approvato dalla Regione Emilia-Romagna con N. Reg. Proposta: GPG/2010/1423. L'organizzazione della Struttura Operativa è invece disciplinata nel documento denominato "Piano di Organizzazione Variabile" (POV), quale strumento di regolamentazione interna

Il rapporto tra i vari Organi Amministrativi del Consorzio, e tra questi e la Struttura Operativa, possono riassumersi nei seguenti schemi di Organigramma per Funzioni:

Organigramma per funzioni degli Organi di Amministrazione



La Direzione (Direttore Generale) di CBRO:

- è responsabile dell'efficacia del SGSS;
- assicura la piena responsabilità e l'obbligo complessivo di rendere conto della prevenzione di lesioni e malattie correlate al lavoro, nonché la predisposizione di luoghi di lavoro sicuri;
- assicura che siano stabiliti la politica e gli obiettivi relativi al SGSS e che essi siano compatibili con il contesto e con gli indirizzi strategici dell'organizzazione;
- assicura l'integrazione dei requisiti del SGSS nei processi di business dell'Ente;
- promuove l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk-based thinking;
- assicura la disponibilità delle risorse necessarie per stabilire, attuare, mantenere, e migliorare il SGSS;
- comunica l'importanza di adottare un SGSS efficace e conforme ai requisiti della norma adottata;
- assicura che il SGSS consegua i risultati attesi, facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema;
- promuove il miglioramento continuo;
- fornisce sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità;
- sviluppa, guida e propone una cultura nell'organizzazione che supporti i risultati attesi del SGSS;

- protegge i lavoratori dalle ritorsioni a seguito della segnalazione di incidenti, pericoli, rischi e opportunità;
- assicura che l'organizzazione stabilisca ed implementi un processo o dei processi per la consultazione e la partecipazione dei lavoratori;
- supporta l'istituzione e l'operatività dei comitati per la salute e sicurezza.

6.2 Politica

L'Alta Direzione di CBRO stabilisce la Politica per la Salute e Sicurezza (POL) e adotta tutte le misure necessarie ad assicurare che la stessa sia:

- disponibile e mantenuta come informazione documentata;
- comunicata, compresa e applicata all'interno dell'organizzazione;
- disponibile alle parti interessate rilevanti (riportate in allegato M4 all'interno dell'analisi del contesto);
- essere pertinente ed appropriata.

L'Alta Direzione ha stabilito, attua e mantiene una politica per la SSL che:

- comprende l'impegno a fornire condizioni di lavoro sicure e salubri per la prevenzione di lesioni e malattie correlate al lavoro, è appropriata allo scopo, alle dimensioni e al contesto dell'organizzazione e alla natura specifica dei suoi rischi e opportunità per il SGSS;
- costituisce un quadro di riferimento per fissare gli obiettivi per il SGSS;
- comprende l'impegno a soddisfare i requisiti legali e altri requisiti;
- comprende l'impegno ad eliminare i pericoli ed a ridurre i rischi per la Salute e Sicurezza dei lavoratori;
- comprende l'impegno per il miglioramento continuo del SGSS;
- comprende l'impegno di consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti.

La Politica di CBRO è riesaminata almeno annualmente in occasione del Riesame della Direzione per assicurarne la validità e l'attualità. Inoltre, è comunicata all'esterno tramite il sito istituzionale del Consorzio, consegnata al personale attraverso l'intranet consortile.

La Direzione fissa gli obiettivi annuali coerenti con la Politica per la SSL e con gli altri obiettivi consortili.

In allegato M1 è riportata la Politica per la SSL.

6.3 Ruoli e responsabilità e autorità nell'organizzazione

Tutte le attività svolte nell'ambito del SGSS di CBRO sono descritte nel POV, nel MSGSS, nelle procedure e nel DVR aziendale dove sono anche definite le relative responsabilità.

Nell'organigramma è riportata la struttura organizzativa di CBRO ed i rapporti reciproci tra le varie funzioni (vedi allegato M2). All'interno di tutti i documenti del SGSS sono richiamate le funzioni responsabili consortili che svolgono le attività e i processi indicati; nel caso di funzioni generiche (es: Capo Settore, Direttore di Area, ecc.) o specifiche, il riferimento al "diretto superiore gerarchico" è la funzione che si trova di un livello superiore sulla base dello schema riportato nel cit. Organigramma Consortile, collegata in modo lineare diretto (es: operaio comune -> operaio qualificato -> operaio specializzato -> guardiano -> capo reparto -> capo sezione -> capo settore -> dirigente di area); in caso di più funzioni gerarchiche superiori per una singola funzione si considera "diretta" quella relativa al processo svolto da quella funzione (es: elettricista, carpentiere, impiantista irriguo/idrovoro ecc.).

Inoltre, CBRO ha predisposto un organigramma della sicurezza (riferimento allegato M3), in allegato al presente documento, dove sono rappresentate tutte le figure della sicurezza, previste dal D.lgs. 81/08.

La Direzione Generale di CBRO, riconosciuta l'utilità e l'importanza di adottare, mantenere, documentare e migliorare un SGSS conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 45001:2018, individua un Responsabile del

Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza dei Lavoratori (RSGS) che, indipendentemente da altre responsabilità, ha l'autorità per:

- collaborare con la Direzione al fine di assicurare che i processi necessari per il SGSS siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati in conformità alle norme cogenti;
- riferire alla Direzione sulle prestazioni del SGSS e su ogni esigenza per il miglioramento;
- collaborare con la Direzione al fine di assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del SGSS nell'ambito di tutta l'organizzazione;
- collaborare con il SPP del Consorzio, integrare le attività previste dal SGSS con gli adempimenti normativi dettati dal D.lgs. 81/08.

6.4 Consultazione e partecipazione dei lavoratori

CBRO ha stabilito le modalità di partecipazione e consultazione dei lavoratori per lo sviluppo, pianificazione, attuazione e valutazione del SGSS e per la definizione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) redatto ai sensi dell'art. 28 del D.lgs. 81/08.

In caso di eventuali modifiche, il SPP provvede ad inviare al RLS e agli uffici competenti il DVR in bozza, lasciando adeguato tempo per le valutazioni e/o proposte di integrazione.

Per quanto concerne il SGSS (Manuale e procedure) prima dell'approvazione di nuove procedure o modifiche, il RSGS provvede alla condivisione dei documenti con uffici competenti, per verificare eventuali necessità di modifiche.

Modifiche proposte sono valutate dai Responsabili della stesura del documento e condivise con l'Direzione.

Durante la riunione periodica ex art. 35 del D.lgs. 81/08, alla quale partecipa anche il RLS, il Consorzio valuta eventuali indicazioni/necessità del personale, ed eventualmente inserendo le attività necessarie nel programma di miglioramento del DVR.

Tutti i documenti riguardanti la sicurezza (Manuale, DVR, Procedure, Istruzioni, ecc.) sono messi a disposizione del personale in apposita intranet consortile.

Infine, è possibile per ogni dipendente provvedere alla segnalazione di eventuali problemi o spunti di miglioramento del SGSS, delle procedure o del DVR attraverso segnalazioni al: RSGSS, SPP o Organismo di Vigilanza.

7. PIANIFICAZIONE

7.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità

La gestione del rischio e delle opportunità è formalizzata nell'allegato M5, dove vengono riportati i rischi e le opportunità più di natura organizzativa. Inoltre, all'interno del DVR il Consorzio ha valutato i rischi di natura più operativi.

Gestione del rischio

Nella valutazione del rischio sono individuate le fonti di rischio legate ai diversi processi consortili.

Di seguito si riporta la modalità di valutazione dei rischi utilizzata nell'allegato M6, mentre la modalità di valutazione dei rischi utilizzata per la stesura del DVR è riportata sul documento stesso.

A fronte dell'analisi del contesto e delle parti interessate sono individuati i rischi del Consorzio.

Per **ogni fonte di rischio** è stimata la sua probabilità e gravità utilizzando le tabelle sotto riportate:

| PROBABILITA' | | |
|--------------|-------------|---|
| Voto | Probabilità | Descrizione |
| 1 | Molto Bassa | Evento raro → che non si è mai manifestato o manifestato 1 volta negli ultimi 3 anni |
| 2 | Bassa | Evento con una bassa probabilità che si possa verificare → che si è manifestato più di 1 volta ma meno di 3 volte negli ultimi 3 anni |
| 3 | Media | Evento con una media probabilità che si possa verificare → che si è manifestato più da 4 a 6 volte negli ultimi 3 anni |
| 4 | Alto | Evento con una alta probabilità che si possa verificare → che si è manifestato più di 6 volte negli ultimi 3 anni |

| GRAVITA' | | |
|----------|-------------|--|
| Voto | Gravità | Descrizione |
| 1 | Molto bassa | Impatto trascurabile e che non crea danni al lavoratore |
| 2 | Bassa | Impatto basso, sia sull'immagine sia sulla salute e sicurezza dei lavoratori, ma che, potenzialmente, se trascurato potrebbe incidere in maniera più significativa |
| 3 | Media | Impatto medio, l'immagine consortile potenzialmente compromessa e/o inabilità o lesioni gravi per il lavoratore |
| 4 | Alto | Impatto alto, l'immagine consortile compromessa e lesioni gravissime con conseguenze di invalidità permanente per il lavoratore o conseguenze letali. |

Da questa stima scaturisce un coefficiente di rischio che si ottiene moltiplicando la probabilità per la gravità utilizzando la seguente matrice:

| RISCHIO | | Probabilità (P) | | | |
|-------------|---|-----------------|---|----|----|
| gravità (G) | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2 | 2 | 4 | 6 | 8 |
| | 3 | 3 | 6 | 9 | 12 |
| | 4 | 4 | 8 | 12 | 16 |

Ottenuto il coefficiente di rischio, occorre valutare se è necessario aprire un Piano di Trattamento del Rischio tramite la seguente tabella:

| VOTO | RISCHIO | AZIONI RICHIESTE |
|--------|----------|---|
| 1 | Basso | Rischio accettabile → Non sono richieste azioni |
| 2 ÷ 3 | Moderato | Rischio parzialmente accettabile → Valutare se sono necessarie azioni per mitigare il rischio |
| 4 ÷ 8 | Medio | Rischio potenzialmente NON ACCETTABILE → Valutare se necessario un piano di trattamento del rischio |
| 9 ÷ 16 | Alto | Rischio NON ACCETTABILE → Occorre sviluppare un piano di trattamento del rischio |

Gestione delle opportunità

Nella valutazione del rischio e delle opportunità all'allegato 7 sono individuate le opportunità legate ai diversi processi aziendali e per ognuna di queste sono stimate la probabilità di non coglierla e l'importanza del relativo impatto sull'attività del Consorzio, utilizzando i criteri di valutazione schematizzati nelle tabelle seguenti:

| PROBABILITA' DI NON COGLIERE L'OPPORTUNITA' | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Voto | Probabilità che l'evento si verifichi | Descrizione |
| 1 | Molto Bassa | L'Ente ha saputo cogliere opportunità simili in più il 75 % dei casi |
| 2 | Bassa | L'Ente ha saputo cogliere opportunità simili in almeno il 50 % dei casi (ma meno del 75%) |
| 2 | Media | L'Ente ha saputo cogliere opportunità simili in almeno il 25 % dei casi (ma meno del 50%) |
| 3 | Alta | L'Ente ha saputo cogliere opportunità simili in meno del 25 % dei casi |

| IMPORTANZA DELL'IMPATTO SULL'ATTIVITÀ DELL'ENTE | | |
|---|-------------|--|
| Voto | Impatto | Descrizione |
| 1 | Molto bassa | Impatto migliorativo trascurabile |
| 2 | Bassa | Impatto migliorativo basso, sia sull'immagine sia sulla salute e sicurezza dei lavoratori, che sull'attività svolta |
| 3 | Media | Impatto migliorativo medio, sia l'immagine consortile sia sull'attività svolta, con beneficio anche per i lavoratori |
| 4 | Alto | Impatto migliorativo alto, l'immagine consortile fortemente migliorata, elevato beneficio per i lavoratori. |

Il prodotto da l'importanza impatto e la probabilità di non cogliere l'opportunità individua la rilevanza dell'opportunità, che è rappresentata nella seguente tabella

| Opportunità | | Probabilità di non cogliere l'opportunità (P) | | | |
|-------------|---|---|---|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Impatto (I) | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2 | 2 | 4 | 6 | 8 |
| | 3 | 3 | 6 | 9 | 12 |
| | 4 | 4 | 8 | 12 | 16 |

Sulla base della rilevanza dell'opportunità è necessario valutare se sia necessario aprire un Piano di trattamento dell'opportunità; la valutazione viene condotta tramite la seguente tabella:

| VOTO | OPPORTUNITÀ | AZIONI RICHIESTE |
|-------|-------------|---------------------------------|
| 1 | Molto Basso | Non sono necessarie opportunità |
| 2 ÷ 3 | Bassa | Non sono necessarie opportunità |

| | | |
|--------|-------|--|
| 4 ÷ 8 | Medio | Valutare se necessario un piano di trattamento delle opportunità |
| 9 ÷ 16 | Alto | Necessario un piano di attività per cogliere l'opportunità |

I risultati della valutazione dei rischi e delle opportunità sono riportati nell'allegato M6, che viene aggiornato e riesaminata secondo necessità (es. in caso di cambiamenti organizzativi, ecc.) e comunque con frequenza almeno annuale, in occasione del riesame della Direzione.

7.2 Gestione delle prescrizioni legali

Il Consorzio ha definito le modalità per mantenere sotto controllo i requisiti legali e:

- Permettere l'accesso al personale ai requisiti legali aggiornati e ai requisiti applicabili ai suoi pericoli, ai rischi per la SSL e al sistema di gestione della SSL;
- individuare i requisiti legali e gli altri requisiti applicabili e cosa necessita di essere comunicato;
- tenere conto dei requisiti legali e degli altri requisiti per l'istituzione, attuazione, mantenimento e miglioramento continuo del sistema di gestione per la SSL.

Il Consorzio ha incaricato il SPP di individuare le prescrizioni legali e/o cogenti applicabili al Consorzio e di tenere sotto controllo l'aggiornamento, predisponendo apposito elenco contenuto nel DVR redatto ai sensi del D.lgs. 81/08.

In occasione della riunione periodica, tenuta secondo l'art. 35 del D. Lgs 81/2008 e s.m.i, il DL e l'SPP individuano e discutono eventuali nuovi requisiti legali e/o requisiti volontari applicabili. I requisiti possono riguardare sia le strutture (es. pratiche autorizzative), sia le attrezzature di lavoro (es. manutenzione macchine operatrici), sia gli impianti (es. verifiche di messa a terra), sia il personale (es. formazione).

L'SPP individua i requisiti cogenti servendosi di strumenti quali riviste di settore, newsletter, ecc e basandosi sulle informazioni a lui fornite da DL, MC, RLS, capi settore.

Al SPP sono comunicati eventuali prescrizioni che derivano da:

- Accordi con la PA;
- Linee guida adottate, ma non obbligatorie;
- Buona pratica adottata;
- Impegni volontari;
- Ecc.

Il SPP in caso di nuova normativa informa RSGS, che, sulla base delle informazioni ricevute, intraprende le seguenti azioni:

- aggiorna l'elenco delle norme applicabili (Allegato M8)
- informa le funzioni consortili interessate dell'aggiornamento;
- propone eventuale riunione informativa/formativa con il fine di illustrare le prescrizioni;
- dispone che il SPP curi la revisione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR) se necessario;
- richiede, quando opportuno, corsi interni e/o esterni di formazione / informazione per il personale coinvolto;
- richiede l'acquisto eventuale di pubblicazioni di approfondimento sulla materia.

L'SPP e RGSS valutano l'opportunità di emettere nuove procedure o di modificare quelle esistenti e propongono le modifiche alla Direzione per approvazione.

Il settore interessato dalle modifiche normative applica le prescrizioni legali di propria competenza.

7.3 Obiettivi

Gli obiettivi per la SSL sono gestiti attraverso l'allegato M7 "Tabella Obiettivi Sicurezza" allegato al Riesame dell'Direzione.

In tale modulo sono riportati almeno:

- le azioni da intraprendere,
- le risorse necessarie,
- le responsabilità,
- la data ultima prevista di completamento,
- i valori ottenuti nel periodo preso in considerazione,
- le modalità di valutazione degli obiettivi,
- come le azioni per raggiungere gli obiettivi per la SSL saranno integrate nei processi istituzionali del Consorzio.

I risultati saranno valutati alla scadenza delle azioni in occasione del riesame dell'Direzione successivo.

7.4 Pianificazione delle modifiche

Poiché ogni cambiamento presuppone la presenza di un possibile rischio, Il Consorzio intende tenere traccia di tutte le attività correlate alla gestione dei cambiamenti aggiornando il modello allegato M6.

Lo scopo è quello di indicare come deve essere gestito un qualsiasi cambiamento in modo tale da assicurare il rispetto delle leggi nazionali, dei regolamenti comunitari ed internazionali, delle norme e degli eventuali accordi presi e sottoscritti in convenzioni.

Le varie tipologie di modifiche/cambiamento sono gestite al fine di valutare:

- Finalità e conseguenze delle modifiche;
- Impatto delle modifiche sul sistema di gestione;
- Disponibilità delle risorse;
- Definizione delle responsabilità ed autorità.

8. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

8.1 Risorse

La Direzione di CBRO, al fine di assicurare la corretta ed efficace attuazione del SGSS e migliorarne in continuo l'efficacia, mette a disposizione adeguate risorse, valutando l'opportunità di rivolgersi a ditte o professionisti esterni nei casi in cui non abbia adeguate competenze interne.

8.2 Competenza

La Direzione di CBRO ha definito una procedura "PS05. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO" con lo scopo di:

- individuare il livello di competenza necessario ai lavoratori che influenzano o possono influenzare le prestazioni del SSL;
- assicurare che i lavoratori siano competenti (formati e addestrati) sulla base del livello di istruzione, della formazione, dell'addestramento o sulla base dell'esperienza maturata;

- pianificare, effettuare e documentare l'attività di informazione, formazione e addestramento;
- valutare l'efficacia dell'attività di cui al punto precedente.

8.3 Consapevolezza

La Direzione di CBRO assicura che i lavoratori siano resi consapevoli attraverso adeguata informazione e formazione secondo la predisposizione di un piano formativo che tenga conto:

- della normativa cogente;
- del sistema di gestione della SSL di CBRO;
- del modello di organizzazione, gestione e controllo;
- della Politica per la SSL di CBRO,

in modo che il personale sia consapevole delle implicazioni e delle conseguenze potenziali derivanti dal non essere conformi ai requisiti del sistema di gestione per la SSL.

Inoltre, la Direzione si impegna a rendere consapevole il personale della necessità di contribuire all'efficacia del sistema di gestione per la SSL attraverso la possibilità di segnalare possibili difformità o miglioramenti delle procedure/istruzioni operative al SPP, al RGSS o all'OdV.

8.4 Comunicazione

La Direzione di CBRO ha definito le modalità di comunicazione esterne ed interne, quando comunicare, chi deve comunicare, a chi e cosa comunicare.

Nell'ambito del SGSS sono previsti i seguenti processi di comunicazione:

- Comunicazione interna;
- Comunicazione esterna;
- Consultazione/coinvolgimento dei lavoratori.

Gli stessi sono descritti nei paragrafi che seguono:

Comunicazione interna

È condotta per informare e sensibilizzare tutte le aree/funzioni consortili coinvolte sulle principali informazioni relative alla salute e sicurezza.

Gli elementi oggetto di tale attività informativa sono:

- Politica per la SSL, obiettivi e programmi di miglioramento;
- Indicazioni e prescrizioni generali inerenti alla tutela della salute e la prevenzione degli incidenti;
- Piani di azione sul sistema di gestione della SLL e sulle attività di miglioramento scaturite dalle riunioni periodiche della Direzione;
- Obiettivi del sistema di gestione della SLL;
- Informazioni generali sul SGSS.

Le modalità di comunicazione comprendono intranet aziendale, posta elettronica, eventuali riunioni informative.

La Direzione, tramite il SPP provvede affinché ciascun lavoratore (tutti i dipendenti a tempo determinato, indeterminato, lavoratori interinali, stagisti, ecc.) riceva un'adeguata informazione su:

- i rischi per la sicurezza e la salute connessi all'attività consortile in generale;
- 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;
- i nominativi del DL, del RSPP, del MC, del RLS e degli incaricati alle squadre di primo soccorso e antincendio.

L'informazione avviene tramite la consegna di apposita "Documentazione" nei primi giorni di lavoro, ed utilizzando i canali aziendali della comunicazione interna, attraverso il Modulo "MOD_P05.02 - ALLEGATO_CONSEGNA DOCUMENTI INFORMATIVI".

Il SPP per conto dell'Direzione mantiene le relazioni con i "Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza – RLS" ed il MC.

Altri contenuti sono richiamati nel MOG del Consorzio, che definisce anche le modalità e quali informazioni relative alla SSL devono essere inviate all'OdV.

Comunicazione esterna

La comunicazione esterna viene suddivisa in "Comunicazioni in entrata" e "Comunicazioni in uscita" relative a tematiche e aspetti sulla salute e sicurezza.

Le comunicazioni esterne inerenti il sistema di gestione per la salute e sicurezza, comprese quelle relative alla Politica per la Salute e Sicurezza, sono effettuate anche mediante pubblicazione sul sito internet.

Il DG è responsabile della comunicazione esterna avvalendosi della collaborazione del SPP e del RSGS per gli adempimenti di rispettiva competenza.

Consultazione/coinvolgimento dei lavoratori

La consultazione dei lavoratori avviene coinvolgendo il RLS, il quale è ascoltato dal SPP nei casi previsti dal Decreto Legislativo n. 81/2008 e dal DL nei casi previsti dal sistema di gestione per la SSL.

La consultazione viene documentata tramite verbali di riunioni.

Il personale del Consorzio è stimolato a segnalare al RLS problemi relativi alla Salute e Sicurezza (es. quasi incidenti/incidenti potenziali) attraverso i canali comunicativi aziendali (telefono, e-mail, a voce, per iscritto, ecc.).

Ad ogni segnalazione pervenuta il RLS provvede a rispondere per iscritto fornendo la descrizione degli eventuali interventi previsti sentiti anche il DL e nel caso l'SPP.

I lavoratori possono attraverso apposita cassetta / mail comunicare con l'organismo di vigilanza per segnalare eventuali inadempienze rispetto ai protocolli definiti nel MOG redatto dal Consorzio ai sensi del D.lgs.231/01.

8.5 Informazioni documentate

Il Consorzio archivia la documentazione necessaria per descrivere gli elementi fondamentali del sistema di gestione per la SSL, attraverso un archivio cartaceo, mantenuto da RGSS e/o attraverso il protocollo informatico.

La documentazione del sistema di gestione per la SSL è riportata nel seguente elenco:

- lo scopo del sistema
- la Politica e gli obiettivi per la SSL;
- pianificazione dei rischi e opportunità;
- il Manuale del SGSS con specificato il relativo "campo di applicazione";
- le "Procedure" e le "Istruzioni Operative" che descrivono i principali elementi del SGSS in conformità con quanto previsto dalla normativa e legislazione di riferimento;
- i requisiti legali applicabili;
- le evidenze delle competenze;

- audit interni;
- verbali di riesame;
- controlli operativi;
- non conformità e azioni correttive;
- le registrazioni necessarie ad assicurare la pianificazione, il funzionamento e il controllo del SGSS;
- qualsiasi altro documento che serva per dimostrare l'applicazione di quanto previsto dal SGSS del Consorzio.

La Direzione di CBRO ha definito apposita procedura per la gestione delle informazioni documentate, "PS01. DOCUMENTAZIONE, REGISTRAZIONE E CONTROLLO", e per il loro accesso che è comunque consentito a tutti i lavoratori.

9. ATTIVITÀ OPERATIVE

9.1 Pianificazione dei controlli operativi

9.1.1 Generalità

Il Consorzio ha definito una "PS02. CONTROLLO OPERATIVO" per pianificare, attuare, controllare e mantenere i processi individuati nel presente documento al fine di soddisfare i requisiti del sistema di gestione della SSL e per mettere in atto le azioni derivanti dall'analisi del contesto e del rischio.

9.1.2 Eliminazione dei pericoli e riduzione dei rischi per la SLL

CBRO ha predisposto apposito Documento di Valutazione dei Rischi ai sensi del D.lgs. 81/08, per eliminare i pericoli e/o ridurre i rischi per la SSL. Il documento è predisposto dal SPP e approvato dal DL. Nel DVR sono indicati anche i criteri e il metodo utilizzati per la valutazione dei rischi, così come i risultati della valutazione stessa.

I contenuti del DVR sono indicati nell'art. 28 del D.lgs. 81/08. Inoltre, al DVR sono allegate anche specifiche istruzioni di lavoro per l'utilizzo di particolari attrezzature (es. motosega, decespugliatore, ecc.) e/o lavorazioni particolari.

Al DVR è data "data certa" attraverso la data di archiviazione del protocollo.

L'aggiornamento della valutazione dei rischi e delle misure di prevenzione e protezione viene effettuato dal Datore di Lavoro in collaborazione con SPP, in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi rilevanti ai fini della salute e della sicurezza del lavoro, ovvero in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione, a seguito di infortuni rilevanti ed in ogni caso secondo quanto definito dall'art. 29 c. 3 del D.lgs. 81/08.

Il SPP predispone specifico programma di miglioramento dove sono definite almeno le seguenti voci: attività da eseguire, responsabile e data entro la quale chiudere l'attività. Il programma di miglioramento è approvato durante la riunione ex art. 35 del D.lgs. 81/08. Il RGSS mantiene aggiornato il programma di miglioramento, verificando con i responsabili l'attuazione delle attività. Nel caso in cui l'attività non sia eseguita nei tempi stabiliti, il RGSS chiede al responsabile di indicare la motivazione e ridefinire la scadenza producendo una specifica relazione che verrà valutata durante le riunioni del Comitato della Sicurezza. È facoltà del Comitato Sicurezza convocare il responsabile dell'attività per definire tempistiche diverse da quelle proposte.

In caso di revisione del DVR, il Datore di Lavoro tramite SPP invia la bozza del documento al RLS e al MC, lasciando 15 giorni di tempo per note e/o integrazioni.

9.1.3 Gestione del cambiamento

CBRO, ogni qualvolta deve gestire dei cambiamenti, pianifica riunioni del Comitato Sicurezza. Alle riunioni possono partecipare, se ritenuto necessario dal Comitato, Capi settore e Capi sezione, mentre per le parti operative Capi reparto e Capi impiantisti. Al termine della riunione è sempre redatto un verbale che contiene: il piano di azione, le responsabilità per ogni azione, i tempi di realizzazione e la data del successivo incontro per la verifica dello stato di avanzamento del piano di azione.

I cambiamenti, sia temporanei che permanenti, sono riportati nel seguente elenco:

- Nuove modalità operative per la gestione delle attività ordinarie;
- Nuove attività mai svolte prima dal Consorzio;
- Nuove procedure/istruzioni operative;
- Modifiche normative;
- Requisiti delle parti interessate;
- Cambiamenti nelle conoscenze e informazioni sui pericoli e i rischi;
- Sviluppi nella conoscenza e nella tecnologia, che possono avere impatto nella gestione delle attività del Consorzio

9.1.4 Approvvigionamento

CBRO ha predisposto apposita procedura per la gestione dei lavori PS 06 “Gestione delle attività in appalto e/o diretta amministrazione e requisiti dei fornitori” a cui si rimanda per maggiori dettagli.

9.2 Preparazione e risposta all'emergenza

Il SPP individua i luoghi di lavoro dove è necessario provvedere alla redazione del “Piano di Emergenza” e lo sottopone all'approvazione del Comitato Amministrativo.

Allo scopo di prepararsi e rispondere efficacemente alle emergenze, l'SPP provvede ad identificare e valutare le possibili emergenze preparando e mantenendo aggiornato il suddetto “Piano di Emergenza”, che deve contenere per ogni scenario individuato e per ogni luogo di lavoro:

- le responsabilità e le modalità con il quale il personale designato deve rapportarsi con i servizi pubblici di emergenza;
- i nominativi dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e comunque di gestione dell'emergenza;
- le modalità di informazione dei lavoratori sottoposti a pericolo grave;
- le modalità di informazione del personale che ha accesso ai luoghi di lavoro del Consorzio, le modalità di avviso di pericolo e il comportamento che è necessario tenere in caso di emergenza;
- le modalità e le responsabilità per la gestione di persone non facenti parte del Consorzio, (quali ad esempio: fornitori esterni, consulenti, utenti, ecc.) presenti al momento dell'emergenza;
- il “Piano di evacuazione” ovvero una planimetria con le indicazioni per abbandonare il luogo di lavoro in caso di emergenza.

Il Piano di Emergenza viene riesaminato ed aggiornato a fronte delle seguenti situazioni:

- in caso di modifiche impiantistiche rilevanti;
- in caso di cambiamenti organizzativi rilevanti, che possano impattare anche sull'organizzazione dell'emergenza;
- in seguito al verificarsi di incidenti non previsti precedentemente;

- in caso del modificarsi delle condizioni esterne (costruzione di un nuovo impianto, modifiche strutturali, ecc.)

Allo scopo di verificare la validità e la preparazione del personale alla risposta alle emergenze, vengono effettuate “prove pratiche di evacuazione ed emergenza” con frequenza almeno annuale.

Il Programma deve essere approvato dal Comitato Amministrativo.

È compito dell’SPP redigere apposito programma delle “prove pratiche di evacuazione ed emergenza” e provvedere all’esecuzione delle stesse in collaborazione con SPP. Di tali prove l’SPP deve redigere un verbale e consegnarlo a RSGS, che ha la responsabilità di verificare l’applicazione del programma e l’archiviazione dei verbali.

10. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

10.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni

10.1.1 Generalità

CBRO pianifica, attua, controlla e mantiene i processi individuati nel presente documento al fine di soddisfare i requisiti del sistema di gestione della SSL e per mettere in atto le azioni derivanti dall’analisi del contesto e del rischio.

Per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi e dei programmi di miglioramento per salute e sicurezza vengono definiti appositi indicatori che sono monitorati tramite le riunioni del comitato sicurezza.

La valutazione dei risultati raggiunti viene effettuata a fronte degli obiettivi e traguardi stabiliti e documentati tramite il documento allegato M7 “Tabella obiettivi sicurezza”.

Lo stato di avanzamento dei monitoraggi relativi agli obiettivi e traguardi di miglioramento viene registrato in occasione del Riesame della Direzione.

Il Comitato della Sicurezza viene convocato con frequenza almeno mensile dall’SPP e RSGS con lo scopo di valutare lo stato di avanzamento delle misure di prevenzione e protezione per la salute e sicurezza dei lavoratori attraverso il modello identificato come allegato MOD_M9 - REGISTRO GESTIONE SEGNALAZIONI NC AC.

10.1.2 Audit interni

La finalità degli Audit Interni è di verificare se il SGSS risulta conforme ai requisiti propri dell’organizzazione per il proprio SGSS, compresa la politica e gli obiettivi per la SSL ed ai requisiti della norma UNI EN ISO 45001:2018 e UNI EN ISO 19011:2018.

La pianificazione e l’esecuzione degli Audit sono fondati su quanto segue:

- Priorità stabilite dall’Alta Direzione;
- Conformità ai requisiti delle norme volontarie ISO;
- Conformità ai requisiti del SGSS dell’organizzazione;
- Conformità agli obblighi normativi ed altre prescrizioni in materia di SSL;
- Risultati dell’analisi del contesto e dei relativi rischi e opportunità;
- Risultati della valutazione dei rischi per la SSL;
- Esigenze di altre parti interessate;
- Miglioramento dell’organizzazione consorziale.

I RSGS predispongono il programma annuale di audit che viene approvato dalla Direzione nell'ambito della riunione di Riesame.

Nell'ambito del programma degli audit interni sono indicati:

- Le tempistiche e le responsabilità di conduzione dell'audit
- I criteri dell'audit
- Il campo di applicazione dell'audit ed i processi da sottoporre ad audit.

Tutte le Funzioni aziendali, gli elementi del sistema e l'intero campo del SGSS sono sottoposti ad audit almeno una volta all'anno.

Frequenze più restrittive sono stabilite in funzione dell'esito di audit precedenti, delle risultanze della valutazione dei rischi, di eventuali modifiche rilevanti ai processi dell'organizzazione, della segnalazione di incidenti o non conformità gravi; in tal caso il RSGS, provvede alla revisione del programma degli audit interni con le medesime modalità operative appena descritte.

Per ciascuno degli audit programmati viene incaricato un Lead Auditor dal RSGS, il quale predisponde un Piano di audit:

- la data
- lo scopo
- i destinatari
- la composizione del gruppo di audit
- la documentazione richiesta
- il programma temporale delle attività specificando i criteri, il punto della norma da verificare, le aree /processi oggetto di audit, l'auditor e il personale coinvolto.

Una volta predisposto il Piano di audit, lo stesso viene tempestivamente inviato alle funzioni interessate e al RSGS.

Le funzioni interessate, ricevuto il Piano di Audit, predispongono quanto necessario per consentire l'effettuazione dello stesso in condizioni ottimali (disponibilità delle persone coinvolte nell'audit, partecipazione propositiva, ecc.).

L'audit interno viene eseguito in accordo con il programma di audit e lo specifico piano di audit.

L'audit si sviluppa nelle seguenti fasi:

- Riunione di apertura, alla quale partecipano il RSGS, il Responsabile della funzione oggetto di audit, o suo delegato, il gruppo di audit e le funzioni interessate soggette a verifica;
- Verifica da parte del gruppo di audit, che tiene conto dei seguenti aspetti:
 - ✓ la disponibilità e la completezza delle informazioni documentate e delle evidenze attinenti lo scopo dell'audit;
 - ✓ l'efficace ed efficiente attuazione dei processi aziendali;
 - ✓ l'adeguatezza e l'accuratezza delle misure delle prestazioni;
 - ✓ le attività di miglioramento in atto;
 - ✓ le opportunità per il miglioramento continuo;
 - ✓ i risultati e le aspettative sulle prestazioni dei processi (soddisfazione dei requisiti normativi e delle parti interessate).

Il gruppo di audit si avvale di specifiche check-list elaborate allo scopo per registrare le evidenze riscontrate. Riunione di chiusura, alla quale partecipano almeno il Lead Auditor, il RSGS e un Responsabile delle funzioni

interessate che sono state oggetto di verifica. Durante la riunione vengono presentate e discusse le evidenze ed i rilievi emersi nel corso dell'audit, inclusi eventuali suggerimenti per il miglioramento continuo.

Il Lead Auditor è responsabile della redazione del rapporto di audit, in cui si riportano le seguenti informazioni:

- data dell'audit;
- scopo;
- destinatari;
- gruppo di audit;
- aree/processi verificate/i;
- evidenze dell'audit;
- funzioni aziendali coinvolte;
- personale intervistato;
- risultanze dell'audit;
- eventuali commenti relativamente alla conformità del SGSS e alla sua implementazione.

Il Lead auditor distribuisce il rapporto di audit al RSGS e al DL.

Qualora l'audit sia affidato ad esterni, sarà cura del RSGS trasmettere i moduli relativi a questa procedura al soggetto esterno incaricato per l'audit.

Gli audit possono essere condotti da personale interno o da soggetti esterni.

L'audit può essere svolto da un auditor singolo o da un gruppo di audit, in tal caso il gruppo sarà coordinato da un Lead Auditor.

Se è presente un solo auditor, questi assolve ai compiti applicabili al Lead Auditor; se l'auditor è esterno all'Organizzazione, dovrà essere sempre presente un incaricato della stessa per fornire le necessarie informazioni sull'organizzazione stessa. L'incaricato di cui sopra non deve necessariamente avere la qualifica di auditor.

I membri del gruppo di audit sono individuati dal Lead Auditor, in base alla complessità dell'audit, ai metodi di audit, alla capacità di lavorare con gli altri membri del gruppo e di interagire con i referenti dell'organizzazione ed altri fattori interni o esterni rilevanti, al fine di assicurare complessivamente nel gruppo di audit le necessarie competenze, conoscenze e abilità per soddisfare le esigenze del programma dell'audit.

Il personale adibito alla conduzione degli audit interni è individuato sulla base dei seguenti requisiti minimi:

- esperienza lavorativa nel campo della sicurezza e salute sul lavoro almeno quinquennale
- conoscenza dei processi consortili;
- corsi di formazione specifici sugli audit interni e sulle norme di riferimento;
- esperienza specifica almeno triennale maturata nell'area degli audit interni

Il gruppo di audit deve assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit. Gli auditor devono effettuare audit ad aree, processi o progetti per i quali sono indipendenti e non possono effettuare audit sul proprio lavoro.

Il Lead Auditor ha la responsabilità di coordinare il gruppo di auditor interni durante lo svolgimento delle attività di audit, partecipare alla riunione di chiusura e redigere il Rapporto di audit M12.

10.1.3 Altri processi

Nella tabella sottostante sono riportati ulteriori processi monitorati da CBRO:

| Oggetto di monitoraggio e misurazione | Metodo per il monitoraggio | Modalità di analisi e valutazione | Frequenza di monitoraggio | Frequenza di analisi e valutazione | Responsabilità del monitoraggio | Documenti di registrazione |
|--|---|---|---------------------------|--|---------------------------------|--|
| Andamento dei processi del SGSL* | Indicatori di performance | Scostamento rispetto agli obiettivi | Semestrale | Semestrale | RSGS | Obiettivi Sicurezza |
| Rispetto delle procedure e delle istruzioni operative | Audit interni | Procedure e delle istruzioni operative | Annuale | Alla scadenza delle azioni individuate | RSGS | M10-M11-M12-M13 |
| Rispetto dei requisiti cogenti | Audit interni | Legislazione di riferimento | Almeno annuale | Alla scadenza delle azioni individuate | SPP | M10-M11-M12-M13 |
| Rispetto dei requisiti norma UNI ISO 45001 | Audit interni | UNI ISO 45001 | Almeno annuale | Alla scadenza delle azioni individuate | RSGS | M10-M11-M12-M13 |
| Acquisizione delle competenze | Audit interni Piano di formazione Analisi matrice | Mansionario Matrice delle competenze | Annuale | Annuale | Risorse Umane SPP | Piano di formazione, rapporti di formazione e matrice delle competenze |
| Esecuzione manutenzione periodica (impianto elettrico, presidi antincendio, presidi di primo soccorso, ecc.) | Audit interni | Report di manutenzione e moduli interni di controllo | Annuale/semestrale | Annuale/semestrale | RSGS | Contratto Scadenziario Schede di manutenzione M12 |
| DVR | Riunione ex art. 35 | Valutazione della conformità alla stato attuale dell'Ente | Annuale | Annuale | SPP | M12 |
| DVR specifici | Annuale | Valutazione di eventuali modifiche al | Secondo quanto definito | Secondo quanto definito | SPP | - |

| Oggetto di monitoraggio e misurazione | Metodo per il monitoraggio | Modalità di analisi e valutazione | Frequenza di monitoraggio | Frequenza di analisi e valutazione | Responsabilità del monitoraggio | Documenti di registrazione |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| | | contorno | dalla normativa | dalla normativa | | |

*I processi aziendali sono monitorati attraverso appositi indicatori di performance, riportati nel documento "Obiettivi Sicurezza", allegata al riesame dell'Direzione ed aggiornata con frequenza annuale.

10.1.4 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni

CBRO definisce ed attua programmi di verifiche ispettive interne allo scopo di accertare se il SGSS sia:

- conforme ai requisiti della UNI EN ISO 45001:2018;
- conforme ai requisiti al sistema di gestione della SSL di CBRO;
- conforme alla normativa vigenti sulla salute e sicurezza del lavoro;
- efficacemente attuato.

Tutte le attività ed i processi del SGSS sono verificati almeno una volta all'anno. Le verifiche ispettive sono pianificate tramite l'apposito Programma degli Audit M10 predisposto da RSGS, ed approvato dal Comitato Sicurezza.

Per la conduzione delle verifiche ispettive sono individuati gli appositi verificatori che hanno il compito di preparare i supporti necessari per il corretto svolgimento degli audit (check - list, modulistica, report ecc.).

Le verifiche si basano sui documenti presi a riferimento e sulle "Check List" predisposte (M13).

Le attività di verifica consistono nel riscontro dell'evidenza oggettiva della conformità degli aspetti esaminati alle prescrizioni contenute nei documenti di riferimento. Le relative risultanze vengono documentate e circostanziate in dettaglio.

Completate le attività di verifica, vengono valutati i risultati emersi e gli stessi sono commentati con gli interessati affinché siano chiaramente comprese i rilievi e/o le non conformità segnalate.

Sulla base dei risultati della verifica il Verificatore redige il Rapporto di Audit nel quale sono evidenziate eventuali carenze o non conformità sulle quali CBRO intraprende azioni per risolvere le non conformità e migliorare il proprio SGSS.

I "Rapporto di Audit" sono archiviati da RSGS e costituiscono uno degli elementi in ingresso per il Riesame dell'Direzione. Prima di archiviare i "Rapporto di Audit" RSGS aggiorna il "Programma degli Audit" e aggiorna il file allegato M9 - REGISTRO GESTIONE SEGNALAZIONI NC AC, integrando con i rilievi emersi durante l'Audit.

Le verifiche ispettive comprendono anche quelle relative alla conformità legislativa che riguardano in particolare il rispetto dei limiti di legge e la conformità agli adempimenti normativi sulla salute e sicurezza.

La verifica della conformità a leggi e regolamenti applicabili è svolta almeno una volta l'anno.

10.2 Riesame della Direzione

CBRO provvede annualmente al Riesame del SGSS. Il Riesame considera i seguenti aspetti:

- Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami dell'Direzione;
- Cambiamenti nei fattori interni ed esterni che sono pertinenti al SGSS, inclusi le esigenze e aspettative delle parti interessate, requisiti legali e altri requisiti, rischi e opportunità;
- Grado di realizzazione della Politica pe la SSL e degli obiettivi per la SSL;

- Informazioni sulle prestazioni in termini di SSL, compresi gli andamenti relativi a:
 - Infortuni, mancati infortuni
 - Non conformità
 - Azioni correttive e miglioramento continuo
 - Risultati di monitoraggio e misurazioni
 - Risultati audit di processo, sistema e legali
 - Verifiche ispettive interne e di conformità legislativa
 - Consultazione e partecipazione dei lavoratori
 - Indicatori di prestazione relativi alla sicurezza
 - Stato di avanzamento del programma di miglioramento contenuto nel DVR
 - Obiettivi di miglioramento
 - Rischi e opportunità
- Opportunità per il miglioramento continuo;
- Comunicazioni con le parti interessate.

I dati di riferimento utilizzati per il riesame dell’Direzione sono raccolti in appositi documenti.

I risultati dei riesami comprendono le decisioni e le azioni relativi a:

- Mantenimento dell’idoneità, dell’adeguatezza e dell’efficacia del sistema di gestione SSL nel conseguimento dei risultati attesi;
- Decisioni e azioni relative al miglioramento dell’efficacia del sistema di gestione per la salute e sicurezza (miglioramenti impiantistici e/o organizzativi);
- Decisioni e azioni relative ai bisogni di risorse;
- Esigenze del sistema di gestione SSL;
- Opportunità di integrazione del sistema di gestione della SSL con altri processi operativi;
- Aggiornamento del programma di miglioramento contenuto nel DVR;
- Definizione dei nuovi obiettivi per la salute e sicurezza;
- Modifiche alla Politica per la Sicurezza.

I risultati dei riesami sono registrati tramite apposito “Verbale” redatto dal RSGS.

11 MIGLIORAMENTO CONTINUO

11.1 Generalità

Il ciclo di attività svolto per migliorare e mantenere efficace il SGSS consiste in:

- rilevare e registrare le NC
- attuare azioni correttive
- attivare controlli per assicurare che le azioni correttive siano messe in pratica e per valutarne l’efficacia
- attuare e documentare le modifiche alle procedure derivanti dalle azioni correttive
- intraprendere azioni correttive idonee commisurate ai rischi esistenti
- proporre azioni di miglioramento.

11.2 Non conformità e azioni correttive

Chiunque, ai diversi livelli dell'Organizzazione, rilevi una Non Conformità (NC) relativa ai luoghi o alle attività in corso, deve segnalarela tempestivamente al RSGS nelle modalità descritte a seguire.

Le NC possono essere rilevate, ad esempio, in occasione di:

- controlli/ispezioni;
- attività di audit;
- audit di verifica della conformità normativa;
- attività di sorveglianza e misurazioni del SGSS;
- segnalazioni/lamentele interne o provenienti dalla comunità esterna;
- verifiche ispettive esterne (Autorità Competenti);
- attività di monitoraggio e misurazione;
- situazioni di emergenza;
- infortuni sul lavoro, malattie professionali o near-miss.

Chi ha rilevato la NC provvede a segnalarela con le seguenti modalità:

- ✓ Tramite comunicazione via email
- ✓ Tramite la compilazione del Modulo M9

In entrambi i casi va riportato in modo comprensibile ed esaustivo:

- chi ha rilevato la NC;
- luogo e data in cui si è rilevata la NC, area ed attività che hanno determinato la NC;
- il processo aziendale coinvolto;
- l'origine della NC;
- la descrizione della NC specificando le possibili conseguenze e l'estensione delle stesse legate alla NC.
- Il riferimento alla tipologia di requisito non rispettato (prescrizione legale, UNI EN ISO 45001:2018, requisiti del SGSS).

Sia la comunicazione e-mail che il modello M9 devono essere inoltrate al RSGS. La segnalazione di NC può essere attivata anche direttamente dal RSGS nell'espletamento della sua attività di controllo del corretto funzionamento del SGSS e della corretta applicazione delle relative procedure implementate. Il RSGS, ricevuta la segnalazione o dopo aver rilevato direttamente la NC, con l'eventuale supporto del Responsabile di Funzione e del RSPP:

- provvede a verificare la sussistenza della NC stessa acquisendo le informazioni utili.
- se necessario, si reca sul luogo/sito oggetto della NC con il supporto delle funzioni necessarie per la specifica NC.
- quando si confermi l'effettiva esistenza di una NC e la comunicazione sia pervenuta via e-mail, il RSGS registra il contenuto sul modello M9;

- dispone affinché vengano attuate le eventuali azioni immediate necessarie ad eliminare eventuali rischi imminenti, inclusa la sospensione dell'attività lavorativa qualora persista un pericolo grave ed immediato;
- valuta, sempre con le funzioni sopra indicate, l'efficacia del trattamento effettuato per stabilire se sia necessario aprire una AC oppure verificata l'efficacia delle azioni immediate intraprese e ne registra la chiusura sullo specifico modello M9.
- stima congiuntamente alle funzioni responsabili la data entro la quale dovrà essere effettuata la chiusura della NC;
- registra l'analisi delle cause, la descrizione e l'efficacia delle azioni intraprese, la data stimata per la chiusura della NC nell'apposita sezione del Modulo M9.

Nel modulo suddetto il RSGS riporta inoltre il riferimento numerico attribuito alla NC seguito dall'anno in cui la NC è stata rilevata; le NC rilevate sono numerate per anno solare utilizzando un numero progressivo di due cifre.

Nel caso in cui sia necessario aprire una AC il RSGS registra il riferimento numerico all'AC da intraprendere sempre su M9 (le AC sono numerate per anno solare utilizzando un numero progressivo di due cifre).

Il RSGS provvede inoltre a compilare M9 indicando fra le informazioni:

- Numero e data della registrazione della NC;
- Data della comunicazione ricevuta;
- Breve descrizione della NC;
- Breve analisi della NC.

Per quanto concerne incidenti, mancati infortuni, infortuni si rimanda alla procedura "PS-09. GESTIONE INFORTUNI E NEAR MISS".