



Perry Johnson Registrars, Inc.

Salute e Sicurezza dei Lavoratori

Procedura di Certificazione

PJR offre servizi di certificazione alle organizzazioni che richiedono una convalida indipendente dei propri sistemi di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori (SGSSL). La presente procedura illustra il processo di certificazione OHSAS 18001 dall'inizio alla fine, descrivendo passo a passo l'intero processo, dalla richiesta iniziale alla sorveglianza continua dopo che la certificazione è stata ottenuta. Questa procedura descrive inoltre alcune politiche di PJR che si applicano a diverse situazioni.

INDICE

1	Introduzione e Campo di Applicazione	3
2	Riferimenti.....	3
3	Definizioni.....	3
4	Richiesta di Certificazione	4
5	Programmazione degli Audit	7
6	Fase 1 dell'audit.....	8
7	Fase 2 dell'Audit	10
9	Decisione relativa alla Certificazione	14
10	Audit di Sorveglianza e di Rinnovo del SGSSL	15
12	Sospensione, ritiro o annullamento della Certificazione	18
13.	Controversie ed Appelli.....	18
15.	Riservatezza	19
16.	Audit in accompagnamento	19
17.	Certificazione di sedi multiple ("Multi-sede") con un unico certificato.....	20
18.	Audit combinati OHSAS 18001 e ISO 14001	21
19.	Linee guida per gli audit dei requisiti specifici SGSSL.....	21
	Allegato 1: Diagramma di flusso: Livello di preparazione dell'azienda per procedere alla Fase 2 del processo SGSSL.....	24

1 Introduzione e Campo di Applicazione

- 1.1 I servizi che PJR offre comprendono la valutazione e la certificazione dei Sistemi di Gestione della Salute e della Sicurezza dei Lavoratori dei clienti secondo la norma OHSAS 18001.
- 1.2 La presente procedura esamina il campo di applicazione dei servizi di valutazione e certificazione offerti da PJR.
- 1.3 Nella presente procedura, il cliente di PJR viene chiamato "Organizzazione".
- 1.5 Nella presente procedura, OHSAS 18001 viene chiamato "OHSMS". Inoltre, OHSAS 18001 può anche essere chiamato OHSAS-18001, sia nelle procedure (documenti "PRO") sia nei moduli (documenti "F") di PJR.

2 Riferimenti

- 2.1 OSHAS 18001 Sistemi di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori – Requisiti. Ultima Revisione.
- 2.2 Altre linee guida nazionali, internazionali, questionari, norme relative all'industria, o altre specifiche reciprocamente concordate tra il fornitore e l'acquirente, compresa tutta la documentazione applicabile dell'Ente di Accreditamento, il regolamento per l'accreditamento , il regolamento per l'utilizzo del logo di accreditamento , ed il regolamento per l'appello .
- 2.3 Moduli e procedure di PJR applicabili.
- 2.4 ISO/IEC 17021 Valutazione della conformità legale – Requisiti per gli enti che effettuano gli audit e rilasciano la certificazione dei sistemi di gestione.

3 Definizioni

- 3.1 Richiedente - L'organizzazione che è responsabile di pagare le fatture emesse da PJR per la certificazione OHSAS 18001 di un SGSSL.
- 3.2 Attestato di Certificazione di Approvazione – Il certificato ed i relativi documenti che attestano che il SGSSL del Richiedente, in base alla procedura documentata di valutazione effettuata da PJR, è conforme alla norma specifica per il SGSSL, OHSAS 18001.
- 3.3 Certificazione dell'azienda – Il rilievo effettuato da PJR, sulla cui base viene emesso l'Attestato di Certificazione di Approvazione e si esegue la pubblicazione nel Registro di PJR, indicante che l'azienda del Richiedente dispone di un sistema che soddisfa i requisiti della norma specifica per il SGSSL. Inoltre, l'azienda del Richiedente utilizza tale sistema quotidianamente, dando così prova a PJR delle sue capacità di adempiere costantemente ai requisiti, nonché agli obiettivi dei requisiti della norma specifica per il SGSSL. La certificazione rende l'azienda parte del Piano di Certificazione del SGSSL di PJR, soggetta ai termini ed alle condizioni dell'Accordo per il Piano di Certificazione di PJR.
- 3.4 Struttura - Una società specifica, con una locazione determinata e un'entità aziendale o un professionista a cui è stato concesso un Certificato di Approvazione. Tutte le attività svolte dall'azienda sono incluse nella Certificazione e ne viene verificata la conformità secondo OHSAS 18001.
- 3.5 Rappresentante del SGSSL – Un dipendente dell'azienda che è responsabile del sistema di

gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori della società per quanto riguarda il processo di certificazione. Egli rappresenta per PJR la persona di riferimento principale all'interno dell'azienda.

- 3.6 Fase 1 – La valutazione in sede dell'azienda effettuata da PJR al fine di valutare l'adeguatezza del SGSSL dell'organizzazione. L'obiettivo della Fase 1 è di identificare le categorie di pericolo, la politica e gli obiettivi del SGSSL, ed il livello di preparazione dell'azienda per la Fase 2. Un'altra parte importante della Fase 1 consiste nel determinare le risorse necessarie affinché la Fase 2 abbia esito positivo. Le Non Conformità vengono emesse durante la Fase 1 e devono essere chiuse prima della Fase 2.
- 3.7 Fase 2 - La valutazione in sede dell'azienda effettuata da PJR al fine di valutare l'adeguatezza, l'efficacia e la conformità del SGSSL ai criteri di OHSAS 18001. Per maggiori dettagli si prega di consultare la Sezione 8 della presente procedura.
- 3.8 Piano di Gestione della Salute e/o della Sicurezza dei Lavoratori – Un documento che specifica precisamente le pratiche, le risorse, le attività e la sequenza della gestione della Salute e/o della Sicurezza dei Lavoratori relative al controllo delle categorie di pericolo per la salute e/o la sicurezza di un particolare prodotto, processo o servizio al fine di minimizzare gli impatti negativi.
- 3.9 Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza dei Lavoratori (SGSSL) – La struttura, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse dell'organizzazione per implementare la gestione della salute e/o della sicurezza dei lavoratori.
- 3.10 Valutazione preliminare (Valutazione iniziale o Riesame del livello di preparazione) – Una valutazione informale dell'azienda effettuata da PJR al fine di esaminare il SGSSL dell'organizzazione prima della Fase 1. L'obiettivo della valutazione iniziale è quello di determinare se l'azienda è pronta per la certificazione.
- 3.11 Marchio di Certificazione - Il logo che le società certificate sono autorizzate ad utilizzare, per pubblicizzare che l'azienda è conforme a OHSAS 18001.
- 3.12 Registro – L'elenco delle aziende certificate OHSAS 18001 secondo il Piano di Certificazione di PJR.
- 3.13 Audit di Sorveglianza/Valutazione continua - Visite successive all'audit di certificazione effettuate da valutatori di PJR al fine di determinare la conformità continua alla norma OHSAS 18001.

4 Richiesta di Certificazione

- 4.1 L'organizzazione inizia il Processo di Certificazione mediante una richiesta di informazioni scritta o verbale. In risposta, PJR fornisce all'organizzazione quanto segue:

F-1/F-1supp Profilo del Cliente/Questionario OHSAS 18001

Se necessario, su richiesta PJR fornirà al cliente ulteriori informazioni/documenti sul sistema di certificazione.

Se il cliente ha più di una sede, il modulo F-1supp richiede che il cliente fornisca una descrizione dettagliata delle attività che vengono svolte in ciascuna sede. Questa descrizione consente a PJR di classificare in modo corretto il cliente come certificazione campus o multi-sede. L'F-1supp comprende inoltre delle domande che aiutano ad assicurarsi che il cliente venga correttamente classificato come multi-sede. Nella Comunicazione di PJR N.33 si può trovare una guida alle differenze nella classificazione.

4.2 L'organizzazione completa il Questionario del Cliente (o PJR riceve le informazioni per telefono) per fornire a PJR le informazioni iniziali richieste per avviare il processo di certificazione. Se è necessaria la traduzione da una lingua straniera, PJR si avvarrà di un traduttore. Tale documento consentirà di ottenere alcune informazioni relative all'Organizzazione, tra cui le seguenti:

1. Nome del contatto (indirizzo, etc.)
2. Descrizione dell'attività, dei processi e dei codici EA. I codici EA sono molto importanti e sono utilizzati da chi organizza gli audit per scegliere auditor competenti nel settore di riferimento.
3. Descrizione della sede dello stabilimento, numero di dipendenti, numero di turni di lavoro, etc.
4. N. di turni
5. Lo stato dell'attuale SGSSL
6. Categorie malattie professionali e/o sicurezza

Se il cliente dispone di più di una sede, le informazioni sul F-1supp saranno utilizzate per classificare il cliente come certificazione campus o multi-sito. Si veda la comunicazione 33 di PJR sulla guida degli schemi dei campus e multi-sede.

4.3 Se lo scopo dell'attività di un'organizzazione richiedente è simile alla descrizione dell'attività di PJR, la domanda verrà rifiutata. Verificate le risorse richieste e se PJR non può confermare le proprie competenze/risorse per certificare un'organizzazione richiedente, PJR rifiuterà di accettare la domanda.

4.4 Sulla base delle informazioni fornite dall'organizzazione, PJR potrà accettare o rifiutare tale domanda. Quando PJR rifiuta una domanda dopo averla riesaminata, le ragioni del rifiuto saranno documentate nel Modulo Revisione/Approvazione Preventivo (F-168 e le ragioni saranno chiarite al cliente). Quando viene accettata una domanda, PJR determinerà gli obiettivi, il campo di applicazione ed i criteri dell'audit, e fornisce un preventivo per coprire i costi della certificazione e degli audit successivi, usando la guida dei giorni-uomo (F-80e.ohs.r2.rc.rc14.rios.en) per gli schemi ISO 14001/ISO50001/OHSAS 18001/RC14001/R2/AuditorRIOS e valutando i pericoli/rischi (Limitata, Bassa, Media o Alta), a seconda dei casi.

4.5 In seguito all'approvazione dell'APM 14/18 o del PM, PJR presenterà al cliente un'offerta formale per la copertura dei costi di certificazione e dei successivi audit di sorveglianza. L'offerta non comprende il costo di visite successive (ri-visite) che potrebbero essere raccomandate o richieste al fine di completare in modo positivo il processo di certificazione. Invece il preventivo può includere il costo delle pre-valutazione. L'offerta viene inoltre redatta partendo dal presupposto che le informazioni fornite dall'organizzazione sono precise, e può essere soggetta a modifiche per coprire l'eventuale lavoro aggiuntivo di PJR nel caso in cui le informazioni siano imprecise oppure incomplete. Si prega di tenere presente che, in seguito alla Fase 1, il numero di giorni necessari per la Fase 2 può aumentare o diminuire, in base a quanto rilevato dal Lead Auditor SGSSL e/o dal riesame effettuato dall'APM 14/18 o dal Program Manager.

Se la certificazione riguarda un'organizzazione attualmente in possesso di un certificato OHSAS 18001 rilasciato da un altro Ente di certificazione accreditato, la base dell'offerta potrà scostarsi dalle linee guida minime in base ai seguenti presupposti:

- il tempo trascorso dall'effettivo audit di certificazione (F1) e/o l'ultimo audit di sorveglianza;
- i dettagli di precedenti non conformità e lo stato delle azioni correttive;

- in seguito al riesame di tutta la documentazione relativa al sistema ad opera del personale di valutazione di PJR.

Alle Organizzazioni viene fornito l'F-144 (Modulo Lista di Controllo di Trasferimento) per documentare le informazioni necessarie per completare un audit di trasferimento.

- 4.6 In alcuni casi, è possibile ottenere una deviazione nel numero di giorni di audit richiesto. Le motivazioni per le deviazioni (aumento o diminuzione) sono descritte nel modulo OM-06-09. Per gli audit di Multi-Sede, i giorni dell'audit sono determinati in base al numero degli addetti di ogni sito. Può essere applicata la campionatura per i diversi siti che offrono prodotti, servizi, processi o attività simili in ciascuno di essi. Quando vengono trovate non conformità durante l'audit di un sito scelto a campione, l'azione correttiva deve essere applicata a tutti i siti interessati, inclusi quelli non controllati fisicamente.

La giustificazione per la deviazione nel numero di giorni deve essere indicata nel modulo F-114 (modulo per la deviazione) che deve essere approvato dal PM o dal suo delegato. Gli attuali delegati comprendono l' APM 14/18 o Program Manager – per il Giappone ed il Responsabile dell'accreditamento per il Giappone.. Dopo aver completato il preventivo ed il modulo F-114, i risultati del riesame dell'offerta vengono documentati sull'F-168, Checklist di approvazione del preventivo.

- 4.7 Se l'organizzazione intende procedere con la certificazione, PJR fornisce una copia del modulo F-3, il Contratto di certificazione SGSSL. L'organizzazione in seguito compila, sottoscrive e restituisce una copia del modulo F-3. Quando PJR riceve questo documento, si può procedere come da contratto di certificazione (F-3) e procedure correlate. L'organizzazione può prendere visione del Sommario della Procedura per la Certificazione del sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori (F-81ohs) In seguito alla firma del contratto, è possibile apportare degli emendamenti (concordati da entrambi le parti) utilizzando il modulo F-78 (Richiesta di Emendamento al contratto). A questo punto l'organizzazione deve trasmettere a PJR anche quanto segue:

- a) la conferma scritta delle date prescelte per la pre-valutazione iniziale (se applicabile) e per la Fase 1 della certificazione
- b) il pagamento del primo acconto come da contratto di certificazione

- 4.8 (PROCEDURA NON APPLICABILE IN ITALIA) PJR richiederà la documentazione del caso all'organizzazione per il controllo prima dell'audit di fase 1. Una lista di controllo dei documenti (F108ohs) verrà inviata all'organizzazione tramite il Responsabile della Programmazione degli Audit. Lo scopo di questo pre-audit per la revisione dei documenti è di garantire che tutti gli elementi necessari per il successo della Fase 1 di audit siano a posto e che il campo di applicazione dell'audit sia accurato.

L'organizzazione dovrà garantire che tutti i documenti vengano inviati direttamente all'APM 14/18 o al Program Manager per il Giappone. L'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone, completerà il riesame e contatta direttamente l'organizzazione se vi è documentazione mancante o insufficiente. Se una parte significativa della documentazione non è disponibile, l'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone, informerà il cliente di rinviare la Fase 1 fino a quando non viene presentata la documentazione a disposizione di PJR per la revisione. L'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone, inoltre, inoltrerà la documentazione, se necessario, al Lead Auditor che effettuerà la Fase 1 di audit.

Nel caso in cui venga condotta una Pre valutazione per l'organizzazione prima della Fase 1, il processo per la raccolta della documentazione prima della Fase 1 verrà comunque seguito. Tuttavia è l'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone a decidere quanto della documentazione richiede una revisione sulla base dei risultati dell'audit di Pre valutazione.

- 4.9 Se i requisiti per la certificazione cambiassero in un qualsiasi momento e necessitassero di implementazione retroattiva, PJR si impegna a comunicare prontamente i nuovi requisiti al

cliente e a controllare che tali requisiti vengano applicati / implementati durante il successivo audit di sorveglianza dell'organizzazione.

- 4.10 Prima di procedere con la valutazione si devono risolvere eventuali incomprensioni tra PJR e l'organizzazione.
- 4.11 Il rinvio o l'annullamento degli audit da parte dell'Organizzazione può causare l'obbligo dell'Organizzazione a pagare delle penali per la cancellazione come specificato nel contratto F-3.
- 4.12 Le tariffe indicate nel contratto per gli audit successivi possono aumentare o diminuire sulla base di decisioni prese durante la Fase 1 dell'Audit di Valutazione Iniziale.
- 4.13 È responsabilità del Lead Auditor SGSSL di contattare l'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone di PJR, in caso debbano essere fatte delle modifiche all'accordo contrattuale per la Fase 2 di Audit, o se qualunque "grave situazione" si verifichi (a giudizio del Lead Auditor SGSSL).
- 4.14 Dovrebbe essere determinato dall'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone e/o dal Lead Auditor SGSSL prima della Fase 1, se un interprete sarà necessario per il completamento dell'audit. Se un interprete è necessario, PJR contatterà tale persona(e), per la partecipazione all'audit.

5 Programmazione degli Audit

- 5.1 Dopo aver ricevuto il Contratto per la Certificazione (F-3) firmato, si assegna l'organizzazione da verificare ad un Coordinatore del Programma degli Audit (Schedulatore/trice) affinché programmi l'audit sulla base delle date indicate dal cliente. Il responsabile della programmazione degli audit contatta il Rappresentante di Direzione per determinare le date che l'organizzazione preferirebbe per le attività di verifica, poi controlla se gli/l'auditor con le competenze necessarie sono/è disponibili/e. Spesso questo processo comporta numerosi contatti tra il cliente e gli/l'auditor prima che si raggiunga un accordo. Il responsabile della programmazione degli audit o il Manager appropriato devono giustificare l'assegnazione dell'auditor utilizzando il modulo F-114a per tutte le norme.
- 5.2 Il responsabile della programmazione degli audit spedisce il modulo di conferma della programmazione dell'audit (F-163) al cliente, il quale lo deve restituire firmato, indicando così di accettare le date proposte per l'audit ed il gruppo di audit proposto. Maggiori informazioni al riguardo sono disponibili su richiesta. Il cliente ha anche il diritto di opporsi alla presenza di un determinato auditor o esperto tecnico purché l'opposizione sia valida (ad esempio si tratti di un dipendente di un concorrente, o ci siano questioni personali, etc.). La presenza e la giustificazione di osservatori (ad esempio consulenti del cliente, personale degli enti di accertamento in caso di audit in accompagnamento, regolatori o altre persone la cui presenza è giustificata) saranno approvati da PJR e dal cliente prima dell'audit. Come menzionato sopra, il responsabile della programmazione degli audit invia al cliente anche il modulo F-108ohs, con il quale l'organizzazione attesta di essere pronta per la Fase 1 dell'audit di certificazione. Insieme all'F-108, viene spedito al cliente anche l' F-191, che è un modulo facoltativo e che lo aiuta a verificare che tutti i suoi processi soddisfino i requisiti della norma in oggetto. Nel caso in cui non fossero pronti molti dei documenti indicati nell'F-108ohs, Il responsabile della programmazione deve farlo presente all'APM 14/18 o al Program Manager per il Giappone. Il responsabile della programmazione infine crea il modulo di nomina dell'auditor (F-27*) e lo invia agli/all'auditor in questione, previa autorizzazione del modulo stesso dalla casa madre. (*Divisione giapponese: si deve usare l'F-54J al posto dell'F-27)

6 Fase 1 dell'audit

- 6.1 PJR svolge il suo Audit di Certificazione SGSSL in due fasi, entrambi presso la sede dell'Organizzazione. Ai fini di questa procedura, queste due fasi sono descritte come Fase 1 di Audit e Fase 2 di Audit. Il LA SGSSL prepara un Piano di Audit basato sui processi specifico per la Fase 1, utilizzando il modulo F-184 - modello per i piani di audit. Il piano di audit specificherà tra gli altri dettagli, il campo di applicazione delle operazioni, i giorni di audit ed i membri del team di audit. Il LA SGSSL fornirà all'Organizzazione una copia di tale piano non più tardi di 2 settimane prima dell'audit. Il piano può anche comprendere requisiti supplementari ritenuti necessari per ottenere la certificazione accreditata necessaria.
- 6.2 Si ritiene che il Lead Auditor sia confermato, solo dopo che ha ricevuto l'F-27 (Divisione giapponese: F-54J) per la Fase 1 di audit. Prima dell'audit, il LA si metterà in contatto con il Rappresentante della Direzione dell'Organizzazione (RD) e discute della logistica (viaggi, gli orari di inizio preferenziali, ecc.), il tipo di abbigliamento tipicamente indossati da parte della direzione dell'organizzazione (tradizionale, casual, ecc.), ed identifica requisiti speciali dell'audit (come formazione specifica sulla sicurezza o l'attrezzatura di sicurezza). Il LA deve anche chiedere al cliente dove egli svolge la propria attività e dove i suoi prodotti o servizi vengono venduti. Il LA deve familiarizzare con i requisiti legali relativi al prodotto o servizi del cliente in tutti i Paesi applicabili. Una ricerca sul web è il modo migliore per raggiungere questo obiettivo, ad esempio www.epa.gov (per gli USA) ecc. Il Lead Auditor deve anche contattare i membri dell'audit team per inoltrare le disposizioni logistiche, il codice di abbigliamento, ecc. e fornire al cliente ed a tutti i membri di audit la copia del piano di audit. Il Program Manager e/o il LA SGSSL, prima della Fase 1, devono decidere se è necessario un interprete. Se così fosse, PJR deve contattare l'interprete affinché sia presente durante l'audit.
- 6.3 Il giorno dell'audit ed all'orario iniziale previsto, il Lead Auditor deve introdurre l'audit effettuando la riunione di apertura. La riunione di apertura deve essere effettuata utilizzando l'Ordine del Giorno della Riunione di Apertura nell'appropriata cartella di lavoro dell'audit. Il Lead Auditor deve registrare le presenze di chi rappresenta l'organizzazione alla riunione di apertura nel Foglio Presenze.
- 6.4 Ogni auditor deve essere accompagnato da una guida salvo diverso accordo tra Lead Auditor ed il cliente. Il gruppo di audit deve assicurare che le guide non influenzino o interferiscano nel processo di audit o nel suo esito.
- 6.5 Gli obiettivi della Fase 1 dell'audit di certificazione mirano a fornire una base per la pianificazione della Fase 2, tramite l'acquisizione di conoscenze del SGSSL nel contesto dei pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori dell'organizzazione e dei relativi rischi, politiche e obiettivi. Gli auditor riesaminano la misura in cui:
- a) il SGSSL comprende un processo idoneo per l'identificazione dei pericoli/rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori dell'organizzazione;
 - b) l'organizzazione dispone di autorizzazioni, certificazioni, licenze e permessi adeguati per lo svolgimento delle attività rilevanti;
 - c) il SGSSL è stato progettato per raggiungere la politica di SSL dell'organizzazione;
 - d) il programma d'implementazione del SGSSL giustifica l'avanzamento alla Fase 2;
 - e) per il completamento della Fase 2 sono disponibili esperti tecnici o legali adeguati, o un interprete (solitamente queste persone vengono designate dalla sede centrale di PJR prima di nominare i valutatori);
 - f) l'audit interno dell'organizzazione è conforme ai requisiti della

- normativa OHSMS
- g) Il riesame della direzione dell'organizzazione è conforme ai requisiti dello standard OHSMS.
 - h) si raccolgono le informazioni necessarie per individuare gli argomenti che richiederanno una particolare attenzione durante la Fase 2, compresa la determinazione se per il completamento della Fase 2 sarà necessario un esperto tecnico o legale o un interprete.
 - i) si può raggiungere un accordo con l'organizzazione in merito ai dettagli per la Fase 2.
 - j) si individuano le questioni conformi e quelle non conformi, così come i punti da tenere sotto controllo durante la Fase 2. Tutti questi rilievi saranno documentati nel rapporto dell'audit preparato durante la valutazione di Fase 1.

6.6 Per conseguire i suddetti obiettivi, i valutatori di PJR riesamineranno:

- a) la documentazione OHSMS, comprensiva delle procedure (e preferibilmente un elenco di riferimento che colleghi la documentazione ai requisiti della norma);
- b) una descrizione degli elementi principali del SGSSL e dei relativi processi in sede/non in sede;
- c) I pericoli per la SSL ed i relativi rischi, nonché la determinazione dei rischi significativi;
- d) una piantina della sede dell'organizzazione;
- e) gli strumenti per la realizzazione del concetto di miglioramento continuo;
- f) se i processi dell'organizzazione sono solidi e rispettati;
- g) le informazioni che identificano le incongruenze tra la politica, gli obiettivi ed i traguardi della salute e della sicurezza dei lavoratori dell'organizzazione ed i suoi processi o il risultato della loro applicazione;
- h) le normative applicabili e gli altri requisiti (comprese autorizzazioni, certificati, licenze/permessi) e gli accordi con le autorità competenti;
- i) i programmi degli audit interni e i processi del riesame della direzione;

6.7 I valutatori non documentano le non conformità (nei verbali di non conformità), le osservazioni o le opportunità per il miglioramento nei moduli dei rapporti (RNC) durante la Fase 1 dell'audit del SGSSL. Invece, l'obiettivo della prima fase sarà quello di documentare nel rapporto finale dell'audit del SGSSL l'evidenza oggettiva della conformità o non conformità al fine di supportare o meno la raccomandazione a procedere alla Fase 2. Al termine della fase 1, il LA farà una raccomandazione che il cliente è pronto o non è pronto a procedere alla Fase 2. Se il cliente non è pronto a procedere alla Fase 2, si presenteranno le seguenti opzioni:

- a) *Ripetere la fase 1*: se emergono questioni significative
- b) *Rivisita in sede*: viene raccomandata se il valutatore deve effettuare un audit in sede in modo da riesaminare l'evidenza oggettiva per risolvere le non conformità e le aree critiche della Fase 1.
- c) *Rivisita non in sede*: viene raccomandata se sono da risolvere solo questioni relative alla documentazione.

Inoltre, il LA deciderà se i giorni previsti nel contratto per la Fase 2 sono adeguati o meno. Se i giorni previsti nel contratto per la Fase 2 non sono corretti, il valutatore responsabile deve indicare il numero di giorni che pensa siano opportuni. Sia il Lead Auditor che l'Organizzazione devono firmare il verbale di Fase 1 di Audit.

All'orario previsto, il Lead Auditor deve tenere una riunione di chiusura con l'organizzazione. La riunione di chiusura deve essere effettuata utilizzando i verbali della riunione di chiusura

nell'appropriata cartella di lavoro di audit. Il Lead Auditor deve registrare le presenze dell'organizzazione alla riunione di chiusura nel Foglio Presenze.

La cartella di lavoro di audit completata, prova che i processi dell'Organizzazione soddisfano tutti i requisiti della norma applicabile (se l'organizzazione ha scelto di fare ciò) deve essere caricato in Sharepoint entro una settimana dall'audit. (Nota: Le divisioni Internazionali possono avere requisiti diversi per la presentazione del pacchetto di audit).

Quando la sede centrale di PJR riceve il pacchetto della Fase 1, il Responsabile del Programma 14/18 o il designato competente esamina il pacchetto dell'audit e decide se concorda con la raccomandazione del Lead Auditor di procedere alla Fase 2. La decisione del Responsabile del Programma 14/18 o del suo designato è documentata alla fine del verbale di audit di fase 1, ed una registrazione della decisione è inserita in PJView, in modo da velocizzare la Pianificazione della Fase 2 di Audit. Inoltre, il Responsabile del Programma ISO 14001 e OSHA (14/18 APM) o un suo designato intraprende le azioni necessarie qualora il LA abbia raccomandato che il tempo previsto nel contratto per la Fase 2 non è appropriato. Se la data della Fase 2 è cambiata rispetto a quella convenuta, allora deve essere presentata una richiesta di modifica al Coordinatore delle vendite. *Per maggiori informazioni, si deve far riferimento al diagramma di flusso dell'Allegato 1 sul livello di preparazione dell'organizzazione per procedere alla Fase 2.*

7 Fase 2 dell'Audit

7.1 In base ai risultati ottenuti durante la prima fase, PJR deve redigere una bozza di piano dell'audit per la seconda fase. Generalmente, l'intervallo di tempo tra la Fase 1 e la Fase 2 è di un minimo di 30 giorni di calendario e di un massimo di 75 giorni. Tuttavia, PJR tiene in considerazione la dimensione e la complessità dell'organizzazione per determinare l'intervallo di tempo tra la prima e la seconda fase, che in nessun caso può superare i 90 giorni.

7.1.1 Per le organizzazioni in Italia, la durata tipica tra la Fase 1 e la Fase 2 sarà di minimo 15 giorni di calendario. In alcune circostanze, una minor durata può venire autorizzata giustificandola. PJR richiede che le organizzazioni presentino un riconoscimento dei rischi associati alla durata di tempo inferiore ai 15 giorni. Questa consapevolezza è conseguita e registrata sul F-163.it.

7.2 Gli obiettivi della Fase 2 sono i seguenti:

- a) confermare che l'organizzazione segue le proprie politiche, procedure e obiettivi;
- b) confermare che il SGSSL è conforme a tutti i requisiti della norma OHSAS e che sta raggiungendo gli obiettivi della politica dell'organizzazione;

Per raggiungere i suddetti obiettivi, l'audit (Fase 2) prende in considerazione l'implementazione di tutti gli elementi della norma (ad eccezione di quelli verificati interamente e con successo nella Fase 1) e si deve focalizzare sui seguenti aspetti dell'organizzazione:

- a) identificazione dei pericoli e della successiva determinazione della loro significatività;
- b) procedure per assicurare l'identificazione e la conformità ai requisiti legali e ad altri requisiti;
- c) obiettivi e traguardi derivanti dal processo di valutazione;
- d) controllo di gestione;
- e) controllo, misurazione, comunicazione e riesame delle prestazioni a fronte di obiettivi e target, compresa l'appropriata ed efficace implementazione;
- f) identificazione e valutazione delle non conformità e completamento delle azioni correttive/preventive;

- g) audit interni e riesame della direzione;
- h) processo dell'audit della conformità legale
- i) responsabilità della direzione per la politica OHS;
- j) collegamenti tra politica, pericoli e relativi rischi, obiettivi e target, responsabilità, programmi, procedure, dati sulle prestazioni, audit interni e riesame.

7.3 La riunione di apertura deve essere tenuta utilizzando l'Ordine del Giorno della Riunione di Apertura nella cartella di lavoro di Fase 2. Il Lead Auditor deve anche far circolare il Foglio Presenze della Fase 2 per documentare la presenza dei partecipanti alla Riunione di Apertura.

7.4 Dopo la Riunione di Apertura, la prima parte dell'attività di audit nel sito è in realtà la conclusione della Fase 1 di audit. Il Lead Auditor deve verificare le correzioni adottate per affrontare le aree non conformi e le aree di interesse della Fase 1. Il Lead Auditor deve documentare in modo chiaro le evidenze oggettive revisionate per sostenere che le aree critiche/aree non conformi sono state affrontate. (Nota: È sufficiente che l'organizzazione presenti solo la correzione relativa alla Fase 1 per correggere le aree critiche/aree non conformi. L'analisi delle cause e le azioni correttive non sono necessarie).

7.5 In base al piano di audit, inizia poi la Fase 2 di audit basato sui processi. Il Lead Auditor deve garantire che il membro del team con competenze in materia del processo dell'Organizzazione (cioè il membro del team con competenze in materia di codice EA dell'organizzazione) nonché sui requisiti legali e di altro genere, venga assegnato a verificare le aree appropriate. Ogni Auditor deve essere accompagnato da una guida, salvo diverso accordo tra il Team Leader ed il cliente. Il gruppo di audit si deve assicurare che le guide non influenzino o interferiscano nel processo dell'audit o nel suo esito. Nel corso dell'audit, il team dell'audit dovrebbe valutare periodicamente i progressi dell'audit e dovrebbe garantire uno scambio di informazioni. Il Lead Auditor deve inoltre riassegnare il lavoro in base alle esigenze tra i membri del team dell'audit e comunicare periodicamente il progresso dell'audit e le eventuali preoccupazioni al cliente. Il Lead Auditor deve anche assicurarsi che venga programmato il giusto tempo per le riunioni del gruppo di valutatori, etc. Si prega di notare che solo il 10% del tempo totale in sede dovrebbe essere dedicato alle attività di compilazione dei report per un audit SGSSL. Ogni modifica all'audit plan deve essere indicata sul programma e segnalata alla casa madre di PJR con l'audit package.

7.6 Si deve fare ogni sforzo per verificare i processi dell'organizzazione laddove essi si trovano. L'evidenza oggettiva emersa nel corso dei colloqui deve essere verificata acquisendo ulteriori informazioni da fonti indipendenti, come osservazioni, registrazioni e risultati delle misurazioni esistenti. Sul documento di lavoro dell'audit all'interno del workbook si devono registrare i nomi, le mansioni ed i turni di lavoro delle persone che sono state intervistate. Il gruppo di valutatori deve registrare sul documento di lavoro dell'audit molteplici appunti relativi alle conformità ed alle non conformità. Tali annotazioni devono essere organizzate in conformità con i processi dell'organizzazione e non con le clausole della norma che si sta verificando. Documenti di lavoro insufficienti o basati sulle clausole non sono accettabili e saranno respinti dal Comitato Esecutivo.

Gli Auditor devono scegliere i propri campioni. Non possono sceglierli i clienti. (Si prega di fare riferimento alla Comunicazione di PJR N. 21, Note dei Valutatori sulla documentazione del Cliente e sul campionamento della documentazione). Il campionamento fatto dall'auditor comprende importanti elementi per condurre un audit a valore aggiunto per il cliente. Un campionamento adeguato consente di valutare il reale funzionamento del SGSSL dell'Organizzazione e di identificarne i punti deboli. È importante tener presente che il termine "campionamento" indica una scelta casuale dell'evidenza all'interno di uno specifico processo. Per questo motivo, gli auditor devono ricordarsi di scegliere "attivamente" quei processi che dal riesame preliminare sono risultati essere collegati ai reclami del cliente, ai prodotti restituiti, o a non conformità interne. La performance storica (o la sua mancanza)

dovrebbe aiutare a individuare dove si dovrebbe effettuare il campionamento.

- 7.7 Qualora ci sia l'evidenza oggettiva per scrivere una non conformità, si deve procedere come di seguito indicato:
- 7.1 Dichiarazione di non conformità,
 - 7.2 Evidenza oggettiva osservata che supporta la dichiarazione di non conformità e
 - 7.2 Citazione dei/l requisiti/o che non sono/è stati/o rispettati/o.

PJR definisce le non conformità nel seguente modo: non conformità maggiore, non conformità minore, osservazione ed opportunità di miglioramento. Le definizioni sono descritte in modo più dettagliato nella sezione 10 del presente documento.

- 7.8 Se il LA rileva una non conformità maggiore nel corso di un audit, deve informare immediatamente il Rappresentante di Direzione. Per gli audit che durano più giorni, il LA deve tenere una riunione conclusiva con il gruppo di verifica ed il Rappresentante di Direzione per discutere dei rilievi e delle osservazioni di quella giornata.
- 7.9 Se un membro del gruppo di valutatori rileva una non conformità che sospetta sia maggiore nel corso di un audit, deve informare immediatamente il LA. (I membri del gruppo di verifica non possono classificare le non conformità nel corso dell'audit; la classificazione delle non conformità è una responsabilità del LA, il quale prende la decisione finale sulle non conformità e sulla loro gravità).
- 7.10 Le non conformità maggiori spesso richiedono una rivisita. Quando il LA ritiene che sia stata identificata una non conformità maggiore, deve contattare immediatamente l'Assistente del Program Manager 14/18 o il Program Manager per il Giappone, o un membro del Comitato Esecutivo o altro contatto internazionale appropriato, per stabilire se è necessaria una rivisita in sede. Il LA contatterà poi il responsabile della programmazione degli audit per programmare una data precisa per la rivisita, preferibilmente prima che il LA lasci la sede del Cliente.
- 7.11 Se le evidenze dell'audit disponibili indicano che gli obiettivi dell'audit sono irraggiungibili, e nel corso dell'audit il LA si rende conto di non poter raccomandare l'organizzazione alla certificazione a causa di gravi mancanze nel sistema SGSSL o per la presenza di un rischio immediato e significativo (es. sicurezza), o se risulta evidente che sarà necessaria una rivisita per chiudere una o più non conformità maggiori, il LA lo comunicherà al Rappresentante di Direzione e contatta l'Assistente del Program Manager 14/18 o il Program Manager per il Giappone, presso la casa madre per determinare l'azione appropriata. Tale azione può comprendere la riconferma o la sistemazione del piano di audit, le modifiche agli obiettivi o al campo di applicazione dell'audit o alla sua cessazione. L'Assistente del Program Manager 14/18 o il suo delegato e il LA esaminano le seguenti possibilità: a) continuare l'audit con la consapevolezza che verrà richiesta una rivisita o b) interrompere l'audit. Il LA poi illustra le suddette possibilità al Rappresentante di Direzione e fa una raccomandazione. È importante che la decisione venga comunicata immediatamente all'Assistente del Program Manager 14/18 o al Program Manager per il Giappone, in quanto spesso è necessario apportare una modifica al contratto.
- 7.12 Il Lead Auditor, con il contributo del team di audit, deve completare il Rapporto Finale dell'Audit. La guida alla compilazione della tabella, Sintesi dei Processi sottoposti a Revisione e Non Conformità Emesse durante Il Ciclo di Certificazione, nel Rapporto Finale di Audit viene fornito nella Comunicazione PJR # 27.
- 7.13 Dopo che il gruppo di auditor ha concluso il proprio audit, ma prima della riunione di chiusura, il LA riunisce il gruppo di audit e riesamina i rilievi del gruppo nonché le altre informazioni raccolte durante l'audit rispetto agli obiettivi di audit. Il Lead auditor deve riesaminare il Documento di Lavoro dell'audit per assicurarsi che siano state verificate tutte le clausole

della norma, e che siano state verificate in modo appropriato. Il LA riesamina i Rapporti di Non Conformità (RNC), effettua le modifiche necessarie e numera i RNC (ad ogni RNC emesso viene attribuito un numero progressivo).

- 7.14 A questo punto, il gruppo di auditor consegna al Lead Auditor tutti i documenti di lavoro dell'audit e gli altri moduli richiesti, compresa la Dichiarazione di disponibilità, riservatezza e promessa di non divulgazione.
- 7.15 Al termine della riunione degli auditor, viene chiamato il Rappresentante di Direzione per illustrargli i risultati dell'audit. Il LA deve far firmare al Rappresentante di Direzione i RNC. Prima della riunione di chiusura si dovrebbero rivedere con il Rappresentante di Direzione i rilievi dell'audit affinché sia a conoscenza dei fatti alla base delle non conformità.
- 7.16 Si deve tenere una riunione di chiusura utilizzando il verbale della riunione di chiusura nel workbook della Fase 2. Il LA deve inoltre far passare il Foglio Presenze contenuto nel workbook della Fase 2 per documentare la partecipazione alla riunione di chiusura. Il Rappresentante di Direzione darà la possibilità di fare domande. Tutte le opinioni divergenti per quanto riguarda le evidenze o le conclusioni dell'audit tra il team di audit ed il cliente saranno discusse e risolte, ove possibile. Tutte le opinioni divergenti che non sono risolte devono essere registrate nella sezione commenti del Modulo Accettazione delle Evidenze da parte dell'Organizzazione.
- 7.17 Il Lead Auditor ed il cliente devono riconoscere l'esecuzione di tutti gli eventi critici dell'audit e tutte le non conformità documentate sul modulo di Accettazione dei Rilievi da parte dell'organizzazione. Il Lead Auditor fornirà all'Organizzazione un Rapporto di Audit scritto al termine dell'audit in sede.
- 7.18 Il Lead Auditor deve inserire in Sharepoint l'intero audit package entro una settimana dall'ultimo giorno dell'audit. Qualsiasi altro documento cartaceo deve essere inviato all'ufficio PJR. Per spedire gli audit package, gli auditor devono seguire le linee guida contenute nella comunicazione di PJR N. 6. (Nota: Le divisioni Internazionali possono avere requisiti diversi per la presentazione del pacchetto di audit).
- 7.19 L'organizzazione ha 60 giorni dalla data della riunione di chiusura per presentare un piano per le azioni correttive per le non conformità **minori** rilevate nel corso dell'audit. (Si consiglia all'auditor di stabilire con il cliente una data effettiva per la chiusura delle non conformità e di annotarla sul Rapporto dell'audit). Si noti che un piano per le azioni correttive comprende un piano per il trattamento ed i risultati dell'analisi della causa principale, ed un piano per le azioni correttive. Per le non conformità **maggiori**, l'organizzazione deve presentare l'evidenza oggettiva dell'implementazione delle azioni correttive. Si prega di far riferimento alle linee guida contenute nella comunicazione di PJR N. 15.
- 7.20 Se il Lead Auditor accetta il piano per le azioni correttive (per le non conformità minori) o l'evidenza dell'implementazione delle azioni correttive (per le non conformità maggiori), il Lead Auditor deve firmare la parte del RNC "il piano delle AC è stato accettato". In alternativa, il Lead Auditor può scrivere in stampatello il proprio nome. Se il piano per le azioni correttive del cliente non viene accettato, il LA deve spiegare all'organizzazione le ragioni per cui non è stato accettato e deve riesaminare le parti corrette. Indipendentemente dal fatto di aver ricevuto piani accettabili o non accettabili per le azioni correttive (o evidenza accettabile dell'implementazione delle azioni correttive), il LA deve inserire in Sharepoint i piani/l'evidenza per le azioni correttive del Cliente entro 75 giorni dall'ultimo giorno dell'audit. Se i piani/l'evidenza per le azioni correttive del Cliente non sono accettabili, il LA deve informare il proprio ASA.

8 Rilievi e Risoluzione delle Azioni Correttive

- 8.1 Una non conformità è definita come l'assenza di, o la mancata attuazione e conservazione, di uno o più elementi del sistema di gestione necessari o di una situazione che, sulla base di evidenze oggettive, susciterebbe dubbi significativi in merito alle capacità del sistema SGSSL per raggiungere la politica e gli obiettivi dell'Organizzazione. Ci sono quattro tipi di rilievi che

possono essere rilasciati durante un audit (eccezione: Fase 1, dove i rilievi non sono indicati in rapporti di Non Conformità specifici):

- a) Maggiore: L'assenza totale di un elemento del sistema obbligatorio, una serie di non conformità minori che, nel loro insieme, indicano un crollo totale di un elemento del sistema obbligatorio, o di una situazione che, sulla base delle evidenze oggettive, susciterebbe dubbi significativi in merito alla capacità del SGSSL per la realizzazione della politica ed obiettivi dell'organizzazione, la mancanza ad una capacità, o ad una procedura che potrebbe consentire ai rischi di una struttura di rimanere incontrollati.
- b) Minore: Un non adempimento di un requisito di sistema di gestione o qualsiasi altro requisito specificato di ISO 18001.
- c) Osservazioni (OSS): Le osservazioni possono essere documentate durante un audit, ma non impongono una risposta di azione correttiva. Le osservazioni sono giudizi professionali di un auditor per quanto riguarda l'efficacia o l'affidabilità delle procedure e delle pratiche, che, pur in conformità con i requisiti, può tuttavia essere una debolezza, che può portare al fallimento del sistema.
- d) Opportunità per il miglioramento (OPM): Un'opportunità per il miglioramento non individua né forza né debolezza, ma un'area che potrebbe essere migliorata e che sarebbe vantaggiosa per il sistema di gestione globale del cliente.

Le Osservazioni e le Opportunità per il Miglioramento sono considerate come fattori essenziali per il processo di Azione Preventiva di un'organizzazione.

8.2 L'Organizzazione deve presentare piani di azioni correttive accettabili per tutte le non conformità minori entro 60 giorni, ma le azioni correttive devono essere pienamente attuate per le non conformità maggiori entro 60 giorni, al fine di concedere la certificazione. La decisione finale sul rilascio della certificazione rimane al Comitato Esecutivo di PJR, e sarà basato sul completamento positivo di tutte le attività di audit SGSSL e sulla chiusura di tutte le Non Conformità.

8.3 Oltre alle azioni correttive sulle non conformità, l'Organizzazione ha anche l'obbligo di adottare azioni correttive in risposta ai Reclami ricevuti dalle parti interessate/Organismi di Regolamentazione, e di registrare le azioni intraprese e la loro efficacia.

9 Decisione relativa alla Certificazione

9.1 Dopo il completamento della seconda Fase dell'audit di certificazione e la risoluzione di tutte le non conformità, il gruppo di verifica di PJR invia tutta la documentazione relativa all'audit effettuato all'ufficio PJR appropriato. NOTA: I documenti di lavoro dell'audit, i rapporti ed i moduli generati durante un audit sono di proprietà di PJR. L'audit package deve essere presentato presso l'ufficio dall'auditor (max. una settimana dopo il termine del mandato). L'Assistente di supporto dell'audit (Audit Support Assistant - ASA) controlla che il pacchetto sia completo. L'ASA, o il suo delegato, invia la Domanda di Certificazione e la relativa documentazione al membro del Comitato Esecutivo di PJR o al Rappresentante della Certificazione, oltre alla raccomandazione del LA SGSSL di approvare o respingere la certificazione.

9.2 L'entità che prende la decisione per la concessione o la revoca della certificazione deve avere un livello di conoscenza ed esperienza sufficienti da valutare il processo di audit e le raccomandazioni associate fatte dal team dell'audit. PJR designa un Membro del Comitato Esecutivo o un Rappresentante di Certificazione che abbia l'autorità di approvare la certificazione.

- o I risultati del riesame dell'audit package vengono documentati sul modulo the F-67.
- o I Membri del Comitato Esecutivo/rappresentanti di Certificazione devono firmare il modulo F-

71ex, Dichiarazione di disponibilità del Rappresentante di Certificazione/Membro del Comitato Esecutivo, prima di completare il riesame del pacchetto dell'audit, al fine di confermare che non esiste alcun conflitto di interesse e che né l'auditor, né il datore di lavoro dell'auditor hanno un rapporto con il cliente.

- Nei casi in cui un Rappresentante di Certificazione rifiuta il pacchetto, egli o un membro del Comitato Esecutivo deve contattare l'auditor o il cliente per correggere l'errore. Se il caso, un membro del Comitato Esecutivo o un suo delegato competente dovrà fare nuovamente formazione all'auditor in merito alla questione.
- Se un pacchetto dell'audit è scritto in una qualsiasi lingua diversa dall'inglese, per effettuare il riesame si devono rispettare i seguenti requisiti minimi di traduzione: l'audit plan, il Rapporto di Non Conformità e, se richiesto, l'evidenza oggettiva ed il Rapporto Finale dell'audit. Se il riesaminatore necessita della traduzione di maggiori informazioni, bisogna presentare la relativa richiesta.

Per gli audit package approvati per la dal Membro del Comitato Esecutivo o dal Rappresentante di Certificazione qualificato, PJR rilascia un Certificato. Il Certificato è valido per un periodo di tre anni dalla data di rilascio. Dopo la consegna del Certificato, un questionario sulla Soddisfazione del Cliente (F-18) viene inviato all'Organizzazione. Inoltre, PJR richiede che l'organizzazione affermi solo che è certificata per quanto riguarda le attività per le quali è stato rilasciato il certificato.

- 9.3 PJR è l'unica autorità di concessione dei Certificati di Certificazione PJR. I certificati rimangono di proprietà di PJR. I certificati vengono creati conformemente all'Istruzione di Lavoro WI-4. Per i certificati emessi in più lingue, un suffisso "t" è utilizzato alla fine del numero del certificato per indicare che è la traduzione del certificato.
- 9.4 Il certificato indica la struttura oggetto della Certificazione. La certificazione ai sensi della presente procedura non conferisce la certificazione o la certificazione dei prodotti o servizi dell'Organizzazione, e non conferisce la certificazione dei sistemi di gestione SSL , non specificatamente elencate.
- 9.5 Se è prevista una modifica del campo di applicazione, l'Organizzazione deve comunicare a PJR per iscritto la natura della modifica proposta. Un Audit di aggiornamento (Estensione del Campo di Applicazione) può essere richiesto per valutare tale modifica. L'estensione di questo Audit di Aggiornamento è dipendente dal grado della modifica proposta.
- 9.6 L'organizzazione può esporre il marchio di certificazione di PJR ("Logo") sui mezzi di comunicazione promozionali cartacei o elettronici. PJR fornisce all'organizzazione una riproduzione grafica del logo unitamente alla procedura relativa alla riproduzione e all'uso dell'Attestato di Certificazione e del Logo (PRO-3), ed infine le regole provenienti da ogni ente di accreditamento competente sotto il quale viene registrato.
- 9.7 PJR tiene una lista delle Organizzazioni Certificate e dei loro scopi di certificazione (Registro PJR). PJR, su richiesta, mette gratuitamente questa lista a disposizione degli enti di accreditamento di PJR e al pubblico in senso lato. PJR segnala inoltre un numero di pubblicazioni concernenti la certificazione delle organizzazioni così da includerle nelle loro liste di certificazione disponibili al pubblico.

10 Audit di Sorveglianza e di Rinnovo del SGSSL

- 10.1 Gli audit di sorveglianza e di rinnovo generalmente seguono lo stesso processo precedentemente illustrato per la Fase 2.
- 10.2 Il Certificato di Approvazione della Certificazione è valido per un periodo di tre anni, ed è soggetto a continua conformità alla norma di riferimento. PJR controlla tale conformità attraverso regolari Audit di Sorveglianza effettuati almeno una volta all'anno. La data ultima della sorveglianza è determinata sulla base dell'ultimo giorno dell'Audit di Certificazione o

Ricertificazione iniziale. Il primo audit di sorveglianza successivo alla Fase 2 di audit deve avvenire entro 12 mesi dall'ultimo giorno della Fase 2 di audit. Le dimensioni e la complessità della struttura dell'Organizzazione certificata, ed il numero e la portata delle non conformità osservate, determinano la frequenza degli Audit di Sorveglianza. Nella maggior parte dei casi, gli Audit package di sorveglianza vengono riesaminati nell'ambito del processo esattamente come gli Audit Package della Fase 1 o della Fase 2.

- 10.3 Lo scopo primario di un audit di sorveglianza consiste nel verificare la continua efficacia ed il miglioramento continuo del sistema di gestione del cliente. Per questo motivo, per prima cosa durante un audit di sorveglianza, si riesaminano i programmi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e le relative azioni correttive, le modifiche ai requisiti legali ed agli altri requisiti, gli audit interni, il riesame della direzione, le azioni preventive ed il miglioramento continuo. Il mantenimento del controllo operativo viene campionato nel corso del ciclo delle sorveglianze. Il LA deve assicurarsi di rispondere alle domande specifiche per gli audit di sorveglianza nel Rapporto Finale dell'audit.
- 10.4 Se il cliente utilizza i loghi/marchi di PJR o dei suoi enti di accreditamento, l'utilizzo del logo deve essere valutato in conformità con il PRO-3.
- 10.5 Quando viene incaricato di effettuare un audit di sorveglianza o di rinnovo, il Lead Auditor riceve una copia di tutte le non conformità documentate nel precedente audit di sorveglianza ed una copia del Rapporto Finale dell'audit. Gli Auditor devono verificare l'implementazione delle azioni correttive a chiusura di tali non conformità. A loro discrezione, possono anche verificare la continua efficacia delle azioni correttive implementate per chiudere le non conformità documentate durante i precedenti audit all'interno di un determinato ciclo. Se per qualche motivo il LA non riceve una copia delle precedenti non conformità ed il Rapporto Finale dell'audit dalla casa madre, deve richiedere tali documenti al cliente. Se il cliente non ha una copia delle precedenti non conformità, il LA deve contattare la casa madre. Il Lead Auditor deve indicare che ha verificato l'efficacia delle azioni correttive nella parte del Rapporto di Non Conformità intitolato "Azioni correttive verificate come efficaci durante il successivo audit". Gli audit package degli audit di sorveglianza e di rinnovo senza l'evidenza di aver verificato le non conformità dei precedenti audit sono considerati incompleti.
- 10.6 Sia per le sorveglianze continue (6 mesi) che regolari (12 mesi) si rende necessaria una rivalutazione. Il tempo della rivalutazione dovrebbe corrispondere tipicamente ai 2/3 del tempo speso per l'audit di certificazione iniziale (Fase 1 e Fase 2).
- 10.7 Il Riesame del precedente periodo di certificazione (*Master File Review*) dovrebbe avvenire dopo la IV^a sorveglianza semestrale o dopo la II^a per i clienti annuali. Nel Riesame del precedente periodo di certificazione, vengono riesaminate tutte le non conformità, osservazioni e opportunità di miglioramento, nonché ogni modifica organizzativa significativa o che riguardi il ciclo di audit.
- 10.8 Gli auditor incaricati di condurre un audit di rinnovo ricevono una copia del Riesame del precedente periodo di certificazione (serie F-118) compilato sulla base della storia degli audit del cliente nel corso di un determinato ciclo di certificazione. Il Riesame del precedente periodo di certificazione comporta un breve sommario delle non conformità, osservazioni e delle opportunità di miglioramento documentate durante il ciclo di certificazione. Il Riesame del precedente periodo di certificazione deve essere condotto prima dell'audit di rinnovo e serve come elemento in entrata (input) per la pianificazione dell'audit. Il Riesame del precedente periodo di certificazione potrebbe rivelare che un auditor dovrà dedicare più tempo alla valutazione di un certo processo o area, sulla base della performance del cliente, durante gli audit passati, in relazione a quel processo o a quell'area.
- 10.9 In alcuni casi, PJR può stabilire che si deve effettuare un audit della Fase 1 prima dell'audit di rinnovo. Questo si verifica solitamente quando ci sono stati cambiamenti significativi nell'organizzazione o nel sistema di gestione dell'organizzazione o in caso di scarse

performance del sistema di gestione.

- 10.10 Un ciclo di certificazione non può durare più di tre anni. La rivalutazione periodica deve essere effettuata, indipendentemente dal regime di sorveglianze adottato.
- 10.11 Gli auditor devono accettare un'azione correttiva entro 60 giorni da qualsiasi audit di sorveglianza o di rinnovo del SGQ o SGSSL. È possibile verificare l'implementazione dell'azione correttiva in risposta alle documentate non-conformità nel corso degli audit di sorveglianza o rinnovo durante l'audit immediatamente successiva, ad eccezione delle non conformità maggiori e delle regole specifiche per un settore (es: aerospaziale) come specificato nella comunicazione di PJR N. 15.
- 10.12 Non tutti gli audit package degli audit di sorveglianza vengono riesaminati da un Rappresentante della Certificazione o dal Comitato Esecutivo. Per i Lead Auditor 18001 che hanno dimostrato un alto livello di competenza nelle proprie tecniche di verifica e negli audit package, la raccomandazione del LA di continuare la certificazione è sufficiente.
- 10.13 PJR si riserva il diritto di condurre audit di sorveglianza speciali o con breve preavviso nel corso del periodo di certificazione. Le circostanze in cui è possibile effettuare audit di sorveglianza speciali o con breve preavviso del SGSSL comprendono, ma non si limitano a:
- a) Richieste per l'estensione dello scopo— Le richieste per l'estensione dello scopo spesso richiedono che l'organizzazione compili una nuova domanda (serie F-1), o, a discrezione del Program Manager, l'organizzazione può fornire una spiegazione per iscritto dell'estensione dello scopo. Il Program Manager o il suo delegato riesamina la richiesta per l'estensione dello scopo ed il momento specifico in cui il cliente ha effettuato tale richiesta e decide se è necessaria un audit speciale/con un breve preavviso o se la modifica può essere valutata al regolare audit di sorveglianza successivo.
 - b) Modifiche significative nell'organizzazione, compreso il cambio di proprietà, di indirizzo e del personale chiave. In questi casi, è quasi sempre richiesta un audit di rivalutazione. (Si noti che secondo il contratto con PJR, il cliente deve informare PJR, per iscritto, di ogni significativo cambiamento).
 - c) reclami dei clienti delle organizzazioni certificate o di altre parti interessate;
 - d) Situazioni di sospensione.
- 10.14 Se l'organizzazione apporta modifiche secondarie al proprio sistema di gestione, tali modifiche vengono valutate da PJR durante i successivi audit di sorveglianza, attraverso la valutazione delle modifiche e della relativa documentazione.
- 10.15 Durante il ciclo di certificazione, PJR si riserva il diritto non solo di effettuare audit in sede ma anche di fare domande all'organizzazione certificata sui pericoli della certificazione e di richiedere al cliente documenti e registrazioni, soprattutto in risposta ad un reclamo sul sistema di gestione dell'organizzazione; di riesaminare periodicamente ogni affermazione del cliente relativa alle proprie attività (es. materiale promozionale cartaceo o elettronico, soprattutto se è relativo allo scopo della certificazione) o ogni altro mezzo per monitorare le performance del cliente certific

11 Uso del Logo

L'Organizzazione può esibire il marchio di certificazione PJR ("Logo") nella pubblicità, nel materiale promozionale e negli articoli di cancelleria. PJR fornisce all'organizzazione una riproduzione grafica del logo unitamente alla procedura relativa alla riproduzione e all'uso dell'Attestato di Certificazione e del Logo in conformità con ISO/IEC 17021:2011. Questa procedura (PRO-3) include, ma non si limita a, i seguenti punti:

- a) Il Logo deve essere riprodotto nella sua interezza, compresi i bordi, di qualsiasi formato, ed in qualsiasi colore;
- b) Il Logo è utilizzato per promuovere l'approvazione del SGSSL dell'Organizzazione e non deve essere utilizzato in modo tale da implicare l'approvazione dei prodotti o servizi dell'Organizzazione.
- c) L'Attestato di Certificazione ed il Logo, non devono essere utilizzati in modo da travisare la

certificazione rilasciata.

12 Sospensione, ritiro o annullamento della Certificazione

- 12.1 PJR si riserva il diritto di sospendere, ritirare o annullare l'attestato di certificazione di approvazione in qualsiasi momento durante il periodo di certificazione della durata di tre anni, in conformità con la procedura di PJR PRO-11 "Sospensione o ritiro degli attestati di certificazione". Quando prende decisioni relative alla sospensione, al ritiro o all'annullamento della certificazione, PJR considera: il contenuto della relazione sull'audit, la correttezza del numero di giorni di audit impiegati, e la verifica che lo scopo dichiarato dell'attività dell'organizzazione sia compreso nel campo di applicazione accreditato di PJR. Per maggiori informazioni si prega di far riferimento alla procedura PRO-11.
- 12.2 Generalmente, tali azioni sono considerate nei casi in cui l'Organizzazione:
- a) non riesce a completare le azioni correttive durante il periodo di tempo convenuto;
 - b) fallisce incessantemente nel non conformarsi con la norma di riferimento;
 - c) a giudizio di PJR, abusa del Marchio di Certificazione di PJR, dell'Attestato, dei Marchi di Accredimento degli enti di accreditamento di PJR, ecc.;
 - d) delinque nei suoi obblighi finanziari nei confronti di PJR;
 - e) è soggetta alle leggi in materia fallimentare o fa accordi o compromessi con i propri creditori;
 - f) è condannata per un reato che tende a screditare la reputazione della struttura e del suo valore;
 - g) commette atti che, a solo giudizio di PJR, mettano in dubbio il valore, il nome e la reputazione di PJR.
 - h) cita impropriamente il sistema di accreditamento e/o certificazione nella sua documentazione, tra cui pubblicità, cataloghi e brochure.
 - i) è in ritardo nella programmazione degli audit
- 12.3 PJR fornirà all'organizzazione adeguate opportunità per attuare le azioni correttive opportune entro un termine di tempo ragionevole prima della revoca, cancellazione o sospensione della Certificazione.
- 12.4 PJR si riserva il diritto di pubblicare le azioni che può intraprendere in relazione alla revoca, cancellazione o sospensione di una certificazione di un'organizzazione.
- 12.5 PJR annullerà anche la certificazione su richiesta formale scritta dell'organizzazione.
- 12.6 In caso di sospensione o revoca della sua certificazione (comunque determinato) PJR richiederà all'organizzazione di interrompere l'uso di tutti i mezzi pubblicitari che contengano qualsiasi riferimento alla sua certificazione, e restituisca tutti i documenti alla sede centrale di PJR.

13. Reclami ed Appelli

L'organizzazione o le parti interessate possono contestare o fare appello contro le decisioni prese da PJR. L'appellante può presentare ricorso in base alla procedura di PJR PRO-10, disponibile su richiesta.

14. Continuità Aziendale e Ripristino Emergenza

Quando le organizzazioni vengono travolte da catastrofi naturali come uragani, tsunami e terremoti o altre circostanze devastanti incluse, ma senza limitarsi ad essi, minacce terroristiche, pirateria informatica dannosa, tensioni geopolitiche, catastrofi o pandemie, sciopero generale dei lavoratori, PJR valuterà singolarmente la situazione di ogni organizzazione per determinare le azioni più appropriate. Per facilitare questo processo di valutazione, PJR richiederà alle aziende di fornire le

seguenti informazioni:

1. In che misura il funzionamento del sistema di gestione è stato colpito?
2. L'organizzazione quando sarà in grado di funzionare?
3. L'organizzazione quando sarà in grado di spedire i prodotti o prestare il servizio definito nell'ambito dell'attuale campo di applicazione della certificazione?
4. L'organizzazione necessiterà l'utilizzo di produzione alternativa e/o siti di distribuzione? Se sì, questi sono attualmente coperti dalla certificazione in corso o avranno bisogno di essere valutati?
5. L'inventario esistente soddisfa ancora le specifiche del cliente o il cliente dovrà essere contattato per quanto riguarda le concessioni possibili?
6. Se possibile, è stato attuato un piano ripristino emergenza o un piano di risposta alle emergenze? È stato efficace?
7. Alcuni dei processi e/o servizi effettuati o alcuni prodotti spediti saranno subappaltati ad altre organizzazioni? In caso affermativo, in che modo le attività delle altre organizzazioni saranno controllate dall'organizzazione certificata?

Inoltre, per garantire l'efficacia continua del sistema e determinare l'idoneità della certificazione su una base a breve termine, PJR può richiedere della documentazione critica come i verbali della riunione di riesame della direzione, le registrazioni delle azioni correttive, i risultati degli audit interni e lo stato dei controlli del processo.

Le organizzazioni in scadenza per l'audit di ricertificazione che non sono in grado di ricertificarsi, devono registrarsi nuovamente dopo la scadenza del loro certificato. Gli audit di sorveglianza possono essere rinviati per un massimo di 3 mesi dalla data di scadenza dell'audit. Le organizzazioni che rinviando l'audit di sorveglianza oltre i 3 mesi devono optare per una sospensione volontaria della loro certificazione. Se un cliente ha già ritardato l'audit di tre mesi, allora la sospensione volontaria della certificazione può durare altri tre mesi. Al termine del periodo di sospensione volontaria, deve essere effettuato un audit di ricertificazione, o il certificato sarà ritirato.

15. Riservatezza

Ad eccezione dei casi previsti dalla legge, dallo statuto, dalle normative o dai requisiti degli enti di accreditamento, PJR considera strettamente confidenziali tutte le informazioni che pervengono in suo possesso durante la valutazione o la certificazione del sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori dell'organizzazione. PJR, compresi tutti i valutatori, il personale amministrativo, il comitato esecutivo, il comitato consultivo, e tutti gli altri dipendenti o subappaltatori, si impegna a non divulgare tali informazioni a terzi senza previo consenso scritto dell'organizzazione, soggetto alla/e legge/i applicabile/i e/o ai regolamenti. Una copia firmata del Codice di Condotta ed Etica del Valutatore (F-176) viene tenuta come evidenza dell'accordo di non divulgazione delle informazioni riservate.

16. Audit in accompagnamento

16.1 Ogni organizzazione che viene verificata affinché venga emesso o mantenuto un certificato contenente un sigillo di accreditamento, deve consentire che il gruppo di verifica di PJR venga accompagnato da valutatori dell'ente di accreditamento o da valutatori di PJR che affianchino il gruppo di verifica. Questo viene spiegato in dettaglio nel modulo F-3ohs – Contratto SGSSL.

16.2 Il Lead Auditor accompagnato da un ente di accreditamento deve contattare l'Assistente del Program Manager 14/18 o il Direttore dei Programmi ed Accreditementi nel momento della conclusione dell'audit, per comunicare i risultati dell'audit in accompagnamento alla sede di PJR negli USA. Se l'auditor in accompagnamento indica che c'era una non conformità durante l'audit, ma che non l'ha documentata, allora il Direttore dei Programmi ed Accreditementi lavorerà con lui/lei in modo che avvii una non conformità, modifichi tutti gli altri documenti, come appropriato, e trasmetta queste informazioni al cliente al più presto

- possibile.
- 16.3 Le valutazioni in accompagnamento sono preziose opportunità per raccogliere informazioni al fine di migliorare il programma di certificazione di PJR. Gli auditor in accompagnamento sono invitati a comunicare le lezioni apprese al personale addetto alla gestione del programma PJR, in modo tale che si possa procedere ad eventuali revisioni e miglioramenti del programma di certificazione dei sistemi, condotto da PJR.

17. Certificazione di sedi multiple ("Multi-sede") con un unico certificato

Se un'organizzazione possiede più sedi o stabilimenti distaccati, può scegliere di ottenere la certificazione con un unico certificato se sussistono **tutte** le seguenti condizioni:

- a) Tutte le sedi dell'organizzazione devono produrre prodotti identici e/o devono fornire i medesimi servizi, e devono essere simili per quanto riguarda i pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori.
- b) L'identificazione di tutte le condizioni per gli stabilimenti è rimandata alla valutazione del valutatore.
- c) La politica dell'organizzazione deve riflettere un unico obiettivo affermato come il proprio obiettivo.
- d) Il SGSSL deve essere strutturato e gestito centralmente.
- e) Ogni sito deve essere sottoposto a audit interni periodici, e l'evidenza oggettiva del loro completamento deve essere disponibile prima dell'effettivo svolgimento della Fase 2 da parte di PJR.
- f) La sede principale deve dimostrare che il sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori soddisfa i requisiti e che è in funzione.
- g) Le seguenti attività devono essere gestite centralmente:
 - i) requisiti legali, pericoli e programmi di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori
 - ii) valutazione delle necessità di formazione
 - iii) documentazione del sistema e modifiche del sistema
 - iv) riesame della direzione
 - v) valutazione delle azioni correttive
 - vi) programmazione degli audit interni e valutazione dei risultati

NOTA: Sono consentite piccole variazioni nelle istruzioni di lavoro locali dovute a differenze nelle apparecchiature disponibili, nei servizi erogati o nelle dimensioni dello stabilimento.

Nel caso in cui l'applicazione della sopra citata procedura determini un campionamento più piccolo, PJR registra le motivazioni che lo giustificano e dimostra che sta operando conformemente alle procedure.

- Per la certificazione, verrà emesso un unico certificato indicante il nome e l'indirizzo della sede principale. A questo verrà allegato un elenco delle sedi alle quali il certificato fa riferimento. L'elenco dei siti deve essere aggiornato ogni volta che si aggiunge o si elimina una sede. Inoltre, su ciascun certificato deve essere indicato che fa parte di una sede multipla.
- La fase 1 dell'audit di certificazione dell'organizzazione consisterà in visite in sede presso tutti i siti selezionati per la campionatura (si raccomanda che questi siano quelli con il maggior numero di dipendenti e/o quelli con la più alta esposizione per la salute e la sicurezza dei lavoratori) e dovrebbe stabilire che:
 - a) Il SGSSL fa riferimento ai siti coinvolti ed è lo stesso per tutti.
 - b) La valutazione della documentazione è controllata dalla sede centrale.
 - c) Tutti i siti sono stati valutati all'interno della procedura degli audit interni.

- Se durante la Fase 1 si stabilisce che l'organizzazione soddisfa i requisiti per una certificazione SGSSL multi sede, il 14/18 APM di PJR o il suo delegato decide i siti da selezionare per la Fase 2 e per i successivi audit di sorveglianza. Per stabilire il numero di siti da visitare nel corso degli audit SGSSL multi-sede si utilizza la Tabella della Campionatura Multi-Sede (F-138). Alcuni fattori che si tengono in considerazione per scegliere i siti da campionare sono i risultati dei precedenti audit esterni, gli audit interni precedenti, le variazioni nella dimensione dei siti, le variazioni nelle condizioni del sito e dell'azienda, la complessità dei siti ed il numero degli addetti.
- Poichè i siti sono spesso campionati a turno, un sito che è stato verificato durante un audit in cui è stata documentata una non conformità, può non venir valutato alla successiva sorveglianza. Pertanto, l'auditor incaricato di verificare la sede centrale è responsabile di verificare l'efficacia di tutte le azioni correttive per tutte le non conformità emesse nel precedente audit durante il suo audit della sede centrale e deve rispondere alle domande appropriate nel workbook dell'audit. L'ASA appropriato è responsabile di inserire tutte le RNC di tutti i siti verificati nell'anno precedente per il Lead Auditor.

18. Audit combinati OHSAS 18001 e ISO 14001

Le organizzazioni hanno l'opportunità di effettuare contemporaneamente audit OHSAS 18001 e ISO 14001. Questo consente al cliente di risparmiare giorni uomo per l'audit e spesso anche per la documentazione in quanto la documentazione OHSAS 18001 e ISO 14001 è collegata. Ad ogni modo, la documentazione richiesta dai riferimenti normativi applicabili deve descrivere il SGSSL e chiarire la relazione con qualsiasi altro sistema di gestione dell'organizzazione o che influenzi il SGSSL che si deve certificare. È accettabile unire la documentazione per la salute e la sicurezza dei lavoratori ed altri sistemi di gestione (quali qualità e ambientale) se i componenti del SGSSL possono essere chiaramente identificati insieme alle interface appropriate del sistema. Il metodo che PJR ha scelto è il seguente:

- a) La Fase 1 di ISO 14001 e 18001 viene condotta per prima. Il cliente può scegliere di effettuare una pre-valutazione per entrambe le norme prima della Fase 1.
- b) La Fase 2 di ISO 14001 e OHSAS 18001 viene effettuata contemporaneamente.
- c) Non sono consentite deviazioni per gli "audit combinati".

A causa della complessità degli audit combinati, il LA deve essere qualificato per condurre sia gli audit ISO 14001 che gli audit OHSAS 18001, oppure il LA deve essere qualificato anche per condurre gli audit ISO 14001: 2004, e il valutatore SGA deve essere qualificato per condurre gli audit ISO 14001. A seconda della dimensione dell'organizzazione da verificare, il resto del gruppo di verifica deve essere qualificato per le relative aree che si devono valutare. Nel caso in cui una società sia piuttosto piccola, e il gruppo di valutatori sia composto solo da 2 persone, entrambi devono essere qualificati per OHSAS 18001 e ISO 14001. Tuttavia, quando l'audit interessa una società più grande, il gruppo di verifica può essere costituito da auditor specializzati in una o nell'altra disciplina. Questo è lasciato alla discrezione del LA e del Program Manager o del 14/18 APM. In nessun caso auditor non qualificati possono condurre audit secondo una determinata norma.

19. Linee guida per gli audit dei requisiti specifici SGSSL

o Identificazione dei pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori

La registrazione e la valutazione dei pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori e la tenuta sotto controllo di quelli ritenuti significativi costituiscono le fondamenta di un SGSSL. Per essere sicuri che le organizzazioni siano coerenti nello stabilire e tenere aggiornate le procedure per l'identificazione, l'esame e la valutazione dei pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori e dei relativi rischi, le procedure dell'organizzazione dovrebbero considerare i seguenti fattori:

- L'organizzazione definisce i criteri per identificare i pericoli per la SSL ed i relativi rischi significativi, e per sviluppare una procedura per fare ciò;

- PJR verifica che le procedure tramite le quali l'organizzazione determina quali pericoli e relativi rischi sono significativi, siano solide e vengano rispettate;
- PJR segnala all'organizzazione qualsiasi azione che determini una contraddizione tra la politica, gli obiettivi ed i target dell'organizzazione e le sue procedure o i risultati della loro applicazione.

PJR stabilisce se le procedure utilizzate nell'analisi della significatività sono solide e implementate in modo adeguato. Inoltre, verifica che un pericolo per la salute e la sicurezza dei lavoratori o un rischio ad esso associato, che sia definito significativo, sia gestito all'interno del sistema. A seconda della situazione, questo può comportare la valutazione delle combinazioni dei seguenti punti:

- Indagine e sviluppo delle opportunità per un ulteriore miglioramento;
- Programmi per il miglioramento pianificato;
- Controlli per mantenere la performance.

I pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori e i rischi ad essi associati non sono necessariamente limitati ad una singola collocazione geografica. Essi possono anche includere altri pericoli relativi alle attività, ai prodotti o ai servizi dell'organizzazione che può tenere sotto controllo e sui quali si pensa abbia un effetto. In particolare, questi possono includere ogni attività dei fornitori, dei clienti o delle organizzazioni collegate, che creano ulteriori pericoli di SSL per l'organizzazione.

○ **Conformità alle prescrizioni legali e audit OHSAS 18001**

Sebbene uno degli obiettivi di OHSAS 18001 sia quello di aiutare l'organizzazione a raggiungere la conformità legale e normativa, insieme con altri obiettivi e target per la salute e la sicurezza dei lavoratori, questo non costituisce l'unico obiettivo dell'audit di certificazione. I valutatori del SGSSL devono inoltre comprendere i rischi sostenuti dall'organizzazione, da PJR e da loro stessi in caso di gestione inadeguata delle questioni inerenti la conformità legale. Ne consegue che i valutatori che affrontano questioni delicate di conformità devono rispettare le seguenti linee guida:

Requisiti legali e normativi:

Se si sospetta la presenza di una non conformità legale o normativa, il valutatore è tenuto a determinare se l'organizzazione dispone di una procedura efficace per identificare i requisiti legali e normativi.

- i) Se non è presente nessuna procedura, ciò costituirà una non conformità maggiore sulla base della clausola 4.3.2 dello standard OHSAS 18001.
- ii) Se tale procedura invece è contemplata ma non è efficace oppure non viene applicata correttamente, è possibile rilevare la non conformità sulla base della clausola 4.4.6/4.5.3 della norma ISO 14001.

Categorie di pericolo per la salute e la sicurezza dei lavoratori:

Se è stata definita una procedura efficace per i requisiti legali e normativi, il valutatore deve esaminare la procedura definita dall'organizzazione per individuarne i pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

- a) Se una presunta non conformità non viene identificata come aspetto della salute e della sicurezza dei lavoratori, il valutatore deve redigere una non conformità sulla base della clausola 4.3.1 dello standard OHSAS 18001.
- b) Se la presunta non conformità è **stata** identificata tramite l'analisi del pericolo dell'organizzazione, il valutatore deve esaminare il programma del sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori dell'organizzazione per determinare le eventuali azioni intraprese dall'organizzazione per risolvere la non conformità.

- c) Il valutatore è responsabile di determinare l'efficacia del programma del sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori.
- d) Se non esistono prove del fatto che l'organizzazione applica controlli in una situazione potenzialmente rischiosa o pericolosa per la salute e la sicurezza dei lavoratori (relativamente all'ambiente o alle persone circostanti), il valutatore deve interrompere l'audit e discutere la presunta non conformità con il rappresentante del SGSSL e l'APM 14/18 o con il Program Manager per il Giappone. Se la situazione è sufficientemente grave, l'APM 14/18 o il Program Manager per il Giappone (dietro avviso del valutatore e/o dell'esperto tecnico) deve decidere se sia opportuno intraprendere misure aggiuntive. Queste misure possono comprendere l'interruzione dell'audit.
- e) Nel rapporto finale dell'audit SGSSL occorre documentare l'evidenza che si è discusso con l'organizzazione relativamente ai requisiti legali e normativi e/o ai pericoli per la salute e la sicurezza dei lavoratori. Tale documento non indica le non conformità, dato che i valutatori SGSSL non si occupano delle conformità legali ma dell'intero sistema. Il rapporto indica tuttavia l'assenza dei requisiti necessari affinché il sistema di gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori sia efficiente.
- f) In base alle clausole per la riservatezza descritte nel modulo F-3ohs e al contratto del valutatore stipulato con PJR, nelle giurisdizioni in cui è richiesta una notifica all'autorità governativa competente o la pubblica divulgazione, la responsabilità di notifica/divulgazione è dell'organizzazione, e riguarda esclusivamente le leggi e/o normative applicabili allo scopo dell'organizzazione.
- g) Data la natura del processo di verifica del SGSSL, l'incapacità del valutatore di rilevare non conformità normative o legali esistenti oppure la non conformità ad altre norme, statuti o decreti non può essere in alcun modo considerata come incapacità di fornire servizi professionali accettabili per conto di PJR, l'ente di certificazione, o dei valutatori.
- h) La mancata comunicazione all'auditor di importanti regole o leggi cogenti potrebbe causare la cessazione della procedura di certificazione e la notifica alla sede centrale. Seguirà una discussione verbale su come procedere. L'Ente di Certificazione deve essere in grado di provare con evidenze obiettive che i requisiti relativi alla conformità legale sono stati efficacemente implementati tramite sufficienti mezzi documentati e verificabili. Azioni ulteriori, fra cui la notifica ad organismi giuridici, saranno prese in considerazione caso per caso da PJR e dalla Direzione del cliente.

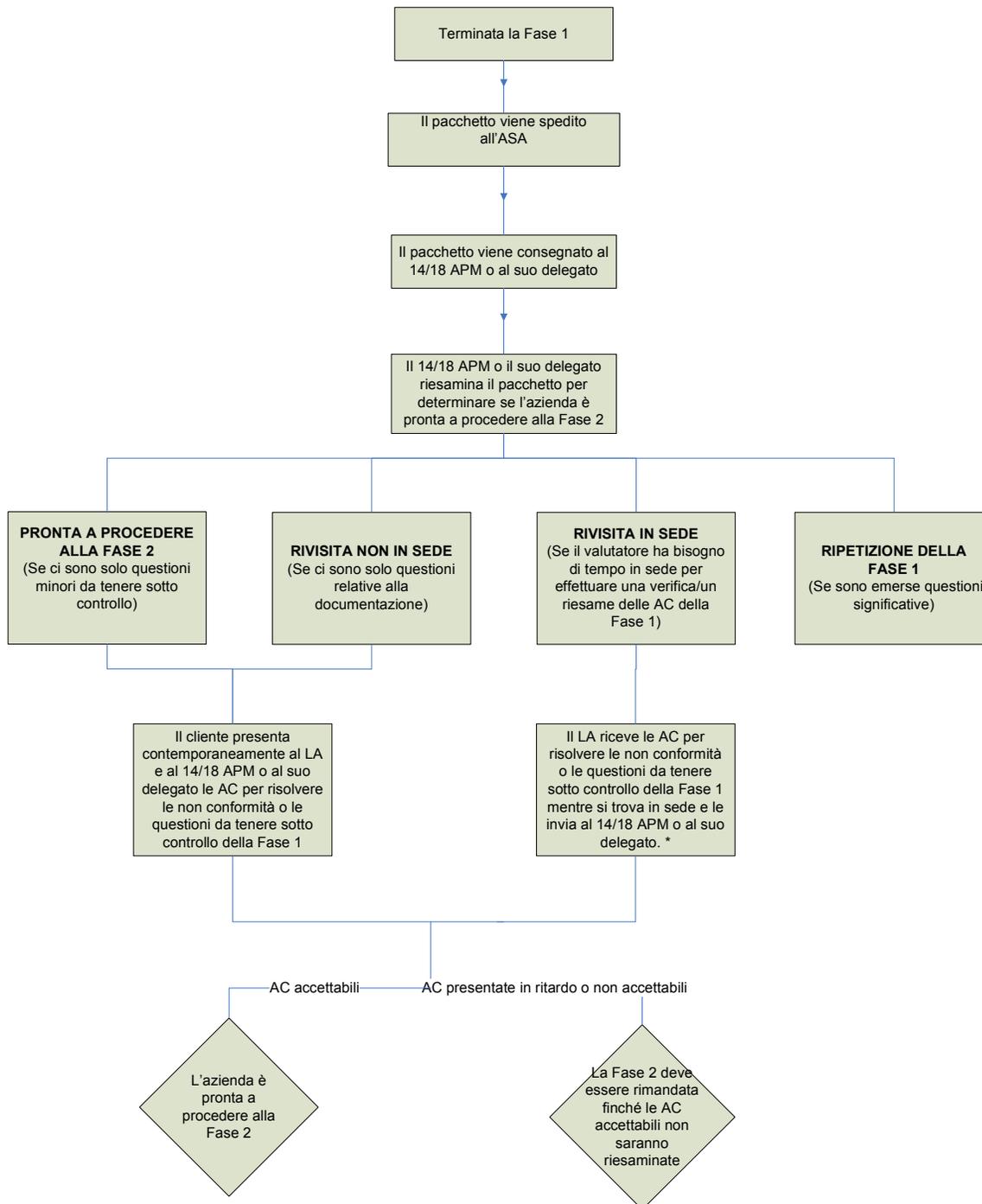
○ **Registrazione/valutazione del miglioramento continuo e della prevenzione dell'inquinamento**

Per essere sicuri che le organizzazioni abbiano implementato i processi per conseguire il miglioramento continuo e la prevenzione dell'inquinamento, PJR assicura che vengano rispettati i seguenti fattori:

- a) Spetta all'organizzazione definire i mezzi con cui si realizza l'impegno della propria politica verso il miglioramento continuo e la prevenzione dell'inquinamento, e sviluppare il/i processo/i per fare ciò e per misurarne il relativo progresso;
- b) PJR verifica che i processi dell'organizzazione siano conformi;
- c) PJR segnala all'organizzazione le azioni che determinano contraddizioni tra la sua politica, obiettivi e target e nascondono i suoi processi o i risultati della loro applicazione

Allegato 1: Diagramma di flusso: Livello di preparazione dell'azienda per procedere alla Fase 2 del processo SGSSL

Diagramma di flusso: Livello di preparazione dell'azienda per procedere alla Fase 2 del processo SGA



***Nota: L'intervallo di tempo per la presentazione dell'evidenza per risolvere le aree da tenere sotto controllo dipende dalla data prevista per la Fase 2. Ad ogni modo, tra la Fase 1 e la Fase 2 non devono trascorrere più di 90 giorni.**

Allegato 2: Elenco delle Categorie di Pericolo

Classificazione	Categoria/Pericolo
Fisico	Rumore
Fisico	Altezza
Fisico	Temperatura
Fisico	Radiazione
Fisico	Elettricità
Fisico	Macchinario
Fisico	Fuoco
Fisico	Pressione
Ergonomico	Spazio limitato
Ergonomico	Stress
Ergonomico	Interfaccia Uomo/Macchina
Chimico	Esplosivo/Infiammabile
Chimico	Irritante
Chimico	Corrosivo/Tossico
Chimico	Ossidazione
Chimico	Narcotico
Chimico	Agente Anoxia
Chimico	Mutagenico/Cancerogeno/Teratogeno
Generale	Leggi/Normative
Generale	Finanziario/Commerciale
Generale	Sede della comunità/Consapevolezza della salute