Management System Certification

Rapporto di Audit

Organizzazione:	FESAR S.r.l.				
Indirizzo:	Via Pisana Vecchia, 1908 – 55100 Lucca				
Norma(e):	ISO 39001:2012 – UNI ISO 39001:2016		Accreditamento: ACCREDIA		
Rappresentante Organizzazione:	E. MODENA				
Sito(i) visitato(i):	Sede dell'organizzazione Cantiere (VEDI § 6)		Data dell'audit:	21.02.2025	
Codice EA:	28	Codice NACE ***(rev.1)***:	45	Codice Area Tecnica:	01
N° di addetti:	25		No. di turni:	1	
Lead Auditor:	Stefano Rey		Altri componenti il GA:	na	
Altri partecipanti e loro ruolo:	NA				

Il presente rapporto è riservato e la sua distribuzione, salvo diversamente prescritto da disposizioni di legge, è limitata al Gruppo di Audit (GA), ai partecipanti all'audit, al Rappresentante dell'Organizzazione, a SGS Italia e può essere oggetto di richiesta o campionamento da parte dell'Ente Accreditante, dei Proprietari di schema, di Enti Regolatori in accordo al documento *SGS data privacy policy* disponibile al seguente link: *https://www.sgs.com/en/privacy-at-sgs*

1. Obiettivi dell'audit

Gli obiettivi di questo audit sono stati quelli di determinare la conformità del sistema di gestione, o di parti di esso, con i criteri di audit e la sua:

- ❑ capacità di garantire che l'organizzazione soddisfi i requisiti legali, normativi e contrattuali applicabili (nota: un audit di certificazione del sistema di gestione non è un audit di conformità legale).
- ❑ efficacia al fine del raggiungimento degli obiettivi specificati;
- ❑ l'identificazione delle sue aree di potenziale miglioramento, per quanto applicabile.

2. Scopo della certificazione

Gestione della sicurezza stradale in relazione alle attività di cantieristica stradale per lavorazioni su rete gas e rete acqua.

Scopo modificato a conclusione dell'audit	☐ Si	☒ No
I codici EA indicati nell'intestazione di questo rapporto sono stati valutati come corretti per descrivere al meglio le attività svolte dall'organizzazione, in linea con lo scopo di certificazione.	☒ Si	
Per realtà plurisito l'elenco dei siti fissi o temporanei (concordato con il Cliente) è riportato in allegato	☒ Si	☐ No

3. Evidenze dell'audit e conclusioni

Il Gruppo di Audit (GA) ha condotto un audit mediante campionamento per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, basato sulle informazioni disponibili al momento dell'audit; nell'audit sono state utilizzate tecniche quali interviste, osservazioni di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni. L'audit è stato strutturato in accordo con il piano e la matrice di audit che sono parte integrante delle registrazioni dell'attività eseguita insieme alle check-list eventualmente utilizzate.

Le conclusioni del GA sono che l'Organizzazione ☒ ha ☐ non ha stabilito e mantenuto il sistema di di gestione in conformità con quanto richiesto dalla norma e dimostrato la capacità del sistema di raggiungere sistematicamente i requisiti definiti per i prodotti/servizi in linea con lo scopo e gli obiettivi/politica dell'Organizzazione.

Numero di non conformità identificate 0 Maggiori 0 Minori

In base ai risultati del presente audit e allo stato di sviluppo e maturità dimostrato dal sistema, il Gruppo di Audit propone quindi che la certificazione del sistema di gestione sia :

☐ Concessa / ☒ Confermata / ☐ Ritirata /☐ Sospesa fino al completamento delle azioni correttive

Nota: il presente rapporto è da ritenersi ufficiale a meno che la fase di valutazione delle risultanze dell'audit non comporti modifiche al risultato della stessa che saranno notificate da SGS Italia.

4. Risultati del precedente audit

I risultati del precedente audit sono stati valutati al fine di accertare l'attuazione di adeguate azioni correttive volte a rimuovere le cause di eventuali non conformità. Tale valutazione ha portato alle seguenti conclusioni

☐ Le non conformità identificata nel precedente audit sono state risolte con azioni correttive risultate efficaci (vedere sezione 6 per dettagli)

☐ Il sistema di gestione non ha adeguatamente risolto le non conformità identificate nel corso del precedente audit e gli elementi specifici sono stati oggetto di nuove non conformità riportate nel presente rapporto

5. Evidenze dell'audit

L'audit, condotto adottando un approccio per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, si è svolto mediante interviste, osservazioni delle attività ed esame di documenti e registrazioni. Di seguito sono sintetizzate le conclusioni principali dell'audit:

La documentazione del sistema di gestione è risultata conforme ai requisiti della norma di riferimento e risulta adeguatamente strutturata per supportare l'implementazione ed il mantenimento del sistema di gestione.	☒ Si	☐ No
L'Organizzazione ha dimostrato un'effettiva implementazione e mantenimento/ /miglioramento del sistema di gestione ed è in grado di raggiungere gli obiettivi della politica e dei risultati attesi del rispettivo(i) sistema(i) di gestione	☒ Si	☐ No
L'Organizzazione ha dimostrato di disporre e perseguire appropriati obiettivi e traguardi prestazionali verificandone i progressi ai fini del loro raggiungimento.	☒ Si	☐ No
Il programma di audit interni è stato implementato ed è risultato uno strumento efficace ai fini del mantenimento e miglioramento del sistema di gestione.	☒ Si	☐ No
Il processo di riesame della direzione ha dimostrato la capacità dell'Organizzazione di assicurare la continua conformità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione.	☒ Si	☐ No
Limitatamente al campionamento effettuato e alle evidenze di audit, i requisiti applicabili, compresi quelli cogenti aventi influenza sulla certificazione, sono soddisfatti.	☒ Si	☐ No
L'organizzazione dichiara di non essere coinvolta in procedimenti giudiziari conseguenti alle leggi sulla responsabilità da prodotto o a violazioni di leggi concernenti i prodotti forniti e/o i servizi erogati o comunque afferenti ai sistemi di gestione oggetto di certificazione.	☒ Si	☐ No
Mediante il processo di audit, il sistema di gestione è risultato nel complesso conforme ai requisiti della norma di riferimento.	☒ Si	☐ No
I riferimenti alla certificazione sono risultati corretti e in accordo alla Guida SGS e l'Organizzazione controlla adeguatamente l'uso dei documenti di certificazione e del logo	☐N/A	☒ Si ☐ No
Per audit integrati, confermare il livello di integrazione del sistema	☒N/A	☐ Basic ☐ High

6. Elementi significativi oggetto di audit

I processi, le attività e le aree esaminate sono dettagliate nel piano/matrice di audit. Gli elementi principali esaminati sono richiamati schematicamente di seguito:

- **Relativamente al precedente audit:**

na

- **Relativamente al presente audit; incluso ogni cambiamento significativo (per es. al personale chiave, alle attività del cliente, al sistema di gestione, al livello d'integrazione, ecc)**

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
Arrivo c/o uffici Lucca	RIUNIONE INIZIALE CON **E. MODENA (D.L.) – G. MODENA (UT)**
USO LOGO CERTIFICATO-GUM	L' ORGANIZZAZIONE FA USO DEL LOGO DI SGS SULLA CARTA INTESTATA. L' ORGANIZZAZIONE HA RECEPITO IL REGOLAMENTO SGS IN REV. 17 E LA GUIDA ALL' USO DEL MARCHIO GUM IN REV. 4. ENTRAMBI I DOCUMENTI SONO RISULTATI PRESENTI ALL' INTERNO DELL' ELENCO DOCUMENTI LEGISLATIVI.
Contesto dell'Organizzazione (§ 4.1);esigenze ed aspettative delle parti interessate (§ 4.2); campo di applicazione del RTS e relativi processi (§ 4.3-4.4); informazioni documentate (§ 7.6); eventuali modifiche su prodotti, processi, servizi, intercorse dall'ultima visita ed alla relativa documentazione	VALUTAZIONE DEL CONTESTO MODIFICATO PER ALLINEAMENTO ED INTEGRAZIONE CON ALTRI SCHEMI DI GESTIONE (16.01.2025 – 50001) CATEGORIZZATO IN VARI AMBITI, COMPRENDE LE ASPETTATIVE, LE PARTI INTERESSATE E I RISCHI/OPPORTUNITÀ AGGIORNATI IN REV.7 DEL 16.01.2025 (MODIFICHE PER AZIONI DA INTRAPRENDERE A RISOLUZIONE DI STATI PRECEDENTI CHE RIGUARDANO COMUNQUE ALTRI SCHEMI DI GESTIONE) (RIMANGONO INVARIATI GLI ASPETTI LEGATI AL PRODOTTO, MERCATO E CONCORRENZA, AMBIENTE DI LAVORO, FATTORI ECONOMICI E POLITICI, RISORSE UMANE, INFRASTRUTTURE, NORMATIVO ISTITUZIONALE, FATTORI ETICO CULTURALI) VERIFICATI AD ESEMPIO LA VALIDITA DELLA FORMAZIONE IN RELAZIONE ALLA NUOVA NORMATIVA ANTINCENDIO – FORMAZIONE. ESIGENZE PARTI INTERESSATE AGGIORNATE AL 16.01.2025 IN REV.7 (COME SI E' SOPRA DETTO VARIATE NON NECESSARIAMENTE RELATIVAMENTE AGLI ASPETTI RTS) VALUTAZIONE RISCHIO ED OPPORTUNITA' VALUTAZIONE DEL RISCHIO RESIDUO
Leadership e impegno (§ 5.1); politica (§ 5.2); ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione (§ 5.3);	**Stato di adeguatezza della politica aziendale** RIEMESSA (PER OMOGENEITA' CON GLI ALTRI SISTEMI AZIENDALI DI GESTIONE) DATA DI EMISSIONE DEL 29.01.2024 (VARIATA RELATIVAMENTE AD ALTRI SISTEMI)
Riesame delle risultanze emerse nel precedente audit	NA RELATIVAMENTE AL RTS L'ORGANIZZAZIONE DISPONE DI ULTERIORI 3 SCHEMI DI GESTIONE , ISO 9001, ISO 45001, ISO 14001 PER CUI AUDIT INTERNI SONO CONTINUI E RIGUARDANO UN CONTROLLO COSTANTE DELLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
Pianificazione: azioni per affrontare rischi ed opportunità (§ 6.2); fattori di prestazione RTS (§ 6.3); pianificazione degli obiettivi e dei traguardi RTS (§ 6.4)	FATTORI DI PRESTAZIONE AGGIORNATI AL 30.06.2024 (PRESENTI NEL RIESAME DELLA DIREZIONE) ESEMPI MAGGIORMENTE SIGNIFICATIVI: UTILIZZO DPI A SERVIZIO DEI MEZZI-INFRAZIONI CODICE DELLA STRADA, VETUSTA' DEL PARCO VEICOLARE- AGGIORNAMENTO DEI REQUISITI DI LEGGE, DISTANZE PERCORSE-NUMERO CONTROLLI SUL SERVIZIO- NUMERO MORTI-NUMERO INFORTUNI GRAVI-COSTI DERIVANTI DALLA GESTIONE RTS-PRODUTTIVITA' DA GESTIONE RTS. ELENCO INFORMAZIONI DOCUMENTATE AGGIORNATO AL 16.01.2025

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
	(MODULISTICA UTILIZZATA AL 07.01.2025) TRA I DOCUMENTI RICHIAMATI: POLITICA AZIENDALE PROCEDURE DI SISTEMA NORME E STANDARD (REGOLE FUNZIONALI) PROCEDURE ORGANIZZATIVE ISTRUZIONI OPERATIVE DOCUMENTAZIONE ASSOCIATA TRA I DOCUMENTI RICHIAMATI: ELENCO SEGNALETICA STRADALE (EST) del 03.02.2025 FATTORI DI PRESTAZIONE SS REV. 1 DEL 07.01.2025 PIANO MONITORAGGIO STS (PMSTS) 2025 - REV.1 DEL 07.01.2025
Processi di supporto *(per i processi come da campo di applicazione del RTS)*: coinvolgimento, risorse, competenza e consapevolezza (§ 7.1-7.2–7.3- 7.4); comunicazione (§ 7.5)	VISTE SCHEDE FORMAZIONE SIG.RI ***(LENZI-XHEBEXHIU-GAMBINI-MARTINELLI-RICCI-SCATENA - MODENA GIULIO-SARGENTINI FREDIANO)*** ALLO STATO ATTUALE TUTTO IL PERSONALE OPERANTE SUI CANTIERI E' FORMATO AL D.M. DEL 22.01.2019

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
Arrivo c/o CANTIERE	
campo di applicazione del RTS e relativi processi (§ 4.3-4.4); informazioni documentate (§ 7.6);	***Attività di cantieristica stradale per lavorazioni su rete gas e rete acqua*** ***MANUALE SGI REVISIONE 7 DEL 25.11.2024 (AGGIORNATI I RIFERIMENTI ALLE FUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE RELATIVAMENTE AD ALTRI SCHEMI)*** ***N.B. (LE VARIAZIONI, ESSENDO I SISTEMI INTEGRATI, POSSONO RIGUARDARE ANCHE ASPETTI CONNESSI AD ALTRI SCHEMI)*** ***ELENCO INFORMAZIONI DOCUMENTATE DEI SISTEMI DI GESTIONE AGGIORNATO AL 16.01.2025*** ***ELENCO DEI MODULI AGGIORNATO AL 07.01.2025.*** ***ELENCO SEGNALETICA STRADALE EST01 AGGIORNATO AL 03.02.2025.*** ***PIANO DI MONITORAGGIO SALUTE E SICUREZZA PMS DEL 09.01.2023.*** ***PIANO DI MONITORAGGIO SALUTE E SICUREZZA PMS 2025 DEL 07.01.2025.*** ***P1.02 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI, VALUTAZIONE DEL RISCHIO E DETERMINAZIONE DEI CONTROLLI REV.0 DEL 14.09.2015*** ***IO.S.00 PROVA DI EVACUAZIONE E GESTIONE DELLE EMERGENZE REV.02 DEL 14.02.2017*** ***PIANO DI MONITORAGGIO SICUREZZA DEL TRAFFICO STRADALE (PMSTS) 2025 - REV.1 DEL 07.01.2025*** • ***IO.SS.01 REV.0 GUIDA IN SICUREZZA E CONTINUITÀ OPERATIVA DEL 01.07.2022;*** • ***VISTO I.SS.01 REV 0 ALLEGATO 1 - TAVOLE 64-65-66-67-68-71-81-85 DEL DM-10-07-2002;*** • ***IO.SS.02 REV.0 PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO DEL 01.07.2022;*** • ***IO.SS.03 REV.0 ISTRUZIONI CRONOTACHIGRAFO DEL 01.07.2022.*** ***PIANO SORVEGLIANZA E CONTROLLO (PSC) AGGIORNATO AL 15.01.2024.*** ***PROCEDURE DI CONTROLLO OPERATIVO***

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
Leadership e impegno (§ 5.1); politica (§ 5.2); ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione (§ 5.3);	ELISABETTA MODENA FREDIANO SARGENTINI – GIULIO MODENA ORGANIGRAMMA DI CANTIERE (DIRETTORE DEI LAVORI ING. TOGNARI) RSPP (ELISABETTA MODENA)
Processi di supporto (per i processi come da campo di applicazione del RTS): coinvolgimento, risorse, competenza e consapevolezza (§ 7.1-7.2–7.3- 7.4); comunicazione (§ 7.5)	ORGANIGRAMMA AL 25.11.2024 (AGGIORNAMENTO NOMINATIVI DEL PERSONALE) ORGANIGRAMMA DI CANTIERE (INCLUSO NEL POS) VISTA FORMAZIONE ADDETTI SEGNALETICA STRADALE (SIG.RI ***(RICCI GIUSEPPE –SALVETTI SIMONE- MARTINELLI MAURIZIO-PALUIELLO NICOLA-BIANCALANA ALESSANDRO-MODENA GIULIO -DAVIDE CUCINOTTA- RICCI SIMONE-ROBERTO SCATENA-MASSIMO RICCI-HYSENAJ OLSJON)*** ARGOMENTI COME DA D.M. DEL 22.01.2019 ELENCO PRESCRIZIONI LEGALI E ALTRE PRESCRIZIONI DEL 12.01.2025 ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE EGD 02 AGGIORNATO AL 16.01.2025 ELENCO DEI MODULI ERM 02 AGGIORNATO AL 07.01.2025 PIANO DELLA QUALITÀ PER SERVIZI GAS - PDQ 01 REV.10 CON GESAM. PIANO DELLA QUALITÀ PER SERVIZI ACQUE- PDQ 02 REV.03 CON GEAL
Pianificazione: fattori di prestazione RTS (§ 6.3);	FATTORI DI PRESTAZIONE SS REV. 1 2025 DEL 07.01.2025 CONVALIDATI CON CADENZA ALMENO ANNUALE NEL RIESAME DELLA DIREZIONE. ULTIMO RIESAME DELLA DIREZIONE: VRD 2024 (Q, A, S, SS) N. 01 DEL 30.06.2024 **COSTI ECONOMICI** **DEFINIZIONE NUMERO MINIMO DI ANOMALIE (RISPETTO SEGNALETICA-E RISULTATI AUDITS INTERNI)** **CONTENIMENTO COSTI INCIDENTI PER COLPA PROPRIA** **FATTORI DI PRESTAZIONE (ANALISI INFRAZIONI STRADALI)** **FATTORI INTERMEDI - *GESTIONE INFRAZIONI - ANALISI MEZZI*** ***GESTIONE TITOLI AUTORIZZATIVI*** ***FORMAZIONE - RISULTATI AUDIT INTERNI*** ***ANALISI ASPETTATIVE PARTI INTERESSATE*** ***SEGNALAZIONI (CONTESTO)*** ***PRESTAZIONE DEI PROCESSI RTS*** ***INDAGINE INFORTUNI INCIDENTI (NESSUN INCIDENTE O INFORTUNIO CORRELABILE AL SISTEMA RTS)***
Operatività *:* pianificazione e controllo operativi (§ 8.1); preparazione e risposta alle emergenze (§ 8.2); ***Attività di cantieristica stradale per lavorazioni su rete gas e rete acqua***	LAVORI REALATIVI AD IMPIANTO E/O INFRASTRUTTURE DELLE RETI ACQUA GESTITE DALLA SOCIETA' GEAL SPA CIG: 981363107F SOSTITUZIONE E MANUTENZIONE DELLA RETE ACQUA ED ALLACCI – COMMITTENTE GEAL SPA – LUCCA (LU) APPALTO COMPLESSIVO € 1.753.541 DI CUI € 232.541 DI ONERI PER LA SICUREZZA. CONTRATTO DI SUBAPPALTO DI FE.SAR. CON L'AQUILA COOPERATIVA SR DEL 02.07.23 PER L'ESECUZIONE DI PARTE DEI LAVORI RELATIVI AGLI INTERVENTI DI MANUTENZIONE SULLE RETI IDRICHE E FOGNARIE COMUNALI ED ESECUZIONE DI NUOVI ALLACCIAMENTI D'UTENZA ANNO 2023 – 2024. AGGIUDICAZIONE LAVORI IN APPALTO DA SOCIETÀ G.E.A.L. SPA A L'AQUILA COOPERATIVA SR DEL 09.05.23 – CIG: 981363107F – CONTRATTO N. CA23-00044 DEL 01.08.23. VISTA NOTIFICA PRELIMINARE GENERALE PER L'APPALTO DEL 31.07.23 N.46017386298 INTERVENTO PIANIFICATO IN DATA 20.02.2025 (LIMITE DI ESECUZIONE 21.02.2025), ESEGUITO IN DATA 21.02.2025 CAUSA PRIORITÀ ALTRI INTERVENTI DA CONCLUDERSI IN DATA 21.02.2025 (PRESUNTO ORE 17.00) RICHIESTA DI RIPARAZIONE IDRICA CON PRIORITÀ NORMALE PER PERDITA SU PIETRA DEL TUBO DN 90, VIA BUONAMICI, 314 (LUCCA) PRESENTI: GAMBINI MAURIZIO, CUCINOTTA DAVIDE VISTO POS - REV. 16 DEL 08.11.2024 RSPP: ELISABETTA MODENA RLS: GIULIO MODENA

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
	RESP.LE CANTIERE PER FE.SAR: GEOM. GIULIO MODENA DIRETTORE TECNICO: GEOM. GIULIO MODENA DIRETTORE LAVORI: ING. MICHELE TOGNARI CSE: ING. FRANCESCO MAURO CSP: GEOM. FILIPPO SERAFINI RICHIESTA CONCESSIONE PER ESECUZIONE DI LAVORI RETE IDRICA. RESPONSABILE DI CANTIERE FE.SAR: GEOM. GIULIO MODENA. PLC (PIANO DI LAVORAZIONE E CONTROLLO) DEL 01.08.2023 SII DI RICCI MASSIMO: -FORMAZIONE AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE ASR 2011 DEL 29.06.2022. -FORMAZIONE SEGNALETICA STRADALE IN CONFORMITA' AL DECRETO INTERMINISTERIALE 22/01/2019 DEL 19.10.2022 -ULTIMA FORMAZIONE SUL SDG INTEGRATO IN CONFORMITÀ ALLA NORME ISO 9001:2015,ISO 14001:2015; ISO 45001, ISO 39001, D. LGS 81/08 E D. LGS 152/06 DURATA 5 ORE DEL 10.10.2023 DOCENTI: ELISABETTA MODENA (DL), GIULIO MODENA (UT), SSANDRO LAMBERTUCCI (CONSULENTE ESTERNO), GIOVANNI LONGO (CONSULENTE ESTERNO). VERIFICA EFFICACIA EFFETTUATA IN OCCASIONE DELL'AUDIT INTERNO INTEGRATO N°9 DEL 06.11.2023 MEDIANTE INTERVISTA A CAMPIONE, VERIFICA DOCUMENTALE E ISPEZIONE SU CANTIERE. ESITO POSITIVO. POS IN REVISIONE 0 DEL 27/12/2022 E APPENDICE AL POS PER LO SPECIFICO CANTIERE DI P.ZZA S. ALESSANDRO, LUCCA REV. 01 DEL 04/08/2023 PSC IN REVISIONE 0 DEL 06/04/2022 ED INTERGRAZIONE PER CANTIERE SPECIFICO DI P.ZZA S. ALESSANDRO (CNTRO STORICO) REV. 0 DEL 17/07/2023 CONFORMITA' SEGNALETICA STRADALE UTILIZZATA (ANNO DI PRODUZIONE E VISIBILITA')
Valutazione delle prestazioni e miglioramento: monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione (§ 9.1); indagine sugli incidenti stradali ed altri incidenti (§ 9.2);	VEDI RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 30.06.2024 (STATO INFRAZIONI STRADALI - ANCHE ANALISI COMPORTAMENTALE) VALUTAZIONE DEI NEAR MISS
Non conformità e azioni correttive miglioramento (§ 10.1); audit interno (§ 9.3)	VEDASI RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 30.06.2024
Valutazione delle prestazioni e miglioramento: monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione (§ 9.1); indagine sugli incidenti stradali ed altri incidenti (§ 9.2);	VEDASI RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 30.06.2024

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
Non conformità e azioni correttive miglioramento (§ 10.1); audit interno (§ 9.3)	VEDASI ANCHE RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 30.06.2024 – FILE REGISTRO NC VISTA PIANIFICAZIONE AUDIT INTERNI ANNO 2024 (FREQUENZE DI RIESECUZIONE) VISTA PIANIFICAZIONE AUDIT INTERNI ANNO 2024 (FREQUENZE DI RIESECUZIONE) PAI 2024 IN REV.0 DEL 12.2024 VALUTATORI: GIOVANNI LONGO – SANDRO LAMBERTUCCI REPORT AUDIT INTERNO DEL 18.11.2024 [CANTIERE VERIFICA C/O CLIENTE: G.E.A.L. SPA – MANUTENZIONI IDRICHE – VIA DEL CASTELLO DI NOZZANO (LUCCA) (GEAL)] NON SONO EMERSE SITUAZIONI PARTICOLARI DI DIFFORMITA' ALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Area / Dipartimento/ Processo /Funzione	
	(L'ORGANIZZAZIONE POSSIEDE 7 CERTIFICAZIONI DI SISTEMI DI GESTIONE PER CUI GLI AUDIT SONO ESEGUITI IN MODO COSTANTE E SU ASPETTI DIVERSI)
Riesame della direzione, miglioramento continuo (§ 10.2); riesame della direzione (§ 9.4)	RIESAME SICUREZZA STRADALE 2024 DEL 30.06.2024 IL RIESAME (INTEGRATO CON GLI ALTRI SCHEMI DI GESTIONE) COMPRENDE **ORGANIZZAZIONE** **PIANO DI MIGLIORAMENTO / OBIETTIVI (ANNO 2025)**: CONTENIMENTO INCIDENTI STRADALI (<3)-VERBALI MULTE (<3) **FORMAZIONE AL PERSONALE (SENSIBILIZZAZIONE INCONTRI SUI CANTIERI)** EAM 00 ELENCO MACCHINARI AGGIORNATO AL 10.2024. MEZZO NEW DAILY 35 TARGA CZ829KN: VISTA FATTURA DEL 29.07.24 PER REVISIONE; VISTA FATTURA N.965 DEL 31.10.24 (PASTICCHE FRENO E ALTRI INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA) DI GARAGE ITALIA DI FREDIANI MASSIMO & C. IVECO 150 EUROCARGO ML150E TARGA AL080NZ FATTURA N.952 DEL 30.10.2024 DI GARAGE ITALIA DI FREDIANI MASSIMO & C PER MANUTENZIONI VARIE (KIT FRIZIONE, FILTRO OLIO, FILTRO GASOLIO, OLIO MOTORE, LIQUIDI REFRIGERANTI RADIATORI, CONTROLLO E SOSTITUZIONE). **COSTI ECONOMICI** **DEFINIZIONE NUMERO MINIMO DI ANOMALIE (RISPETTO SEGNALETICA-E RISULTATI AUDITS INTERNI)** **MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE RTS** **CONTENIMENTO COSTI INCIDENTI PER COLPA PROPRIA** **FATTORI DI PRESTAZIONE (ANALISI INFRAZIONI STRADALI)** **FATTORI INTERMEDI - *GESTIONE INFRAZIONI - ANALISI MEZZI*** ***GESTIONE TITOLI AUTORIZZATIVI - PIANIFICAZIONE SPOSTAMENTI SUI CANTIERI*** ***FORMAZIONE - RISULTATI AUDITS INTERNI*** ***ANALISI ASPETTATIVE PARTI INTERESSATE*** ***SEGNALAZIONI (CONTESTO)*** ***PRESTAZIONE DEI PROCESSI RTS*** ***INDAGINE INFORTUNI INCIDENTI (NESSUN INCIDENTE O INFORTUNIO CORRELABILE AL SISTEMA RTS)*** ***ANALISI MODIFICHE AI SISTEMI DI GESTIONE*** ***RIESAME DELLA POLITICA AZIENDALE (NON NECESSARIAMENTE LEGATA AL SISTEMA RTS)*** ***ANALISI ADEGUATEZZA RISORSE (ATTREZZATURE-INFRASTRUTTURE-PERSONALE)*** ***PRESCRIZIONI LEGALI (VEDI SCADENZIARIO OBBLIGHI DEGLI OBBLIGHI LEGALI MUTUATO DALLA ISO 45001)*** ***MONITORAGGIO DEI FORNITORI (DITTE ESTERNE – DITTA MONTAGNANI)*** ***ANALISI EMERGENZE*** ***SORVEGLIANZA SANITARIA*** ***CONTROLLI E VERIFICHE SUL SISTEMA DI GESTIONE***

7. Non Conformità

In presenza di NC l'Organizzazione si impegna a individuare e implementare le stesse nel rispetto dei tempi concordati tramite adeguate azioni correttive interne comprensive della analisi delle cause delle non conformità , in accordo con i requisiti normativi afferenti le azioni correttive e le relative registrazioni devono essere mantenute; eventuali riserve devono essere segnalate nel rapporto al punto 8. L'Organizzazione è invitata a presentare le proprie proposte a SGS Italia – al fine di ottenerne l'approvazione di principio nel rispetto dei tempi di notifica riportati di seguito

Richieste di Azioni Correttive Maggiori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Maggiori identificate devono essere messe in atto immediatamente, con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte SGS **entro 1 settimana**.

Successivamente entro 60 gg. (30 gg. in caso di Audit di Sorveglianza/Prima della scadenza del certificato per i Rinnovi) verrà programmato **un audit addizionale della durata di …..** per confermare le azioni intraprese, valutare la loro efficienza e decidere se la certificazione può essere raccomandata, confermata o deve essere sospesa o ritirata.

☐ **Audit da condursi in campo**
☐ **Audit documentale (invio di registrazioni con adeguati documenti a supporto al Lead Auditor SGS)**

Richieste di Azioni Correttive Minori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Minori identificate devono essere messe in atto **entro 6 mesi** con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte dell'Auditor **entro 1 settimana (per audit Iniziali – Rinnovi – Estensioni) ed entro 30 gg. per audit di sorveglianza.**

La valutazione dell'effettiva attuazione ed adeguatezza delle azioni correttive minori implementate dall'Organizzazione sarà condotta nel corso della prossima visita di sorveglianza per confermare l'efficacia delle azioni intraprese.

RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA: ☐ **MAGGIORE** ☐ **MINORE**		RAC N° xx di yy
REQUISITO :	Doc. di riferimento / Rev.	Norma Rif. /Ed. : Punto: Altro/Punto:
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' **(a cura SGS**) :		
PROPOSTA DI TRATTAMENTO NON CONFORMITA' **(a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento)** :		
CAUSE NON CONFORMITA' E AZIONE CORRETTIVA PROPOSTA **(a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento)** :		
Data di compilazione della proposta: xx/yy/zzzz		

Il Cliente ha proposto la risoluzione delle azioni correttive al termine dell'audit ? ☐ Si ☐ No

Le proposte di risoluzione delle azioni correttive sono state accettate dal Lead Auditor ? ☐ Si ☐ No

In caso di risposta “NO” si rimanda alle modalità di notifica sopracitate.

8. Osservazioni Generali e opportunità per il miglioramento

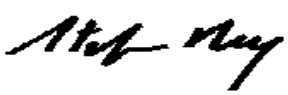
Si raccomanda un'attenta analisi delle eventuali osservazioni presentate nel seguito al fine di prevenire l'insorgere di non conformità e/o di valutarle ai fini del miglioramento dell'attuale Sistema.

Osservazioni Generali

- ***SI SEGNALA IL BUON GRADO DI COINVOLGIMENTO, A TUTTI I LIVELLI, DEL PERSONALE INTERVISTATO***
- ***IL GA RACCOMANDA L’ORGANIZZAZIONE PER IL MANTENIMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA STRADALE ISO 39001:2012 (UNI EN ISO 39001:2016)***

9. Rappresentanti dell’Organizzazione alle riunioni iniziale e finale

Nome	Ruolo/Funzione	Riunione iniziale	Riunione finale
Elisabetta Modena	DIR	✓	✓
Marisa Modena	AMM	✓	✓
Giulio Modena	TEC	✓	✓
Sandro Lambertucci	CONSULENTE ESTERNO	✓	✓

Letto e compreso il contenuto del presente report del quale il Rappresentante dell’Organizzazione riceve copia	
Lead Auditor *(nome e firma)*: Stefano Rey  **data**: 21.02.2025	**Rappresentante dell’Organizzazione** *(nome e firma)*: Elisabetta Modena 

Spett.le Organizzazione,
l’integrità è alla base di SGS. Chiediamo che i nostri auditor tengano una condotta rispettosa del codice etico di SGS e improntata al rispetto della dignità umana e delle garanzie fondamentali riconosciute a tutti gli esseri umani dalle leggi nazionali e sovranazionali.
Non esiti a segnalare condotte difformi a quanto sopra previsto al nostro ufficio Legal & Compliance (marco.pezzano@sgs.com +39 02 7393346) o alla Integrity Helpline di SGS integrityhelpline.sgs.com.