



ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI
San Marco n. 2940 - Calle del Clero - 30124 Venezia (VE)

**MANUALE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE EX ART. 30 D. LGS.
09 APRILE 2008 N. 81, SECONDO LE PROCEDURE SEMPLIFICATE EX DM
13/02/2014 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**MODELLO BASATO SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA
SUL LAVORO (SGSL) SECONDO LINEE GUIDA UNI-INAIL**

00	20/12/2019	Prima emissione	AMM	DG
rev.	data	motivo revisione	redazione e verifica	approvazione



Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
3. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE NEL PRESENTE DOCUMENTO	4
4. DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE.....	5
5. POLITICA DI SALUTE E SICUREZZA DELL'ENTE.....	6
6. ORGANIGRAMMA AZIENDALE	7
7. OBIETTIVI E PIANO DI MIGLIORAMENTO.....	7
8. RISPETTO DEGLI STANDARD TECNICO STRUTTURALI DI LEGGE RELATIVI ATTREZZATURE, IMPIANTI, LUOGHI DI LAVORO, AGENTI CHIMICI, FISICI E BIOLOGICI.....	8
9. ACQUISTI, INSTALLAZIONE, MANUTENZIONE	8
10. VALUTAZIONE DEI RISCHI E DI PREDISPOSIZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE CONSEGUENTI.....	9
11. GESTIONE DELLE EMERGENZE	10
12. GESTIONE AZIENDE ESTERNE	10
13. COMUNICAZIONE, COINVOLGIMENTO E CONSULTAZIONE	10
13.1 Comunicazione e rapporto con i Lavoratori e con l'esterno	11
13.2 Consultazione e partecipazione.....	11
13.3 Riunione Periodica	11
14. SORVEGLIANZA SANITARIA.....	12
15. INFORMAZIONE, FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO DEI LAVORATORI.....	13
16. ATTIVITÀ DI VIGILANZA SUL RISPETTO DELLE PROCEDURE E DELLE ISTRUZIONI DI LAVORO IN SICUREZZA DA PARTE DEI LAVORATORI	13
17. ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONI E CERTIFICAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE 14	
18. VERIFICHE PERIODICHE DELL'APPLICAZIONE E DELL'EFFICACIA DELLE PROCEDURE ADOTTATE.....	14
18.1 Sorveglianza/monitoraggio e misurazione dell'adozione delle procedure/modelli.....	14
18.2 Indagine su infortuni, incidenti e situazioni pericolose.....	14
18.3 Non Conformità, Azioni Correttive Ed Azioni Preventive.....	14
19. REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITÀ	15
19.1 Controllo e Gestione della Documentazione	15
19.2 Registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività	16
20. ARTICOLAZIONE DI FUNZIONI CHE ASSICURI LE COMPETENZE TECNICHE E I POTERI NECESSARI PER VERIFICA, VALUTAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO.....	16
21. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO	17
21.1 Criteri di valutazione della violazione.....	17
21.2 Violazione del Modello	18
21.3 Sanzioni e Procedure applicative.....	18
22. SISTEMA DI CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DEL MOG E SUL MANTENIMENTO NEL TEMPO DELLE CONDIZIONI DI IDONEITÀ DELLE MISURE ADOTTATE	19
22.1 Audit interno di sicurezza.....	19
22.2 Riesame del Sistema.....	19
23. ORGANISMO DI VIGILANZA.....	20

1. PREMESSA

Il Modello di Organizzazione e Gestione comunemente chiamato MOG è un documento previsto dal D. Lgs. 231/2001 nel quadro più ampio del tema della responsabilità di impresa.

Si tratta di una descrizione dei processi organizzativi adottati dall'impresa per prevenire e minimizzare i rischi derivanti dalla mancata applicazione di disposizioni di legge.

Il MOG, provvedendo a dimostrare l'adozione di apposite procedure di prevenzione dei reati, costituisce una forma significativa di tutela per l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** e per tutti i suoi Dipendenti e Collaboratori.

In particolare, il presente MOG riguarda i reati di cui agli Artt. 589 e 590 c.p., quando commessi in violazione di norme sulla salute e sicurezza sul lavoro, ed assume efficacia esimente all'applicazione del D. Lgs. 231/2001, art. 25 septies, per i reati di cui ai precedenti articoli del c.p. quando commessi in violazione di norme sulla salute e sicurezza sul lavoro.

Il D. Lgs. 81/08 prevede all'art. 30, comma 5 bis, la definizione da parte della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro di procedure semplificate per la adozione e la efficace attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della salute e sicurezza nelle piccole e medie imprese.

Il presente documento è stato sviluppato in base a tali indicazioni, come riportate nel DM 13/02/2014.

Nell'applicazione delle Procedure Semplificate di cui sopra ci si è basati su di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) strutturato secondo le *"Linee Guida per un Sistema di gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro (SGSL)"* definite da INAIL e pubblicate in Settembre 2001.

Il MOG descritto nel presente Manuale definisce pertanto le modalità per individuare all'interno dell'azienda:

- *le responsabilità,*
- *le procedure,*
- *i processi,*
- *le risorse,*

per la realizzazione della Politica Aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti, nonché per adottare ed applicare in maniera efficace il Modello Organizzativo Gestionale secondo le procedure semplificate come definito nel citato DM 13/02/2014.

Il Presente Manuale illustra le modalità con le quali l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** gestisce il MOG applicato, che tiene ovviamente conto delle ridotte dimensioni della stessa e della relativa semplicità organizzativa, pertanto è strutturato in maniera tale da risultare uno strumento agile ed efficace, senza però essere incompleto rispetto ai Disposti delle Linee Guida sopra citate, dell'Art. 30 c. 1-4 DLgs 81/2008 e del DM 13/02/2014

Il presente MOG costituisce Modello integrativo del MOG di parte Generale e di parte Speciale approvato in data 22/12/2016, in quanto specifico per i reati presupposto relativi alla sicurezza sui luoghi di lavoro.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Manuale si applica a tutte le attività effettuate dall'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** che possano avere un impatto diretto o indiretto sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.

3. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE NEL PRESENTE DOCUMENTO

Nei documenti del MOG Aziendale possono essere utilizzati i seguenti acronimi ed abbreviazioni:

<i>AD</i>	<i>Alta Direzione</i>
<i>DdL</i>	<i>Datore di Lavoro</i>
<i>OdV</i>	<i>Organismo di Vigilanza</i>
<i>RSPP</i>	<i>Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione</i>
<i>MC</i>	<i>Medico Competente</i>
<i>RLS</i>	<i>Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza</i>
<i>AI</i>	<i>Addetto Antincendio</i>
<i>PS</i>	<i>Addetto Primo Soccorso</i>
<i>SGSL</i>	<i>Sistema di gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro</i>
<i>SSL</i>	<i>Salute e Sicurezza sul Lavoro</i>
<i>VDR</i>	<i>Valutazione dei Rischi</i>
<i>DVR</i>	<i>Documento di valutazione dei Rischi</i>
<i>PS</i>	<i>Valutazione dei rischi con Procedura Standardizzata</i>
<i>MOG</i>	<i>Modello Organizzativo Gestionale</i>

4. DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

L'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI (IVBC)** è un ente senza finalità di lucro e con personalità giuridica, fondato a Venezia nel 1995.

Le finalità dell'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** sono la formazione professionale, la ricerca e la progettazione nel settore del restauro e della conservazione del patrimonio storico artistico e architettonico del territorio.

L'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** ha un'impronta di funzionamento pubblico in quanto, sia nell'ambito della propria attività didattica di laboratorio, sia nei cantieri-scuola, ha sempre operato concretamente sul patrimonio culturale della collettività, gestito da istituzioni pubbliche o di diritto pubblico.

L' **ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** è un Ente accreditato presso la Regione Veneto quale struttura di formazione.

Attualmente l'Istituto Veneto rivolge la propria attività alla formazione del Tecnico del Restauro di Beni Culturali, figura professionale riconosciuta ai sensi del D.M. 86/2009, che collabora con il restauratore eseguendo, con autonomia decisionale strettamente afferente alle proprie competenze tecniche, determinate azioni dirette ed indirette per limitare i processi di degrado dei beni, operazioni di cui garantisce la corretta esecuzione secondo le indicazioni metodologiche ed operative, sotto la direzione e il controllo diretto del restauratore.

Le attività di formazione prevedono corsi di formazione a riconoscimento e finanziamento regionale e/o cofinanziamento Regionale/Fondo Sociale Europeo/Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per Tecnici del Restauro di Beni Culturali della durata complessiva di 3 anni, per 2700 ore totali.

Il percorso si articola su tre livelli di discipline:

- insegnamenti teorici con lezioni frontali
- insegnamenti di laboratorio con esercitazioni pratiche
- insegnamenti in cantiere

Ogni annualità prevede attualmente 900 ore di cui almeno il 30% di cantiere su manufatti qualificabili come Beni Culturali ai sensi del Codice per i Beni Culturali, pertanto ogni operazione viene gestita sotto l'Alta Sorveglianza delle Soprintendenze preposte alla Tutela.

Gli attuali percorsi professionalizzanti possono essere:

- Materiali lapidei e superfici decorate dell'architettura;
- Manufatti dipinti su supporto ligneo e tessile.

I contenuti generali dei programmi didattici fanno riferimento al modello dei piani di studio delle discipline di insegnamento, teorico e pratico, dei percorsi formativi delle Scuole di alta formazione del MiBAC.

A conclusione del terzo anno, previo superamento dell'esame finale, è rilasciato un attestato di qualifica professionale per "Tecnico del restauro di beni culturali", dalla Regione Veneto.

L'attestato è riconosciuto in ambito nazionale e nei Paesi dell'Unione Europea.

Al termine di percorso formativo, l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** favorisce l'inserimento degli allievi nel mondo del lavoro con la pianificazione di tirocini aziendali o con la realizzazione di interventi di restauro da parte dell'istituto stesso.

A tale scopo l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** sottoscrive annualmente dei partenariati con enti pubblici, privati e ditte che operano nell'ambito del restauro e della conservazione.

I tirocini sono seguiti da tutor dell'Istituto che verificano la pertinenza del lavoro affidato agli allievi e la coerenza con quanto sottoscritto nel patto formativo del tirocinio.

Per ampliare l'offerta formativa, parallelamente ai corsi triennali, l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** organizza corsi di aggiornamento per ex allievi o per chi già opera nel settore del restauro e della conservazione.

Si tratta di seminari/corsi brevi di natura teorica e pratica circa l'approfondimento di nuove tecniche di intervento.

Nello svolgimento delle proprie attività, per la tutela dei beni utilizzati a fini didattici, per l'utilizzo a scopo didattico di laboratori scientifici e docenti specializzati, per il reperimento di manufatti per la didattica e per lo scambio culturale e il riconoscimento di crediti universitari, l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** ha intrecciato rapporti in convenzione con alcuni importanti enti pubblici attivi sul territorio.

Eventuali indagini diagnostiche per la caratterizzazione delle tecniche di esecuzione e dello stato di conservazione delle opere da restaurare sono supportate da laboratori di indagine esterni.

5. POLITICA DI SALUTE E SICUREZZA DELL'ENTE

L'Alta Direzione/DdL definisce la Politica di Salute e Sicurezza dell'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI**, nella quale va ad indicare la propria visione, i valori essenziali e le convinzioni dell'azienda in materia di SSL.

La Politica viene elaborata quale strumento fondamentale per inquadrare l'Ente e la situazione dello stesso in merito alla SSL.

La Politica tiene inoltre conto delle realtà dell'Ente, in particolare in merito a:

- Personale addetto;
- Risorse impegnate;
- Caratteristiche dell'Ente, della sua organizzazione nonché del contesto geografico e socioeconomico;
- Dati di eventuali precedenti eventi negativi (incidenti, infortuni, malattie professionali, emergenze, etc.);
- Conoscenza ed informazioni sulle attività lavorative ed individuazione e descrizione dei processi dell'Ente;
- Valutazione dei rischi dell'Ente;
- Autorizzazioni, documenti e legislazione applicabile.

La Politica di Salute e Sicurezza dell'Ente è riportata in un documento firmato dall'AD/DdL, allegato al presente Manuale ed è diffusa al Personale, ai Consulenti, agli eventuali Appaltatori e a tutte le parti terze interessate tramite affissione in bacheca e nei locali aziendali in posizione ben visibile e/o invio via mail o tramite altri canali di comunicazione.

La Politica è rivista e rielaborata a cura dell'AD/DdL in presenza di mutamenti significativi che ne rendessero necessaria la revisione, quali:

- variazioni della struttura dell'Ente;
- variazioni delle tipologie di attività;
- eventuali infortuni significativi, intendendo come tali infortuni che abbiano comportato una astensione dal lavoro uguale o superiore a 30 giorni.



6. ORGANIGRAMMA AZIENDALE

Le responsabilità e la relativa autorità in materia di SSL sono definite in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda.

In particolare vengono resi noti ad ogni figura organizzativa aziendale interna (DdL, Dirigenti, Preposti ecc....) ed esterna (Consulenti, Collaboratori) oltre ai compiti organizzativi e operativi propri, anche quelli relativi alle attività di Salute e Sicurezza sul Lavoro di loro competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse ed i compiti di ispezione, verifica e sorveglianza in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro, comprensivi, delle responsabilità relative alla corretta applicazione del Sistema Sanzionatorio definito nello specifico paragrafo del presente manuale nonché delle specifiche competenze dell'OdV identificato.

Inoltre vengono resi noti a tutti i livelli operativi le funzioni ed i compiti del RSPP, del RLS e degli addetti alla gestione delle emergenze, nonché i compiti e le responsabilità del MC e dell'OdV.

L'Ente, allo scopo di portare a conoscenza di tutto il personale le responsabilità e le attribuzioni in tema di Salute e Sicurezza sul Lavoro, ha predisposto uno specifico "Organigramma della Sicurezza" nominativo e funzionale, allegato al presente Manuale, che viene reso pubblico tramite affissione in bacheca e nei locali aziendali in posizione ben visibile.

Sulla base di tale Organigramma l'AD/DdL assicura una chiara attribuzione di compiti e funzioni nell'ambito del proprio MOG, tenendo conto di quanto disposto dalla legislazione.

L'Organigramma comunque non va a sostituire le nomine formali previste dal D. Lgs. 81/08 e dal MOG.

7. OBIETTIVI E PIANO DI MIGLIORAMENTO

Per concretizzare quanto riportato nella Politica Aziendale AD/DdL, con la collaborazione di RSPP e di tutte le Figure Aziendali ritenesse necessario consultare, definisce degli "Obiettivi di Miglioramento" di cui pianifica la realizzazione attraverso uno specifico "Piano Obiettivi Sistema Gestione Sicurezza (SGS)".

Gli Obiettivi e la pianificazione delle attività di miglioramento del MOG sono definiti considerando:

- la Politica di Salute e Sicurezza sul Lavoro e i risultati conseguiti;
- i rischi per la salute e la sicurezza così come individuati e valutati nel DVR;
- l'evoluzione della legislazione;
- la consultazione ed il coinvolgimento dei lavoratori, anche per il tramite del RLS;
- l'analisi effettuata durante il riesame della direzione.

Nel "Piano Obiettivi Sistema Gestione Sicurezza (SGS)" sono individuate in maniera chiara ed univoca:

- le responsabilità, le tempistiche, le priorità degli interventi da realizzare;
- le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie alla loro realizzazione.

Sempre nel "Piano Obiettivi Sistema Gestione Sicurezza (SGS)" l'AD/DdL definisce opportuni indicatori di sistema che consentano la verifica dello stato di attuazione degli obiettivi definiti, nonché l'individuazione di nuovi obiettivi.



La Verifica degli Indicatori di Sistema individuati nel “Piano Obiettivi Sistema Gestione Sicurezza (SGS)”, nonché la loro eventuale revisione/implementazione e la ridefinizione di nuovi obiettivi viene fatta in sede di Riesame del Sistema.

8. RISPETTO DEGLI STANDARD TECNICO STRUTTURALI DI LEGGE RELATIVI ATTREZZATURE, IMPIANTI, LUOGHI DI LAVORO, AGENTI CHIMICI, FISICI E BIOLOGICI

Il MOG applicato dall'ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI e descritto nel presente Manuale è strutturato in maniera tale da assicurare che l'Ente rispetti gli standard tecnico strutturali fissati dalla legge e dalle norme armonizzate applicabili:

- in fase di implementazione del MOG;
- in occasione di acquisti di attrezzature, DPI, materie prime, ecc.;
- In fase di mantenimento della conformità di attrezzature/luoghi di lavoro.

L'Ente ha predisposto la Procedura di Sicurezza (PS) 01 “Identificazione prescrizioni legali” con lo scopo di garantire scelta, gestione e aggiornamento alle prescrizioni legislative applicabili alla propria realtà.

9. ACQUISTI, INSTALLAZIONE, MANUTENZIONE

In base ai Requisiti Legali definiti nella PS 01, l'Ente ha individuato al proprio interno delle funzioni aziendali dotate di adeguata competenza che applicano le normative vigenti in fase di nuovi acquisti, di nuova installazione e di manutenzione di attrezzature/macchine e sostanze e preparati pericolosi.

La PS 09 “Attrezzature, manutenzioni e dispositivi di sicurezza” illustra le modalità di esecuzione delle attività di acquisto, installazione, manutenzione messe in atto dalle funzioni aziendali identificate.

Fra le attività di manutenzione devono essere ricompresi gli interventi necessari per verificare il rispetto delle tempistiche dei controlli previsti dalle leggi applicabili.

AD/DdL pianifica gli interventi necessari per verificare il continuo rispetto dei requisiti legali definiti ed individua le funzioni aziendali competenti che devono, ad esempio:

- far effettuare i controlli periodici nei casi previsti dalla legge attraverso gli organismi pubblici o privati abilitati;
- vigilare regolarmente sul mantenimento dei dispositivi di sicurezza e sul buono stato di attrezzature e macchine e segnalare le eventuali non conformità riscontrate;
- attuare tempestivi interventi manutentivi a seguito delle segnalazioni di non conformità o di guasti.



10. VALUTAZIONE DEI RISCHI E DI PREDISPOSIZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE CONSEGUENTI

La Valutazione Dei Rischi (Art. 28 D. Lgs. 81/2008) è un processo di valutazione documentata di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori presenti in azienda e delle persone che accedono ai luoghi di lavoro dell'azienda. A seguito della VDR vengono definiti:

- adeguate misure di prevenzione e protezione;
- il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

Come indicato dal D. Lgs. 81/2008, il DdL ha la responsabilità non delegabile della VDR e della elaborazione, in collaborazione con:

- Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Medico Competente.

e previa consultazione di:

- Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza aziendale (RLS),

del relativo Documento di Valutazione dei Rischi, che può essere redatto anche in forma di Procedura Standardizzata (Art. 29, c. 5, D. Lgs. 81/2008 e Decreto Interministeriale 30 novembre 2011)

Come dettagliatamente illustrato in PS 03 "Valutazione dei rischi salute e sicurezza", il DdL procede alla valutazione attraverso le seguenti fasi:

1. *Identificazione dei pericoli;*
2. *Valutazione di tutti i rischi connessi con gli aspetti di salute e sicurezza identificati in funzione dei processi e delle mansioni;*
3. *Identificazione di misure idonee per prevenire, ove possibile, eliminare o comunque ridurre al minimo i rischi valutati (vedi PS 10 "Gestione DPI");*
4. *Definizione delle priorità e pianificazione degli interventi;*
5. *Valutazione e monitoraggio sull'applicazione delle misure adottate e valutazione della loro efficacia.*

La valutazione dei rischi è inoltre aggiornata in base alle informazioni ottenute dalle attività di monitoraggio e, comunque, ogni volta che intervengano cambiamenti significativi di processo produttivo o di organizzazione del lavoro, cambiamenti legislativi o seguito di eventi quali emergenze, infortuni, incidenti.

Come sopra riportato, la valutazione dei rischi indica le misure di prevenzione e protezione attuate e contiene un programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

Gli interventi di miglioramento sono programmati in base alla loro priorità e quindi tenendo conto della rilevanza del rischio come scaturita dal processo di valutazione.



11. GESTIONE DELLE EMERGENZE

La gestione delle emergenze può essere definita come l'insieme delle misure straordinarie da attuare in caso di pericolo grave e immediato.

In base a quanto indicato in PS 04 "Preparazione e risposta alle emergenze" il DdL con la collaborazione di RSPP individua le possibili emergenze e le relative modalità di gestione, tenendo conto:

- della valutazione dei rischi;
- della localizzazione delle attività e delle caratteristiche dei luoghi di lavoro;
- dell'analisi delle possibili situazioni di emergenza;
- del massimo numero di persone (interne ed esterne) che si stima possano essere presenti nei luoghi di lavoro.
- esito prove di emergenza ed evacuazione precedenti.

12. GESTIONE AZIENDE ESTERNE

Il DdL, tramite la PS 05 "Gestione Aziende esterne", si assicura che, nella selezione degli eventuali appaltatori e nella gestione degli eventuali appalti, vengano applicati i principi di salvaguardia della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Tramite l'efficace applicazione della PS 05, il DdL si assicura che:

- l'osservanza delle prescrizioni e delle regole operative afferenti a salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e le eventuali sanzioni disciplinari siano parte integrante del regolamento contrattuale fra le parti;
- il controllo sugli adempimenti sia affidato ad un soggetto chiaramente identificato;
- agli inadempimenti siano collegati meccanismi di reazione e di sanzione;
- sia assicurata l'applicazione delle sanzioni.

Durante l'effettuazione dei lavori, il DdL provvede a verificare che gli appaltatori operino ed agiscano in maniera compatibile e congruente con le indicazioni di SSL stabilite in sede di contratto, con la Politica dell'Ente e con il DUVRI (se presente).

13. COMUNICAZIONE, COINVOLGIMENTO E CONSULTAZIONE

L'efficace gestione del MOG richiede la partecipazione attiva, la collaborazione, il sostegno e l'impegno dei Dipendenti e di tutte le figure interne ed esterne coinvolte a qualsiasi titolo nella gestione della SSL.

Parimenti, la circolazione delle informazioni all'interno dell'Ente è un elemento altrettanto fondamentale per garantire livelli adeguati di consapevolezza ed impegno riguardo alla politica adottata, maggiore infatti è la condivisione delle informazioni e la partecipazione attiva alla gestione del sistema, maggiore sarà la probabilità di prevenire gli infortuni e le malattie correlate al lavoro.

Le conoscenze e l'esperienza dei lavoratori sono una risorsa necessaria all'attuazione ed efficace applicazione del MOG, pertanto l'Ente ha definito modalità adeguate per realizzare il coinvolgimento dei Lavoratori e dei loro Rappresentanti in particolare per attuare:

- le comunicazioni ed i rapporti con i Lavoratori e con l'esterno;
- la consultazione e la partecipazione.

13.1 Comunicazione e rapporto con i Lavoratori e con l'esterno

Il DdL gestisce le comunicazioni interne ed esterne relativamente alle tematiche di SSL attraverso i seguenti canali:

- affissione in bacheca dell'Ente, per le comunicazioni pubbliche;
- riunioni Specifiche, che possono coinvolgere tutti i lavoratori o solo una parte di essi;
- e-mail per le comunicazioni private;
- PEC per le comunicazioni ufficiali verso Enti o Persone;
- lettere inviate per Posta Raccomandata o Raccomandata a Mano per le comunicazioni ufficiali verso Enti o Persone non in possesso di PEC.

13.2 Consultazione e partecipazione

Il DdL, ove necessario e ove prescritto per legge o dai CCNL, coinvolge nella gestione del MOG i Lavoratori dell'azienda, anche attraverso il RLS.

Il DdL, ove necessario e ove prescritto per legge, raccoglie osservazioni, commenti e proposte dai Lavoratori e dagli altri soggetti interessati (enti locali, cittadini, clienti e fornitori, ecc.).

L'Ente incoraggia la piena adesione al MOG di tutti i Lavoratori e promuove la cooperazione in materia di salute e sicurezza, in particolare:

- assicurando a RLS il tempo necessario per lo svolgimento del proprio incarico e la massima collaborazione nel rispetto dei disposti di legge;
- consultando i lavoratori, anche attraverso il RLS, quando previsto dalla legislazione vigente o quando ritenuto opportuno.

13.3 Riunione Periodica

L'Ente ha meno di 15 dipendenti e quindi non deve effettuare una Riunione periodica annuale.

Comunque, su eventuale specifica richiesta del RLS, può essere convocata su base annuale la Riunione secondo Art 35 D. Lgs. 81/08, alla quale nel caso partecipano:

- il datore di lavoro o un suo rappresentante;
- il responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi;
- il medico competente, ove nominato;
- il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- ogni altra figura interna o esterna fosse ritenuta necessaria.

Nel corso della riunione il DdL (o suo Rappresentante) sottopone all'ordine del giorno i seguenti argomenti:

1. Il documento di valutazione dei rischi;
2. L'andamento degli infortuni, delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;
3. I criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei DPI;
4. I programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori;
5. Ogni altro argomento ritenuto necessario.

Nel corso della riunione, se ritenuto necessario, verranno individuati:

- Codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;
- Obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base del SGSL.

La riunione di cui sopra può essere effettuata anche in occasione di significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, compresa la programmazione e l'introduzione di nuove tecnologie che abbiano riflessi sulla sicurezza e salute di lavoratori.

Della riunione nel caso deve essere redatto un verbale firmato per presa visione ed accettazione da tutti i partecipanti, che ne ricevono copia.

14. SORVEGLIANZA SANITARIA

Il DdL, sulla base delle risultanze della VDR ha nominato il Medico Competente per l'effettuazione della Sorveglianza Sanitaria.

All'atto della nomina il DdL ha verificato il possesso da parte del MC dei Requisiti di Legge di cui all'Art. 38 D. Lgs. 81/08, nonché l'iscrizione nell'apposito elenco predisposto dal Ministero della Salute.

Il MC è figura fondamentale nel MOG aziendale e per questo, oltre a collaborare con il DdL ed il RSPP alla redazione della Valutazione dei Rischi, viene consultato non solo ogni qualvolta sia previsto dai disposti di legge, ma anche ogni qualvolta il DdL lo ritenga necessario, in particolare (ma non solo):

- per la definizione di nuove mansioni che possano impattare sulla Sorveglianza Sanitaria;
- per l'utilizzo di nuovi Agenti Pericolosi.

Nell'ottica di una efficace gestione del MOG, il DdL si assicura che il MC:

- predisponga un Protocollo Sanitario adeguato e coerente coi rischi individuati nel DVR;
- visiti almeno una volta all'anno, salvo differenti indicazioni, gli ambienti di lavoro dell'Ente. Di tale sopralluogo deve essere redatto apposito verbale che deve essere acquisito e tenuto agli atti;
- partecipi (ove prevista) alla Riunione Periodica di cui all'Art. 35 D. Lgs. 81/2008;
- istituisca e conservi nelle modalità concordate la Cartella Sanitaria e di Rischio.

In accordo con i disposti di Legge e con il CCNL, le tipologie di visite mediche previste dal Protocollo di Sorveglianza Sanitaria aziendale sono:

- visita medica preventiva (che può essere eseguita anche in fase preassuntiva) intesa a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione cui il lavoratore è destinato;
- visita medica periodica;
- visita medica in occasione di cambio di mansione con modifica dei rischi per la salute;
- visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro (quando previsto);
- visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi;
- visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal MC correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute.

La Sorveglianza Sanitaria è finalizzata all'espressione del Giudizio di Idoneità alla mansione specifica, che viene obbligatoriamente comunicato per iscritto al Datore di Lavoro e in copia al lavoratore stesso.



Il Giudizio può essere di:

- Idoneità;
- Idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- Inidoneità temporanea;
- Inidoneità permanente.

Avverso i giudizi del MC è sempre ammesso ricorso, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'Organo di vigilanza territorialmente competente.

Il DdL o un suo incaricato vigila sul corretto svolgimento dei compiti da parte del MC e provvede ad individuare ed inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal protocollo di sorveglianza sanitaria e di rischio.

Prima d'adibire il lavoratore alla mansione prevista, il DdL verifica il rilascio del giudizio d'idoneità alla mansione stessa sia in caso di prima assegnazione che a seguito di un cambio di mansione.

15. INFORMAZIONE, FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO DEI LAVORATORI

Lo svolgimento di compiti che possono influenzare la SSL richiede che il personale addetto sia in possesso di adeguate competenze.

Tali competenze vengono acquisite attraverso adeguata informazione formazione, addestramento, parimenti è altrettanto fondamentale che la formazione riguardi anche gli aspetti principali del MOG ed i ruoli, compiti e responsabilità di ciascuna figura in esso coinvolta.

Il DdL ha definito la PS 06 "Informazione e formazione" nella quale definisce le modalità per un efficace e corretta gestione delle attività di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori.

16. ATTIVITÀ DI VIGILANZA SUL RISPETTO DELLE PROCEDURE E DELLE ISTRUZIONI DI LAVORO IN SICUREZZA DA PARTE DEI LAVORATORI

Il DdL ha predisposto un efficace sistema di controllo e vigilanza continua sul rispetto da parte dei Lavoratori delle procedure e delle istruzioni di lavoro che hanno impatto sulla SSL e, con le modalità previste dal MOG, vigila sulla loro corretta attuazione.

La vigilanza del rispetto delle disposizioni aziendali è distribuita alle figure delegate, ovvero al DdL e al Preposto, secondo le competenze di ciascuno.

L'eventuale utilizzo della delega di funzioni non esclude l'obbligo di vigilanza in capo al delegante in relazione al corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite.

Le eventuali violazioni riscontrate dall'attività di vigilanza saranno sanzionate secondo il sistema disciplinare del MOG, come riportato nello specifico paragrafo del presente Manuale.



17. ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONI E CERTIFICAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE

Il DdL, con la collaborazione di RSPP, MC e sentito il RLS ha predisposto un "Elenco della normativa applicabile" che viene costantemente aggiornato. Le modalità di gestione e custodia dei documenti e delle certificazioni obbligatorie per legge è illustrata nella PS 01 "Gestione documentazioni e registrazioni del SGSL"

18. VERIFICHE PERIODICHE DELL'APPLICAZIONE E DELL'EFFICACIA DELLE PROCEDURE ADOTTATE

Le verifiche periodiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate o dei modelli sono un requisito importante e determinante del MOG.

18.1 Sorveglianza/monitoraggio e misurazione dell'adozione delle procedure/modelli

Il DdL ha definito in PS 07 "Sorveglianza e monitoraggio per SGSL" il processo di sorveglianza/monitoraggio e misurazione sull'attuazione di quanto previsto nelle procedure/modelli adottati.

Le attività di tale processo sono adeguatamente registrate e i risultati confrontati in Sede di Riesame con gli obiettivi prefissati, in modo da verificare che ciò che è stato attuato è concorde con ciò che è stato pianificato e produce i risultati voluti.

18.2 Indagine su infortuni, incidenti e situazioni pericolose

Il DdL, anche in qualità di RSPP, stabilisce implementa e mantiene attiva la PS 08 "Gestione infortuni e incidenti" allo scopo di indagare gli infortuni, incidenti e situazioni pericolose che si verificano durante le attività aziendali.

Tale indagine prevede:

- 1. registrazione degli eventi;*
- 2. determinazione dei fattori che hanno causato/contribuito a causare l'evento;*
- 3. individuazione delle azioni Correttive;*
- 4. attuazione delle Azioni Correttive e relativa verifica dell'efficacia;*
- 5. implementazione, ove possibile, di Azioni Preventive.*

18.3 Non Conformità, Azioni Correttive Ed Azioni Preventive

Sono stabilite le modalità operative per registrare ed analizzare le non conformità allo scopo di individuare e porre in atto le necessarie azioni correttive o preventive e successivamente verificarne l'efficacia.

Si intende per non conformità un qualsiasi scostamento dai requisiti fissati dal MOG dell'azienda.

Per azione correttiva si intende un'azione posta in essere per eliminare le cause di non conformità.

19. REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'Art. 30, comma 2, D. Lgs. 81/08 definisce che, per l'efficace attuazione del MOG, sia presente ed efficacemente attuato un sistema di controllo dell'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi a:

- a) rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- c) attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- d) attività di sorveglianza sanitaria;
- e) attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- g) acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- h) periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

Allo scopo di garantire quanto sopra, il DdL ha deciso di impostare il MOG aziendale in conformità alla Linee Guida UNI INAIL e a questo proposito ha definito idonee modalità di gestione e custodia dei documenti e delle registrazioni aziendali, illustrate nella PS 01 "Gestione documenti e registrazioni".

19.1 Controllo e Gestione della Documentazione

La Documentazione è uno strumento organizzativo di importanza fondamentale che consente all'Ente la gestione, l'implementazione ed il monitoraggio del MOG.

La documentazione viene tenuta ed aggiornata al livello necessario richiesto per mantenere il sistema efficiente ed efficace, in modo che la documentazione sia funzionale al sistema ma non lo condizioni.

La documentazione predisposta risponde alle esigenze di conoscenza per sviluppare e mantenere un sistema di gestione efficiente, in modo semplice e snello.

La Documentazione può avere due origini:

- Interna, ovverosia predisposta direttamente dall'Ente per garantire il corretto funzionamento del MOG;
- Esterna, ovverosia predisposta dal Legislatore, da Enti, da Organizzazioni Sindacali, ecc....

Per Documentazione Esterna si intende almeno:

- Leggi, regolamenti, norme antinfortunistiche attinenti l'attività dell'Ente;
- Documentazione richiesta dalla normativa vigente in materia di SSL (autorizzazioni, verbali ispettivi ecc...).

Per Documentazione Interna si intende almeno:

- Manuale del SGSL
- Procedure;
- eventuali Istruzioni Operative;
- Modulistica;
- Regolamenti e accordi interni;
- Manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale;

- Informazioni sui processi produttivi;
- Schemi organizzativi;
- Piani di emergenza.

Per una efficace ed efficiente gestione del MOG è di fondamentale importanza identificare in maniera univoca e gestire in maniera corretta tutta la Documentazione Aziendale sopra identificata, a questo scopo il DdL ha definito la PS 01, sulla quale indica le modalità di gestione dei Documenti di origine interna ed esterna, nonché delle RegISTRAZIONI che hanno impatto sul MOG.

Nella Tabella di seguito si riportano le Procedure del MOG, la relativa Modulistica è invece riportata all'interno delle Procedure:

<i>PS 01</i>	<i>Gestione documenti e registrazioni del SGSL</i>
<i>PS 02</i>	<i>Identificazione prescrizioni legali</i>
<i>PS 03</i>	<i>Valutazione dei Rischi salute e sicurezza</i>
<i>PS 04</i>	<i>Preparazione e risposta alle emergenze</i>
<i>PS 05</i>	<i>Gestione Aziende esterne</i>
<i>PS 06</i>	<i>Informazione e Formazione</i>
<i>PS 07</i>	<i>Sorveglianza e monitoraggio SGSL</i>
<i>PS 08</i>	<i>Gestione infortuni e incidenti</i>
<i>PS 09</i>	<i>Attrezzature, manutenzioni e dispositivi di sicurezza</i>
<i>PS 10</i>	<i>Gestione DPI</i>
<i>PS 11</i>	<i>Audit interni sulla sicurezza</i>
<i>PS 12</i>	<i>Riesame Direzione sulla sicurezza</i>
<i>PS 13</i>	<i>Obiettivi, adeguamento e miglioramento</i>

19.2 Registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività

Il DdL ha definito in PS 01 le modalità con cui gestire e custodire la documentazione e le relative registrazioni, per fornire l'evidenza del funzionamento del MOG al fine di disporre di documenti comprensibili, corretti, aggiornati.

20. ARTICOLAZIONE DI FUNZIONI CHE ASSICURI LE COMPETENZE TECNICHE E I POTERI NECESSARI PER VERIFICA, VALUTAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO

Come previsto dal D. Lgs. 81/2008, il DdL non può delegare le attività di valutazione dei rischi, la redazione del relativo documento (o della modulistica prevista dalle procedure standardizzate) e la designazione del RSPP.

Il DdL ha invece la facoltà di delegare le altre funzioni con le modalità ed i limiti previsti dall'Art. 16 del D. Lgs. 81/2008.

A prescindere dalle deleghe predisposte, per tutti i processi ed attività aziendali il DdL assicura comunque una chiara attribuzione di compiti e funzioni nell'ambito del proprio MOG.

Tale attribuzione viene resa nota a tutti tramite affissione pubblica dell'Organigramma ed è effettivamente adottata nella struttura aziendale.

Di seguito si elencano le Figure aziendali individuate, nominate (se del caso) e formate come da legge:

- Datore di Lavoro;
- Preposti;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), la cui funzione è svolta direttamente dal DL;
- Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Addetti alle Emergenze ed al Primo Soccorso;
- Lavoratori;
- Medico competente;
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Aziendale.

A seconda della tipologia di attività svolta può essere necessario individuare i ruoli e le responsabilità, in materia di salute e sicurezza, di ulteriori figure.

21. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

Il DdL ha definito e comunicato a tutti i soggetti interessati adeguate modalità per individuare e sanzionare comportamenti che costituiscono o che possono favorire:

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

21.1 Criteri di valutazione della violazione

Il DdL ha individuato secondo criteri di equità ed effettività il tipo e entità di ciascuna delle sanzioni definite, esse variano in relazione:

- all'intenzionalità del comportamento o del grado di negligenza, imprudenza o imperizia con riguardo anche alla prevedibilità dell'evento;
- al comportamento complessivo dell'attore con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo, nei limiti consentiti dalla legge;
- alle mansioni dell'attore;
- alla posizione funzionale delle persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza;
- alle eventuali circostanze che accompagnano l'illecito disciplinare.

È fatta salva la prerogativa dell'Ente di chiedere il risarcimento dei danni derivanti dalla violazione del MOG da parte di un Dipendente.

Per quanto concerne l'accertamento delle infrazioni, i procedimenti disciplinari e la comminazione delle sanzioni, restano validi i poteri già conferiti, nei limiti delle rispettive deleghe e competenze, alla Direzione.

21.2 Violazione del Modello

In ossequio al principio di tassatività e con l'obiettivo di rendere immediatamente intelligibili i comportamenti vietati, si dettano qui di seguito le principali infrazioni disciplinari:

- a) violazione dei principi ispiratori e dei criteri comportamentali fissati nel MOG e/o violazione dei divieti e degli obblighi specificamente indicati nel MOG;
- b) mancata collaborazione con l'OdV o con il suo staff operativo, mediante l'adozione di comportamenti omissivi o renitenti o comunque idonei ad impedire o anche solo ostacolare le sue funzioni di controllo, accertamento e verifica;
- c) violazione o elusione delle procedure e dei protocolli operativi;
- d) mancata o inadeguata sorveglianza dei superiori gerarchici sul rispetto delle prescrizioni e delle procedure previste nel MOG da parte del personale dipendente;
- e) commissione, anche in forma tentata, di fatti previsti dalla legge come reati che possano determinare la responsabilità dell'Ente;
- f) messa in atto di azioni o comportamenti non conformi alle prescrizioni del Modello, ovvero l'omissione di azioni o comportamenti prescritti dal Modello, nell'espletamento di attività sensibili o strumentali che:
 - espongano l'Ente ad una situazione oggettiva di rischio di commissione di uno dei reati contemplati dal D. Lgs. 231/2001 e successive integrazioni;
e/o
 - siano diretti in modo univoco al compimento di uno o più reati contemplati dal d.lgs. 231/2001 e successive integrazioni;
e/o
 - siano tali da determinare l'applicazione a carico dell'Ente di sanzioni previste dal d.lgs. 231/2001 e successive integrazioni.
- g) messa in atto di azioni o comportamenti non conformi ai principi contenuti nel MOG, ovvero l'omissione di azioni o comportamenti prescritti dallo stesso;
- h) la mancata partecipazione, dovuta ad assenza ingiustificata, ai programmi di formazione/collocazione posti in essere dall'Ente;
- i) omessa segnalazione all'OdV delle violazioni del Modello.

21.3 Sanzioni e Procedure applicative

Alla notizia di una violazione del Modello, corrisponde l'avvio della procedura di accertamento delle mancanze stabilita dal CCNL vigente.

Pertanto:

- a ogni notizia di violazione del MOG è dato impulso alla procedura di accertamento;
- nel caso in cui, a seguito della procedura, sia accertata la violazione del MOG, è erogata la sanzione disciplinare prevista dal CCNL con le modalità in esso previste. Più in particolare:
 - ✓ su segnalazione della notizia di violazione da parte dei soggetti che hanno un ruolo di coordinamento e/o verifica, e sentito il superiore gerarchico dell'autore della condotta censurata, i soggetti che hanno titolo (AD/DdL), individuano (analizzate le motivazioni del Dipendente) la sanzione disciplinare applicabile e provvedono alla sua erogazione secondo le modalità previste dal CCNL.
 - ✓ dopo l'applicazione della sanzione disciplinare, l'erogazione di tale sanzione viene comunicata all'OdV.

L'OdV e i soggetti che hanno titolo (AD/DdL), provvedono al monitoraggio dell'applicazione delle sanzioni disciplinari ed alla verifica del rispetto di tutti gli adempimenti di legge e di contratto relativi all'irrogazione della sanzione disciplinare.

In particolare, nel pieno rispetto della L 300/1970, vengono applicate le sanzioni previste dal Codice disciplinare già approvato in data 22/12/2016 per il MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS 8 GIUGNO 2001 N. 231 DELL'ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI.

Le violazioni vengono distinte in:

1. VIOLAZIONE LIEVE:

- ✓ Violazione di norme comportamentali in attività giudicabili non rilevanti per la SSL

2. VIOLAZIONE GRAVE:

- ✓ Violazione di norme comportamentali in attività giudicabili rilevanti per la SSL;
- ✓ Omissione nell'eseguire con la diligenza dovuta i compiti e le mansioni previste;
- ✓ Omissione nell'informare l'OdV di eventuali anomalie gestionali o di condotte poste in essere da altri, che possano determinare l'insorgere di rischi rilevanti.

22. SISTEMA DI CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DEL MOG E SUL MANTENIMENTO NEL TEMPO DELLE CONDIZIONI DI IDONEITÀ DELLE MISURE ADOTTATE

Un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del MOG prevede l'applicazione, oltre che delle attività di vigilanza e verifica descritte nella sezione precedente, delle attività di due processi che sono strategici per l'effettività e la conformità del MOG:

1. *Audit interni di sicurezza;*
2. *Riesame del Sistema.*

Le attività di cui sopra prevedono il ruolo attivo e documentato di tutti i soggetti del MOG nella valutazione degli obiettivi raggiunti e dei risultati ottenuti, oltre che delle eventuali criticità riscontrate in termini di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

22.1 Audit interno di sicurezza

L'Audit interno di Sicurezza è un esame sistematico, documentato e indipendente per determinare se quanto pianificato e predisposto dal MOG:

- ✓ venga attuato ed efficacemente applicato;
- ✓ sia idoneo al conseguimento degli obiettivi;
- ✓ sia coerente con la Politica dell'Ente in materia di salute e sicurezza.

Il DdL, su base quantomeno annuale, programma e gestisce gli Audit in base alla PS 11 "Audit interni sulla sicurezza".

22.2 Riesame del Sistema

Il DdL riesamina periodicamente il MOG al fine di verificare che:

- ✓ sia attuato con efficacia;
- ✓ sia idoneo per il mantenimento ed il miglioramento nel tempo delle misure adottate;



- ✓ garantisca il raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ permetta di esprimere una valutazione sulle prestazioni complessive;
- ✓ consenta di programmare le attività per il miglioramento continuo.

I risultati che scaturiscono da questo processo, in relazione al periodo indagato possono portare, se necessario, a modificare il MOG, la sua articolazione di funzioni, i suoi obiettivi.

La gestione del Riesame è illustrata in PS 12 "Riesame della Direzione sulla sicurezza".

23. ORGANISMO DI VIGILANZA

Negli enti di piccole dimensioni non vi è l'onere per l'impresa di istituire un organismo di vigilanza ad hoc.

In questo caso, infatti, l'art. 6, comma 4 del D. Lgs. n. 231/01 stabilisce che i compiti attribuiti all'Organismo di Vigilanza (OdV) possano essere svolti direttamente dall'Organo dirigente.

Pertanto per l'**ISTITUTO VENETO PER I BENI CULTURALI** le funzioni di OdV sono state assunte dall'Alta Direzione nella persona del DdL.

Il DdL per la esecuzione degli audit di sicurezza e a supporto della propria attività di OdV può eventualmente avvalersi della collaborazione di Professionisti esterni in possesso di adeguata competenza nelle tecniche di auditing.