

Corso residenziale

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE D.LGS. 231/01
E
MODELLI DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE AZIENDALE
PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (Art. 30 D.lgs. 81/08)**

Stefano Michelotti - Andrea Leonardi

Milano, 4 Giugno 2015
ASL Milano - Dipartimento di Prevenzione Medico
Via Statuto 5 - 20121 Milano

RELATORI

Andrea Leonardi

Formazione, consulenza, audit.

Laureato in economia aziendale presso l'Università Commerciale L. Bocconi, ha maturato diverse esperienze professionali nel settore pubblico e privato, in Italia e all'estero.

Amministratore unico e socio fondatore di Alpemi Consulting srls www.alpemiconsulting.eu, società che si occupa di consulenza, formazione ed audit sui sistemi di gestione relativi agli standard ISO, con particolare riferimento allo standard ISO 9001, ISO 27001, ISO 20000-1 ed ISO 22301, ai Modelli di Organizzazione e Gestione ai sensi del d.lgs. 231/01 ed ai Piani Triennali di Prevenzione della corruzione ai sensi della L. 190/12.

E' consigliere di amministrazione presso Minerva Group Service società consortile cooperativa per azioni www.minervagroupservice.eu di cui è socio fondatore e partner.

E' relatore, formatore e consulente di Cispel Lombardia Services srl www.clservices.it, presso cui ricopre anche il ruolo di Responsabile Qualità. Ex dirigente di aziende di servizi pubblici, è autore di vari articoli di approfondimento su tematiche gestionali inerenti i sistemi ISO ed i sistemi di controllo di gestione nel settore delle public utilities e nel settore sanitario.



Stefano Michelotti

Formazione, consulenza, audit.

Amministratore unico e fondatore di Archimede Consulting srls www.archimedeconsultingsrls.it, società che si occupa di consulenza, formazione e audit in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro ex D.lgs 81/08 e BS OHSAS 18001, igiene degli alimenti ex Regolamento CE e ISO 22000, sicurezza delle informazioni ex D.lgs 196/03 "privacy" e ISO 27001, Modelli di Organizzazione e Gestione ex D.lgs 231/01, Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione ex L. 190/12. Nell'ambito della sua attività professionale, ha maturato un'esperienza pluridecennale per le tematiche di cui sopra in tutti i settori di attività, incluso il settore sanitario dove ha seguito progetti di consulenza e formazione per la tematica "privacy" presso ASL Milano, AO San Carlo Milano e AO Ospedali Riuniti di Bergamo. Ricopre inoltre il ruolo di membro di organismo di vigilanza ex D.lgs 231/01 in diverse aziende pubbliche e private.

E' Presidente di Minerva Group Service società consortile cooperativa per azioni www.minervagroupservice.eu di cui è socio fondatore e partner

E' relatore, formatore e consulente di Cispel Lombardia Services srl www.clservices.it, presso cui ricopre anche il ruolo di RSPP.



SOMMARIO

1. INTRODUZIONE AL D.LGS. 231/01

- 1.1 Scopo e campo di applicazione del d.lgs. 231/01
- 1.2 Modelli di Organizzazione e Gestione: requisiti ed esimenza
- 1.3 Fattispecie di Reato
- 1.4 Aspetti sanzionatori

2. INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE: GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT E COMPLIANCE (GRC)

- 2.1 Governance e sistema documentale
- 2.2 Risk management: standard ISO 31000 e sistema documentale
- 2.3 Compliance: standard ISO 19600 e sistema documentale
- 2.4 GRC e architettura di integrazione dei sistemi di gestione
- 2.5 Linee guida ISO Annex SL

3. SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (ART. 30 D.LGS. 81/08)

- 3.1 MOG 231 e Articolo 30 del D.lgs. 81/08
- 3.2 SGSL Standard BS OHSAS 18001: requisiti e struttura
- 3.3 Nuova edizione dello standard BS OHSAS 18001: standard ISO 45001
- 3.4 SGSL Linee Guida UNI INAL: requisiti e struttura
- 3.5 SGSL integrato standard BS OHSAS 18001 e Linee Guida UNI INAL

4. MOG D.LGS 231/01 E SGSL ART. 30 D.LGS. 81/08

1. INTRODUZIONE AL D.LGS. 231

1.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL D.LGS. 231/01

RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA DI IMPRESA

TITOLO DEL DISPOSITIVO DI LEGGE

decreto legislativo n. 231 dell' 8 giugno 2001 “disciplina delle responsabilita' amministrativa delle persone giuridiche, delle societa'e delle associazioni anche prive di personalita' giuridica a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300)

RATIO DEL DLGS 231/01

Introduzione nell'ordinamento giuridico italiano di un principio di responsabilita' amministrativa a carico degli enti.

Gli enti in quanto tali sono responsabili per gli illeciti commessi a loro vantaggio o a loro interesse dalle persone fisiche.

FONTI GIURIDICHE

- ❖ convenzione di bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari della comunita' europea;
- ❖ convenzione di bruxelles del 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione di funzionari pubblici sia della comunita' europea che degli stati membri;
- ❖ convenzione ocse del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

SOGGETTI INTERESSATI (ART. 1)

Il dlgs 231/01 si applica agli enti forniti di personalita' giuridica e alle societa' e associazioni anche prive di personalita' giuridica.

Sono esclusi solo lo stato, enti pubblici territoriali, enti pubblici non economici, enti pubblici di rilievo costituzionale.

RESPONSABILITA' DELL'ENTE (ART. 5)

l'ente e' responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

- ❖ da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di direzione di amministrazione dell'ente o di una sua unita' organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonche' da persone che esercitano anche di fatto la gestione o il controllo dello stesso;
- ❖ da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui sopra.

L'ente non risponde se le persone hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

CONCETTO DI "INTERESSE" E "VANTAGGIO"

- ❖ interesse: azione compiuta con l'obiettivo di realizzare un'utilita' futura dell'ente.
- ❖ vantaggio: effettiva e reale utilita' di cui ha beneficiato l'ente per la condotta sanzionata.

1.2 REQUISITI ED ESIMENZA DEI MOG 231

ESENZIONE E LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ENTE

ESENZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ENTE – SOGGETTI APICALI (ART. 6)

Se i reati sono stati commesse dalle persone di cui all'art. 5, l'ente non risponde se prova che:

- ❖ l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato prima della commissione del fatto un modello di organizzazione e di gestione idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- ❖ il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli, di curare il loro aggiornamento e' stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomo potere di iniziativa e di controllo (nota: negli enti di piccole dimensioni i compiti dell'organismo di vigilanza possono essere svolti direttamente dall'organo dirigente)
- ❖ le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione;
- ❖ non vi e' stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di vigilanza.

ESENZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ENTE – SOGGETTI SOTTOPOSTI (ART. 7)

l'ente e' responsabile se la commissione dei reati e' stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza.

l'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza e' esclusa se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

ORGANISMO DI VIGILANZA

COMPITI FONDAMENTALI DELL'ODV

- ❖ verifica l'applicazione del MOG;
- ❖ riesamina l'adeguatezza del MOG anche in un'ottica di miglioramento continuo e comunque in funzione di significative variazioni del contesto di riferimento dell'ente.

COMPOSIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'ODV

- ❖ Monosoggettivo o plurisoggettivo, in funzione delle dimensioni dell'ente;
- ❖ soggetti esterni e/o interni all'ente;
- ❖ Competenze richieste ai componenti l'OdV:
 1. competenze specifiche in materia di d.lgs. 231/01;
 2. competenze specifiche in ambito giuridico, economico aziendale, tecnico settoriale (in funzione del settore di attività dell'ente);
 3. Competenze di internal audit;
 4. Competenze di risk management;
 5. Competenze di compliance management.



1.3 FATTISPECIE DI REATO

Art.24 indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello stato o di un ente pubblico



Art. 24 bis delitti informatici e trattamento illecito dei dati

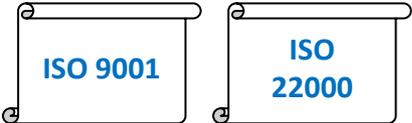


Art. 24 ter delitti di criminalita' organizzata

Art. 25 corruzione e concussione

Art. 25 bis falsita' in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo, in strumenti o segni di riconoscimento

Art. 25 bis 1 delitti contro l'industria e il commercio



Art. 25 ter reati societari



Art. 25 quater – delitti con finalita' di terrorismo ed eversione dell'ordine democratico

Art. 25 quater 1 pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

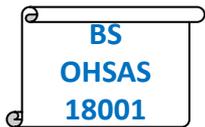
Art. 25 quinquies delitti contro la personalita' individuale

art. 25 sexies abusi del mercato



ART. 25 SEPTIES OMICIDIO COLPOSO O LESIONI GRAVI O GRAVISSIME COMMESSE CON VIOLAZIONE DELLE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

- ❖ omicidio colposo (cp art. 589; legge 3 agosto 2007 n 123 «misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia», art. 55)
- ❖ lesioni gravi e gravissime (cp art. 590, cm 3 ;)



art. 25 octies ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilita' di provenienza illecita nonche autoriciclaggio

art. 25 novies delitti in materia di violazione dei diritti di autore



art. 25 decies - induzione a non rendere dichiarazione o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorita' giudiziaria

art. 25 undecies reati ambientali



art. 25 duodecies impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno e' irregolare



1.4 ASPETTI SANZIONATORI

SANZIONI AMMINISTRATIVE (ART. 6)



SANZIONE PECUNIARIA

SANZIONI PECUNIARIE (ART. 10)

- ❖ si applica sempre per l'illecito amministrativo dipendente da reato
- ❖ suddivisa in quote (min 100 – max 1.000)
- ❖ importo singola quota: da euro 258 a euro 1.549
- ❖ non e' ammesso il pagamento in misura ridotta

CRITERI DI COMMISURAZIONE DELLA SANZIONE PECUNIARIA (ART. 11)

numero delle quote determinato in funzione:

- ❖ gravita' del fatto;
- ❖ grado di responsabilita' dell'ente;
- ❖ attivita' svolta per eliminare, attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti;
- ❖ condizioni economiche e patrimoniali dell'ente (per assicurare l'efficacia della sanzione).

RIDUZIONE DELLA SANZIONE PECUNIARIA (ART. 12)

la sanzione e' ridotta da un terzo alla meta' se prima dell'apertura del dibattimento di primo grado:

- ❖ l'ente ha risarcito integralmente il danno e ha eliminato le conseguenze dannose o pericolose del reato ovvero si e' comunque adoperato efficacemente in tal senso;
- ❖ e' stato adottato ed eseguito operativo un modello organizzativo di gestione idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi;

SANZIONE INTERDITTIVA

CONDIZIONI DI APPLICABILITA' (ART. 13)

- ❖ l'ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entita' e il reato e' stato commesso da soggetti in posizione apicali ovvero da soggetti sottoposti all'altrui direzione quando in questo caso la commissione del reato e' stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- ❖ in caso di reiterazione degli illeciti.

COMMISSARIO GIUDIZIALE (ART. 15)

se sussistono i presupposti per l'applicazione di una sanzione interdittiva che determina l'interruzione dell'attivita' dell'ente, in luogo dell'applicazione della sanzione si dispone la prosecuzione dell'attivita' dell'ente da parte di un commissario.

il commissariamento giudiziale si applica se ricorre una delle seguenti condizioni:

- ❖ l'ente svolge un pubblico servizio o un servizio di pubblica necessita' la cui interruzione puo' provocare un grave pregiudizio alla collettivita';
- ❖ l'interruzione dell'attivita' dell'ente puo' provocare, tenuto conto delle sue dimensioni e delle condizioni economiche del territorio in cui e' situato, rilevanti ripercussioni sull'occupazione.

2. INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE: GOVERNANCE, COMPLIANCE E RISK MANAGEMENT

GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT, COMPLIANCE (GRC)

GOVERNANCE

Il sistema della governance definisce le responsabilità e le autorità nonché le modalità per l'esercizio dei poteri di decisione e di controllo all'interno di un'organizzazione.

RISK MANAGEMENT

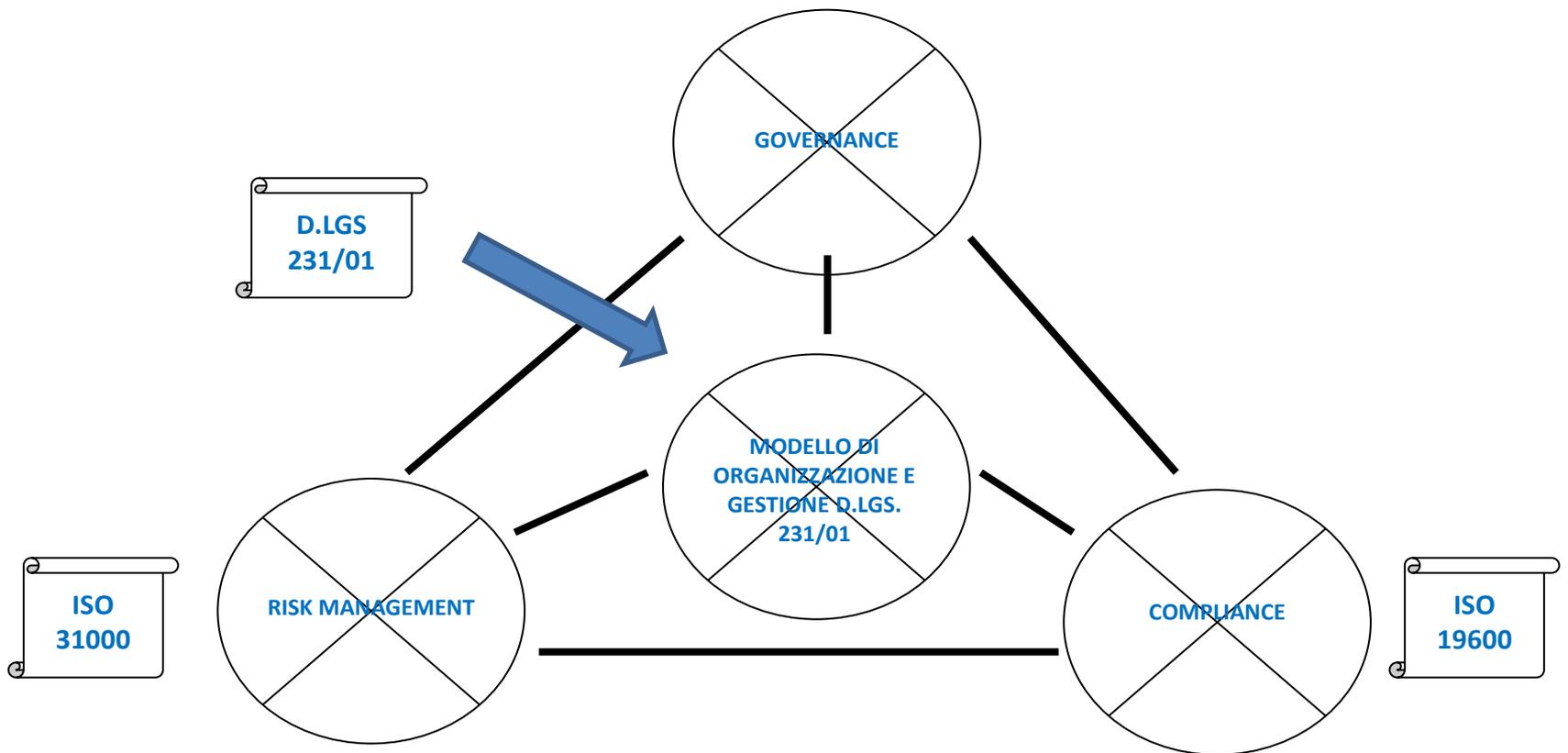
Il sistema di gestione del rischio definisce le responsabilità e le autorità nonché le modalità per prevenire o mitigare l'impatto di eventi incerti sugli obiettivi perseguiti da un'organizzazione.

COMPLIANCE

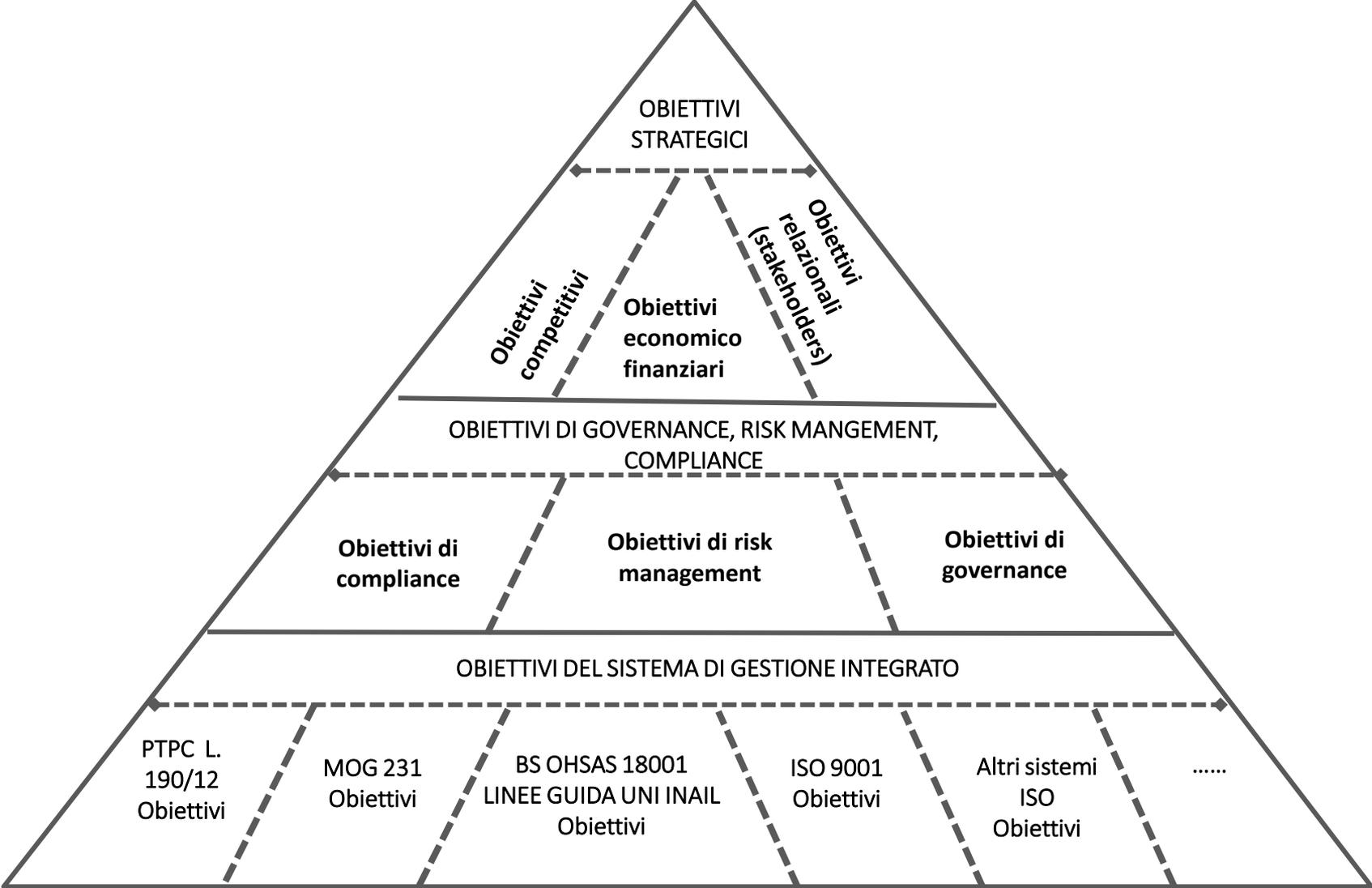
La gestione della compliance definisce le responsabilità e le autorità nonché le modalità per assicurare la conformità dell'Organizzazione ai requisiti normativi a questa applicabili.



**ASPETTI COMUNI A TUTTI I SISTEMI DI GESTIONE ISO
ED AI MODELLI DI ORGANIZZAZIONE D.LGS. 231/01**

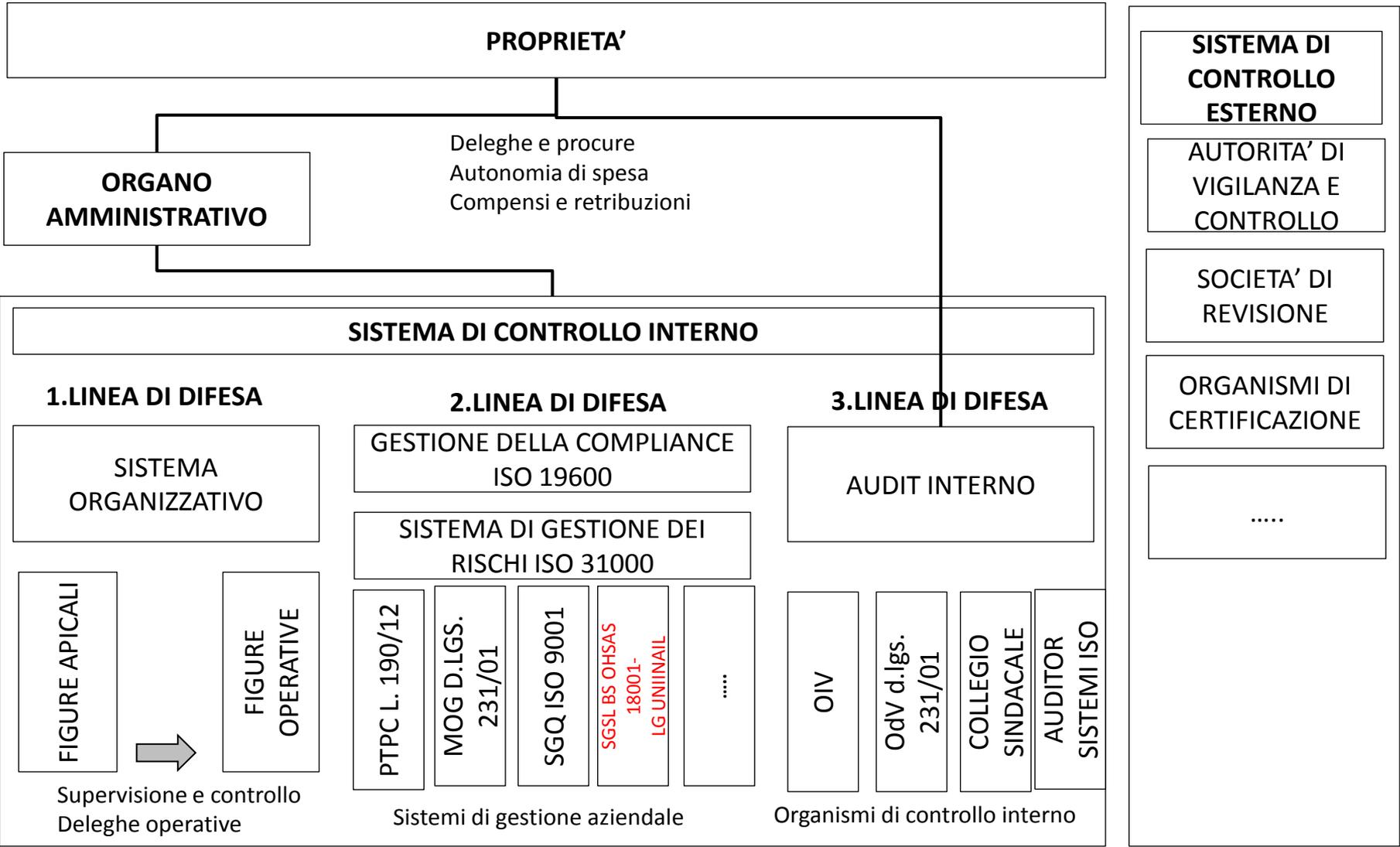


OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI GRC E OBIETTIVI DEI SISTEMI DI GESTIONE

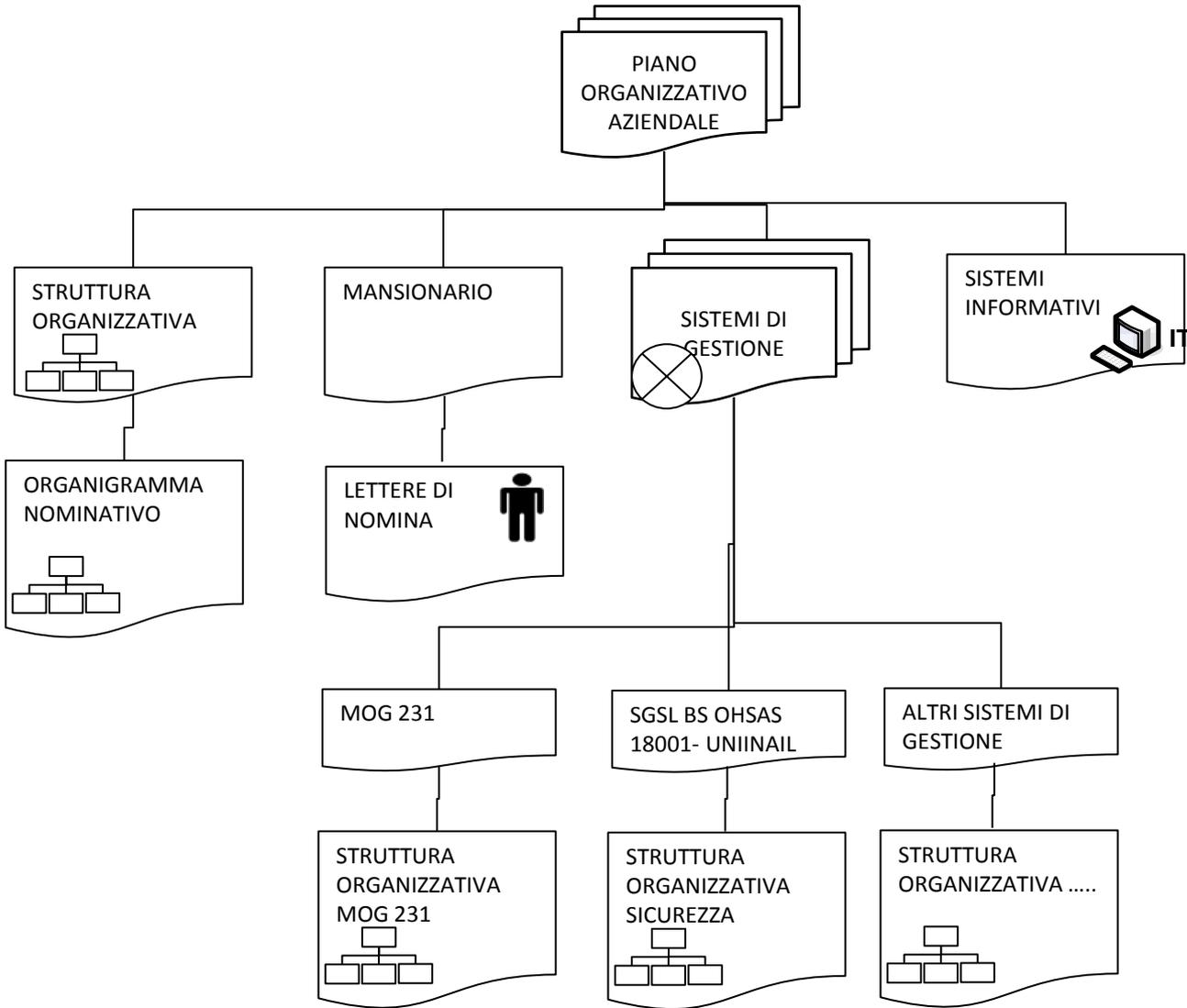


2.1 GOVERNANCE E SISTEMA DOCUMENTALE

MODELLO DI GOVERNANCE E SISTEMA DI CONTROLLO



PIANO ORGANIZZATIVO



MAPPARE E PIANIFICARE I PROCESSI

MAPPATURA DEI PROCESSI

I processi dove si ravvisa un maggiore profilo di rischio sono in genere definiti come «sensibili».

PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI SENSIBILI IN UN'OTTICA DI CONTROLLO

la pianificazione dei processi (mediante definizione di procedure, istruzioni, risorse, responsabilita', monitoraggi, etc.) assume particolare rilevanza come mezzo per governare le modalita' di svolgimento delle attivita' e le modalita' di formazione della volonta' aziendale.

PROCESSI E PROCEDURE

- ❖ processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita (iso 9000, p.to 3.4.1).
- ❖ procedura: modo specificato per svolgere un'attività o un processo (iso 9000, p.to 3.4.5).

PRINCIPI DI CONTROLLO DEI PROCESSI

- ❖ ogni processo deve essere verificabile, documentato, coerente e congruo (linee guida confindustria, p.to 4), curando altresì la sicurezza delle informazioni e dei dati trattati a livello di processo;
- ❖ separazione dei compiti a livello di singolo processo (lgc, p.to 4), affinché: a nessuno vengano attribuiti poteri illimitati; i poteri e le responsabilità siano chiaramente definite; i poteri e le responsabilità siano coerenti con l'organizzazione dell'ente;
- ❖ documentazione, mediante registrazioni, le attività di controllo effettuate (lgc, p.to 4).

VANTAGGI DI UN SISTEMA DI PROCEDURE

- ❖ trasparenza: documentazione delle modalità di gestione dei processi;
- ❖ responsabilizzazione: definizione di chi fa che cosa e come, anche mediante richiamo in procedura di documenti correlati (istruzioni operative, moduli, regolamenti, etc.);
- ❖ comunicazione: informazione circa le corrette modalità di svolgimento di processi e attività in conformità ai principi del codice etico.

RAPPRESENTAZIONE DI UN PROCESSO

Governance (responsabilità e autorità nello svolgimento del processo)
Risk management (rischi e controlli operativi)
Compliance (requisiti applicabili al processo)

GOVERNANCE, COMPLIANCE E RISK MANGEMENT

Evento che attiva il processo

INPUT



OUTPUT

Risultato misurabile del processo



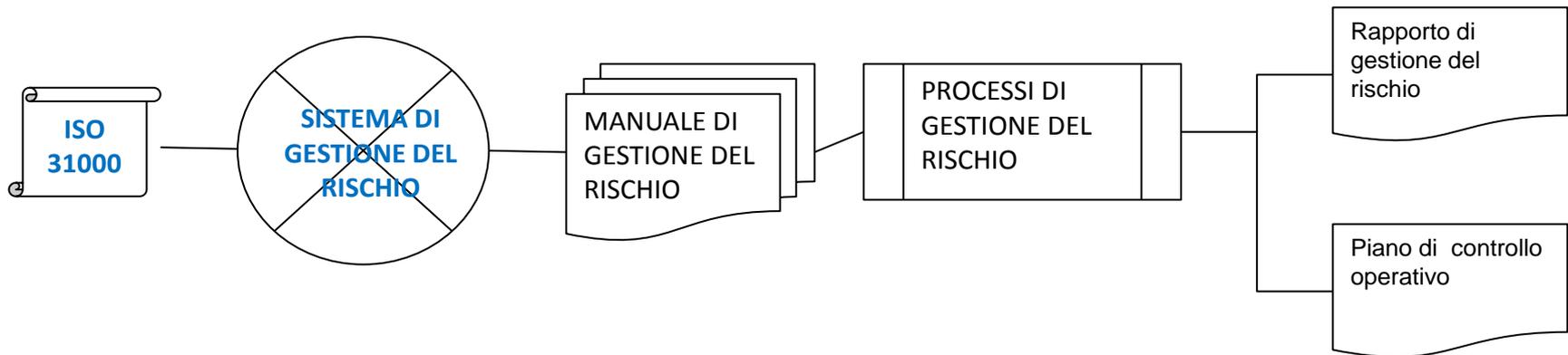
RISORSE

Risorse umane (competenze)
Risorse infrastrutturali non IT (luoghi di lavoro, attrezzature, servizi)
Risorse infrastrutturali IT (HW e SW)
Risorse informative (documenti e registrazioni)

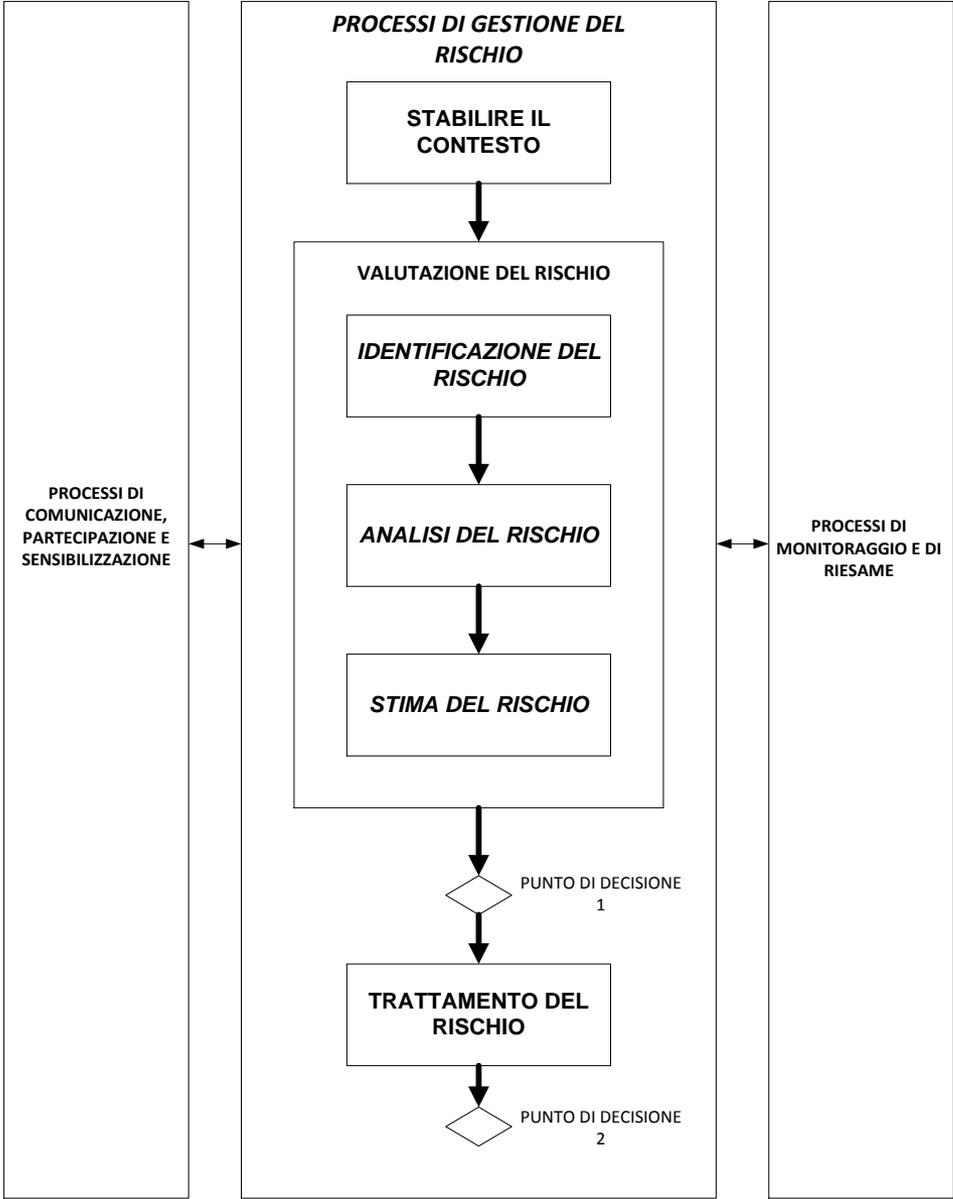
2.2 RISK MANAGEMENT E ASPETTI DOCUMENTALI: STANDARD ISO 31000

STANDARD UNI EN ISO 31000:2010 “GESTIONE DEL RISCHIO– PRINCIPI E LINEE GUIDA”

- ❖ specifica le linee guida per pianificare, attuare, monitorare e migliorare un sistema di gestione dei rischi .
- ❖ si applica a tutte le tipologie di organizzazione e a tutte le tipologie di rischio.
- ❖ Non è uno standard certificabile !



SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO



SISTEMA DOCUMENTALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

Rapporto di gestione del rischio

Riporta l'elenco dei rischi individuati (correlati alle minacce / pericoli ed ai risk owner), l'analisi del rischio, la stima del rischio, la decisione di trattare il rischio e la stima del rischio residuo. Costituisce il risultato della metodologia di valutazione del rischio applicata al concreto contesto di riferimento aziendale.

Piano di controllo operativo

Riporta l'elenco dei controlli operativi adottati per il trattamento del rischio, la loro correlazione al singolo rischio e la pianificazione del singolo controllo operativo.

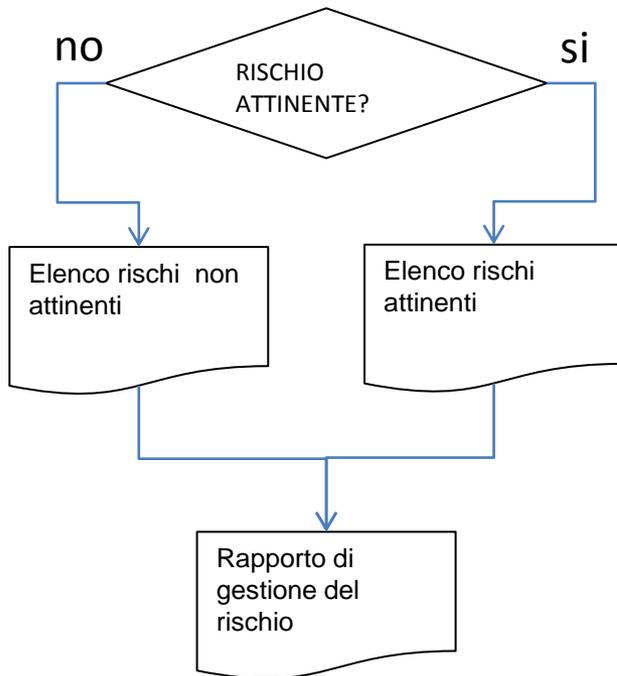
VALUTAZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

VALUTAZIONE CONTESTO ESTERNO

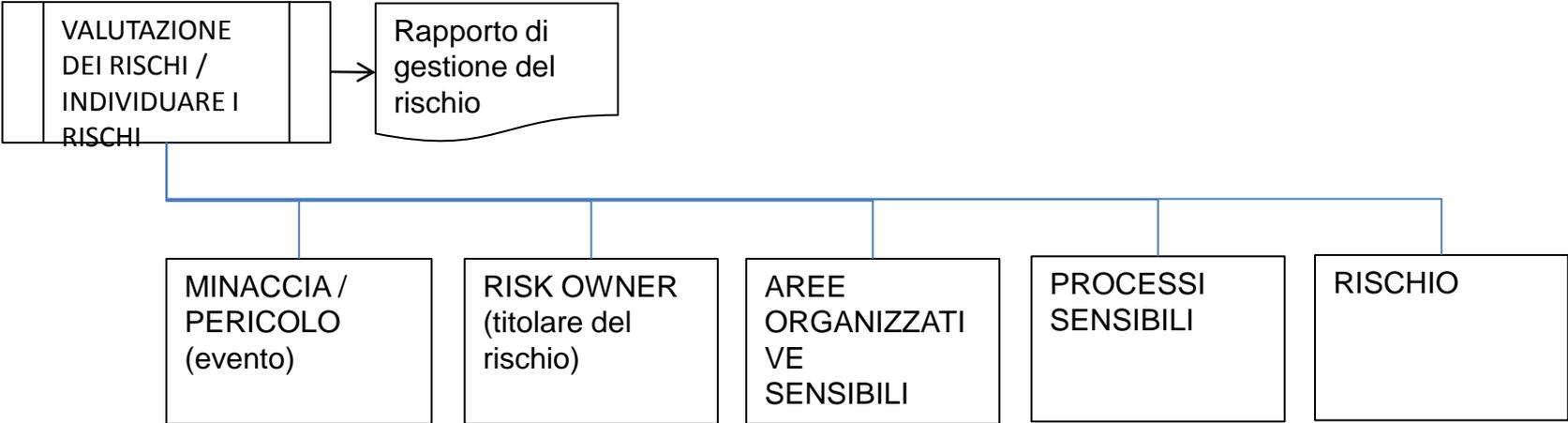
Contesto territoriale
Contesto socioeconomico
Contesto settoriale (clienti utenti, fornitori)

VALUTAZIONE CONTESTO INTERNO

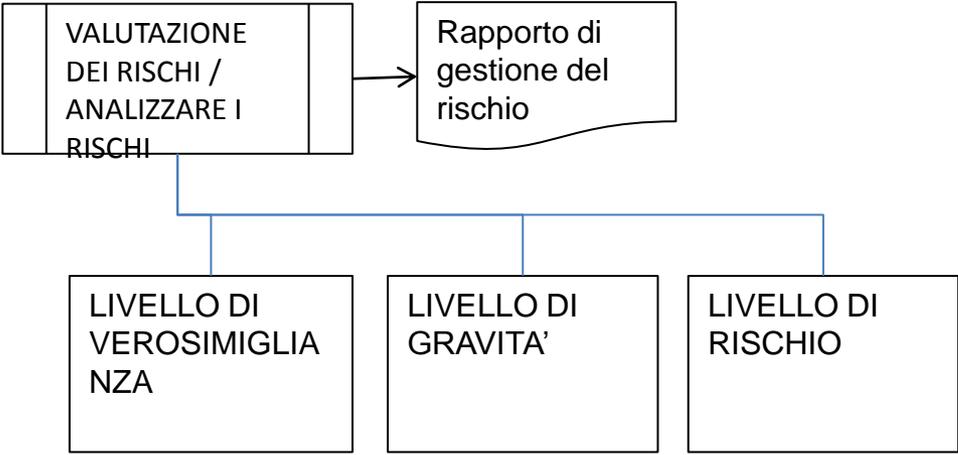
Contesto della governance e organizzativo
Contesto delle risorse umane
Contesto infrastrutturale fisico (includere sedi territoriali)
Contesto infrastrutturale servizi IT



INDIVIDUARE I RISCHI



ANALIZZARE I RISCHI



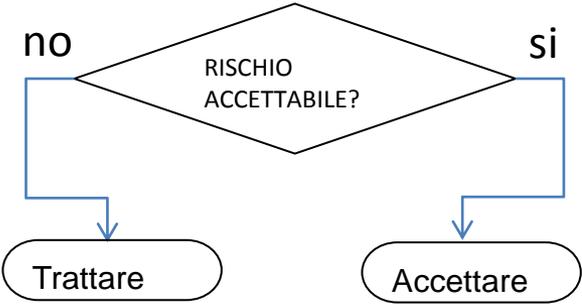
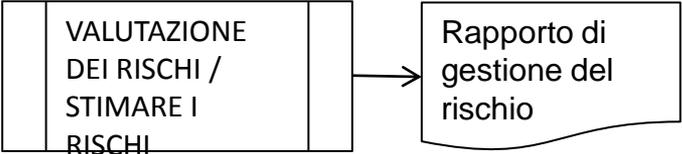
Non possono individuarsi rischi aventi probabilita' pari a zero (tali rischi devono essere individuati ed esclusi in fase di definizione del contesto e corrispondono ai rischi valutati come non attinenti al contesto).

ANALIZZARE I RISCHI

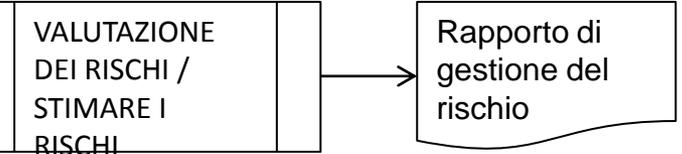
Livello di probabilità X Livello di gravità = Livello di Rischio

TABELLA DI ANALISI DEL LIVELLO DI RISCHIO							
LIVELLO DI PROBABILITA'		DI	LIVELLO DI GRAVITA'				
			MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO
			1	2	3	4	5
MOLTO BASSO	1	1	1	2	3	4	5
BASSO	2	2	2	4	6	8	10
MEDIO	3	3	3	6	9	12	15
ALTO	4	4	4	8	12	16	20
MOLTO ALTO	5	5	5	10	15	20	25

STIMARE LIVELLO DI RISCHIO



STIMARE LIVELLO DI RISCHIO RESIDUO



Determinare se il livello di rischio residuo (ovvero dopo l'applicazione di controlli operativi) è accettabile oppure no a fronte di criteri predefiniti.

Nel caso il livello di rischio residuo fosse non accettabile, occorre prevedere uno specifico piano di miglioramento.

TRATTARE I RISCHI

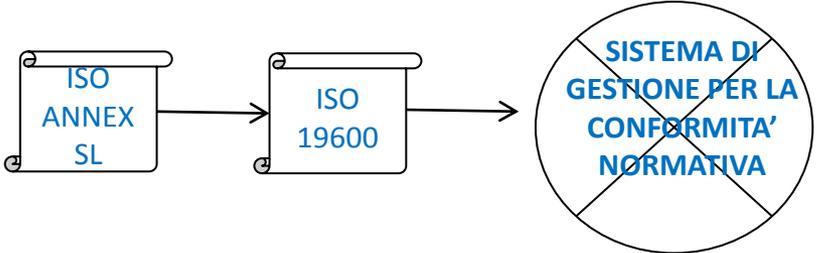


per ogni reato valutato come attinente individua le misure di controllo operativo adottate per prevenire e/o mitigare il rischio.

il piano di controllo operativo richiama a sua volta tutti i documenti (i cosiddetti «protocolli» quali: manuali, politiche, procedure, istruzioni, regolamenti, piani, programmi, etc.) che descrivono le singole misure di controllo.

2.3 COMPLIANCE E SISTEMA DOCUMENTALE: STANDARD ISO 19600

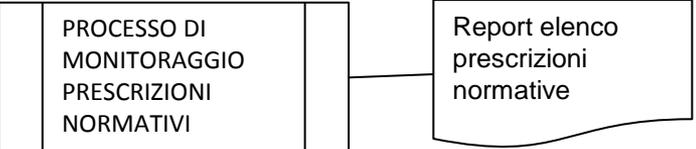
ISO 19600 SISTEMA DI GESTIONE DELLA CONFORMITA' NORMATIVA («COMPLIANCE MANAGEMENT»)



Standard ISO 19600:2014 «Compliance management systems — Guidelines»

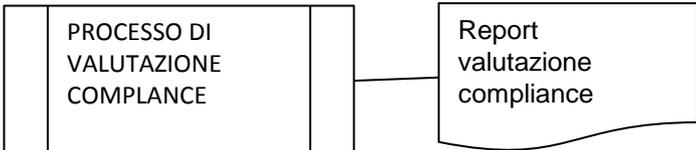
Lo standard ISO 19600 definisce le linee guida per un sistema di gestione per la conformità normativa a requisiti quali: leggi, regolamenti, codici settoriali, codici etici, etc.

PROCESSO DI MONITORAGGIO REQUISITI NORMATIVI



Monitoraggio dell'evoluzione del quadro normativo

PROCESSO DI VALUTAZIONE CONFORMITA' REQUISITI NORMATIVI («COMPLIANCE»)



Valutazione di conformità ai requisiti normativi.

RESPONSABILITA' E AUTORITA' PER LA COMPLIANCE

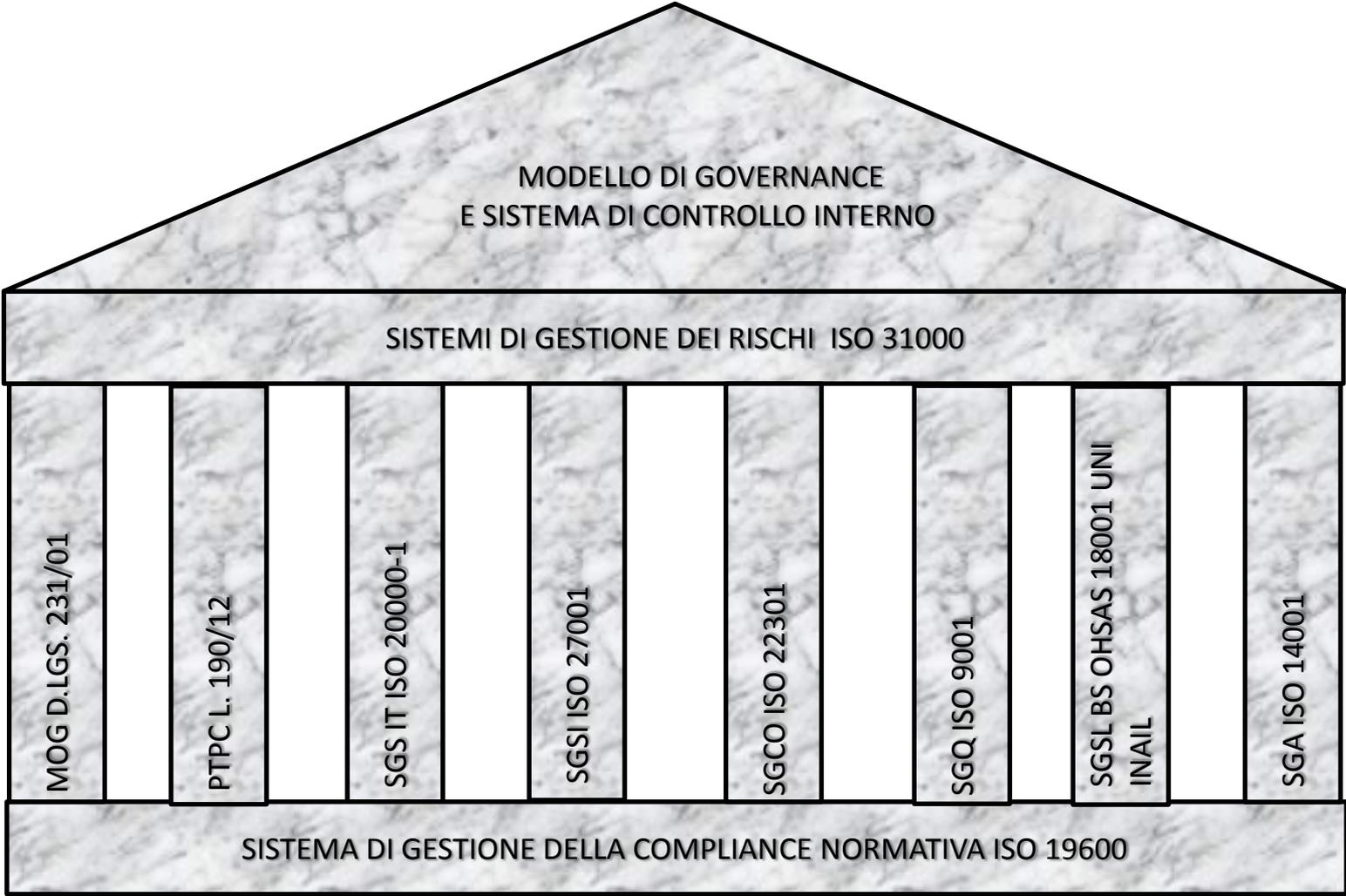


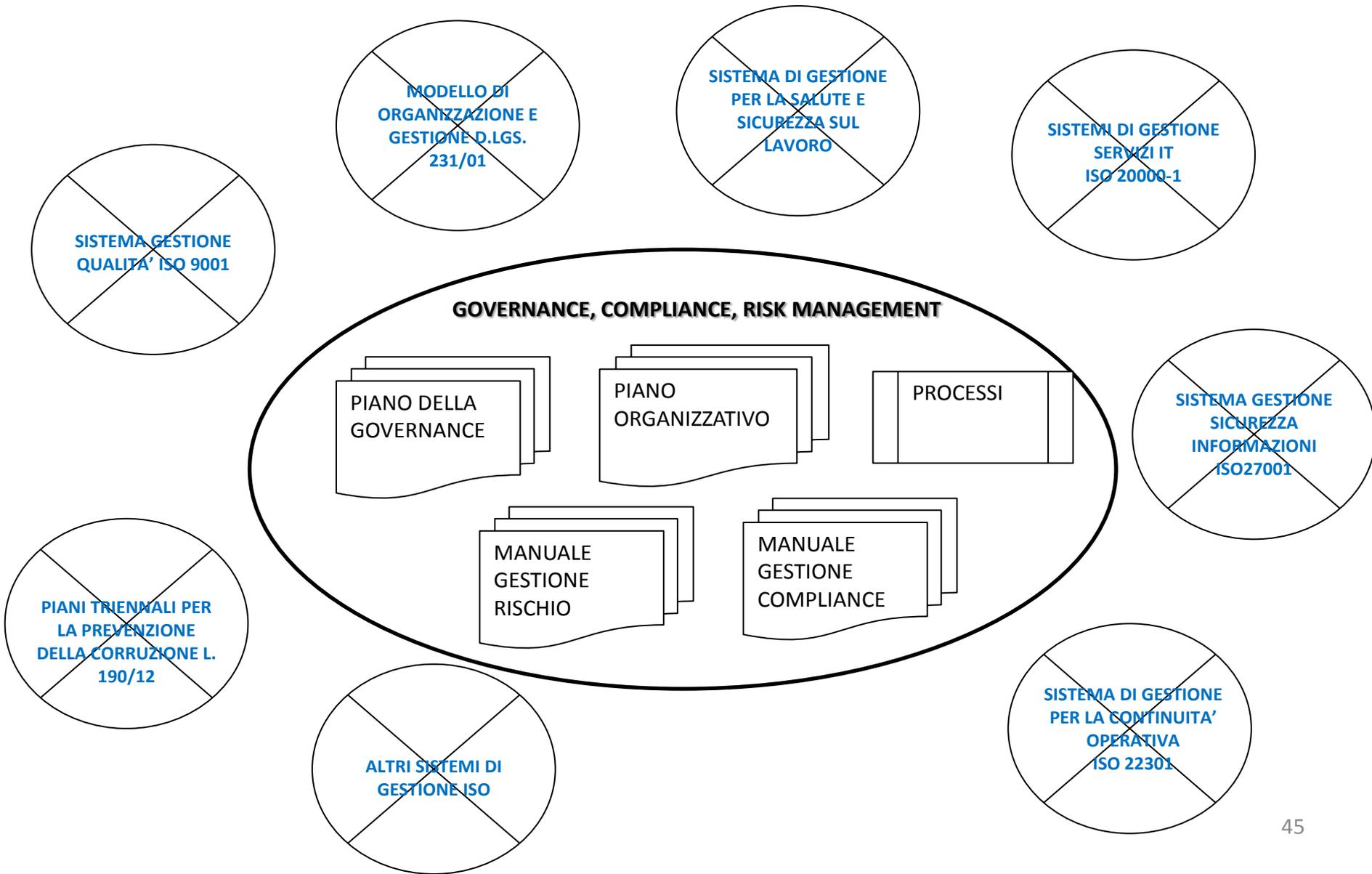
Responsabile della gestione conformità ai requisiti normativi per una specifica norma o per una serie di norme attinenti a una data tematica.

COMPLIANCE OFFICER

2.4 ARCHITETTURA DI INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE

ARCHITETTURA DI INTEGRAZIONE PER I SISTEMI DI GESTIONE





2.5 LINEA GUIDA ISO ANNEX SL

LINEA GUIDA ISO ANNEX SL

ARMONIZZARE LA DOCUMENTAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE

L'ISO ha definito che tutte le nuove edizioni degli standard inerenti i principali sistemi di gestione siano conformi ai requisiti di una specifica linea guida: ISO Annex SL. Questo al fine di armonizzare struttura, testo, termini e definizioni di tutti gli standard gestionali in ottica di integrabilità degli stessi.

http://www.iso.org/iso/home/news_index/news_archive/news.htm?refid=Ref1621

VANTAGGI DI ISO ANNEX SL PER LA STRUTTURA DI UN SISTEMA DI GESTIONE

1. Struttura flessibile e adattabile ai differenti sistemi di gestione;
2. struttura logica e lineare;
3. standard mondiale: tutti i sistemi di gestione ISO saranno rivisti e modellati su questa struttura;
4. Struttura facilmente integrabile con altri sistemi di gestione

STRUTTURA DOCUMENTALE DI UN SISTEMA DI GESTIONE ANNEX SL

Clausola 1 – Scopo e campo di applicazione

Clausola 2 – Riferimenti normativi

Clausola 3 – Termini e definizioni

Clausola 4 – Contesto dell'ente

4.1 comprendere l'ente e il suo contesto

4.2 comprendere le necessità e le aspettative delle parti interessate

4.3 determinare il campo di applicazione del sistema di gestione

4.4 adozione del sistema di gestione

Clausola 5 – Direzione

5.1 impegno della direzione

5.2 politica e codici

5.3 ruoli, responsabilità e autorità nell'ente

Clausola 6- Pianificazione

6.1 azioni per affrontare i rischi

6.2 obiettivi e pianificazione per conseguirli

STRUTTURA DOCUMENTALE DI UN SISTEMA DI GESTIONE ANNEX SL

Clausola 7 – Supporto

7.1 risorse

7.2 competenze (formazione e addestramento)

7.3 consapevolezza

7.4 comunicazione e partecipazione

7.5 informazioni documentate (documenti e registrazioni)

Clausola 8 – processi e controlli operativi

Clausola 9 – Valutazione delle prestazioni

9.1 monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione (inclusa valutazione conformità normativa)

9.2 audit interno

9.3 riesame della direzione

Clausola 10 – Miglioramento

10.1 Non conformità e azioni correttive

10.2 miglioramento continuo

3. SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (ART. 30 D.LGS. 81/08)

3.1 MOG 231 E ARTICOLO 30 DEL D.LGS. 81/08

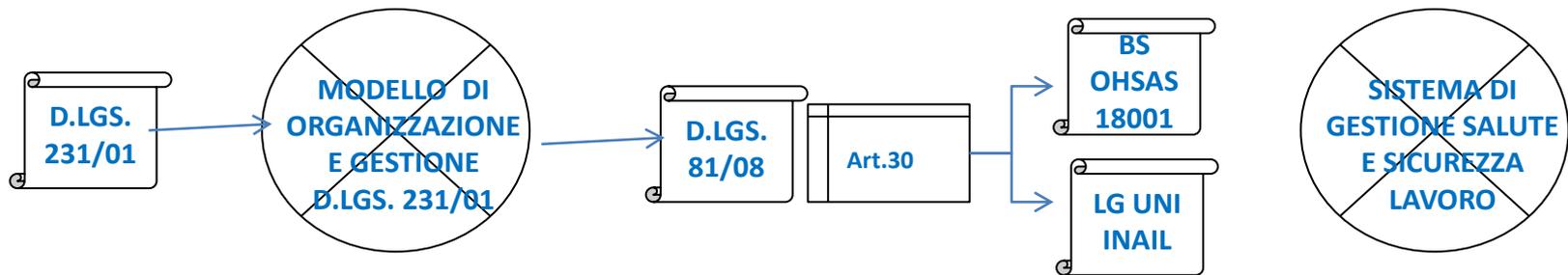
MOG 231 E MODELLI DI ORGANIZZAZIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 “attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”.

DLGS 81/08 – ART.30 MODELLI DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

«...5. in sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle linee guida UNI INAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard ohsas 18001:2007 si presumono conformi ai requisiti di cui al presente articolo per le parti corrispondenti..»



SGSL E REQUISITI DI GOVERNANCE

il modello di organizzazione e gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilita' amministrativa delle perosne giuridiche, delle societa' e delle associazioni anche prive di personalita' giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, nr 231 deve essere adottato ed efficacemente attuato assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi a:



alle attivita' di natura organizzativa quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

il modello organizzativo e gestionale deve in ogni caso prevedere per quanto richiesto dalla natura e dalle dimensioni dell'organizzazione e dal tipo dell'attivita' svolta un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio nonche' un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate dal modello.

il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneita' delle misure adottate. il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nelle attivita' in relazione al progresso scientifico e tecnologico;

alla periodica verifica dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate



SGSL E REQUISITI DI COMPLIANCE

il modello di organizzazione e gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilita' amministrativa delle perosne giuridiche, delle societa' e delle associazioni anche prive di personalita' giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, nr 231 deve essere adottato ed efficacemente attuato assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi a:



SGSL E REQUISITI DI RISK MANAGEMENT

il modello di organizzazione e gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilita' amministrativa delle perosne giuridiche, delle societa' e delle associazioni anche prive di personalita' giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, nr 231deve essere adottato ed efficacemente attuato assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi a:



3.2 STANDARD BS OHSAS 18001: REQUISITI E STRUTTURA

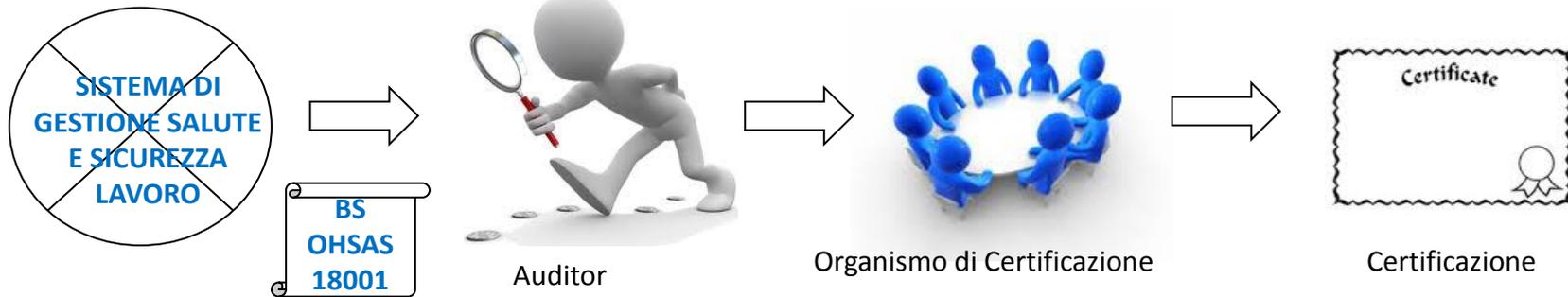
STANDARD BS OHSAS 18001

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DELLO STANDARD BS OHSAS 18001

Standard BS OHSAS 18001: 2007 «Occupational Health and Safety Management Systems – Requirements». Specifica i requisiti per l'adozione di un sistema di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro. E' uno Standard Britannico (BS: British Standard», l'equivalente britannico dell'UNI italiano»).

CERTIFICABILITA' DEI SGSL BS OHSAS 18001

I sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro adottati in conformità allo standard BS OHSAS 18001 sono certificabili.



STRUTTURA E REQUISITI DELLO STANDARD BS OHSAS 18001:2007

0. INTRODUZIONE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

3. TERMINI E DEFINIZIONI

4. REQUISITI IN MATERIA DI SGSL

4.1 Requisiti generali

4.2 Politica in materia di sicurezza sul lavoro

4.3 Pianificazione

4.3.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli

4.3.2 Prescrizioni legali e di altro tipo

4.3.3 Obiettivi e programmi

4.4 Implementazione e operatività

4.4.1 Risorse, ruoli, responsabilità e autorità

4.4.2 competenza, addestramento e consapevolezza

4.4.3 comunicazione, partecipazione e consultazione

4.4.3.1 comunicazione

4.4.3.2 partecipazione e consultazione

4.4.4 documentazione

4.4.5 controllo dei documenti

4.4.6 controllo operativo

4.4.7 preparazione e risposta alle emergenze

4.5 Verifica

4.5.1 sorveglianza e misurazioni

4.5.2 valutazione della conformità

4.5.2.1 conformità alle prescrizioni legali

4.5.2.2 conformità alle altre prescrizioni

4.5.3 indagine su incidenti, non conformità, azioni correttive e preventive

4.5.3.1 Indagini su incidenti

4.5.3.2 Non conformità, azioni correttive ed azioni preventive

4.5.4 controllo delle registrazioni

4.5.5 Audit interno

4.6 Riesame della Direzione

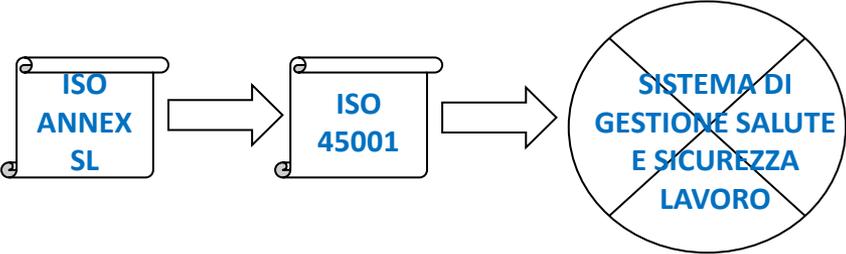
3.3 NUOVA EDIZIONE DELLO STANDARD BS OHSAS 18001: ISO 45001

NUOVA EDIZIONE DELLO STANDARD BS OHSAS 18001: LO STANDARD ISO 45001

Lo standard BS OHSAS 18001 è in fase di revisione e da Standard Britannico (BS) diventerà uno standard ISO: lo standard ISO 45001.

STANDARD ISO 45001 E LINEE GUIDA ISO ANNEX SL

Lo standard BS 45001 sarà strutturato facendo riferimento alle Linee Guida ISO Annex SL.



STANDARD ISO 45001: PRINCIPALI NOVITA'

Allo stato attuale, le principali novità dello standard ISO 45001 riguardano i seguenti aspetti:

1. Definizione delle parti interessate e delle loro esigenze;
2. Dimostrazione di leadership e del coinvolgimento da parte del top management;
3. Identificazione del rischio, considerando anche l'abilità dei lavoratori e altri "fattori umani";
4. Definizione dei criteri di competenza necessari per i lavoratori;
5. Le persone dovranno essere consapevoli del loro contributo nell'efficacia del sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro;
6. Partecipazione dei lavoratori al processo di definizione delle procedure dell' OH&S, della valutazione dei rischi, della gestione e della valutazione delle prestazioni;
7. Controllo dei processi di outsourcing che influenzano il sistema di gestione OH&S;
8. Gestione degli appaltatori e della acquisto di prodotti/materiali.

3.5 LINEE GUIDA UNI INAIL: REQUISITI E STRUTTURA

LINEE GUIDA UNI INAIL

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA UNI INAIL

Offrire alla realtà produttiva italiana modalità di realizzazione di un sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro

CERTIFICABILITA' DEI SGSL LINEE GUIDA UNI INAIL

I sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro adottati in conformità alle linee guida UNI INAIL non sono certificabili da una parte terza (organismo di certificazione).

STRUTTURA E REQUISITI DELLA LINEA GUIDA UNI INAIL

A. FINALITA'

B. SEQUENZA CICLICA DI UN SGSL

C. LA POLITICA PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

D. PIANIFICAZIONE

E. STRUTTURA DEL SISTEMA

E.1 Sistema di Gestione

E.2 Definizione dei compiti e delle responsabilità

E.3 Coinvolgimento del personale

E.4 Formazione, addestramento, consapevolezza

E.5 Comunicazione, flusso informativo e cooperazione

E.6 Documentazione

E.7 Integrazione della salute e sicurezza nei processi aziendali e gestione operativa

F. RILEVAMENTO E ANALISI DEI RISULTATI E CONSEGUENTE MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA

F.1 Monitoraggio interno della sicurezza

F.2 Caratteristiche e responsabilità dei verificatori

F.3 Piano del monitoraggio

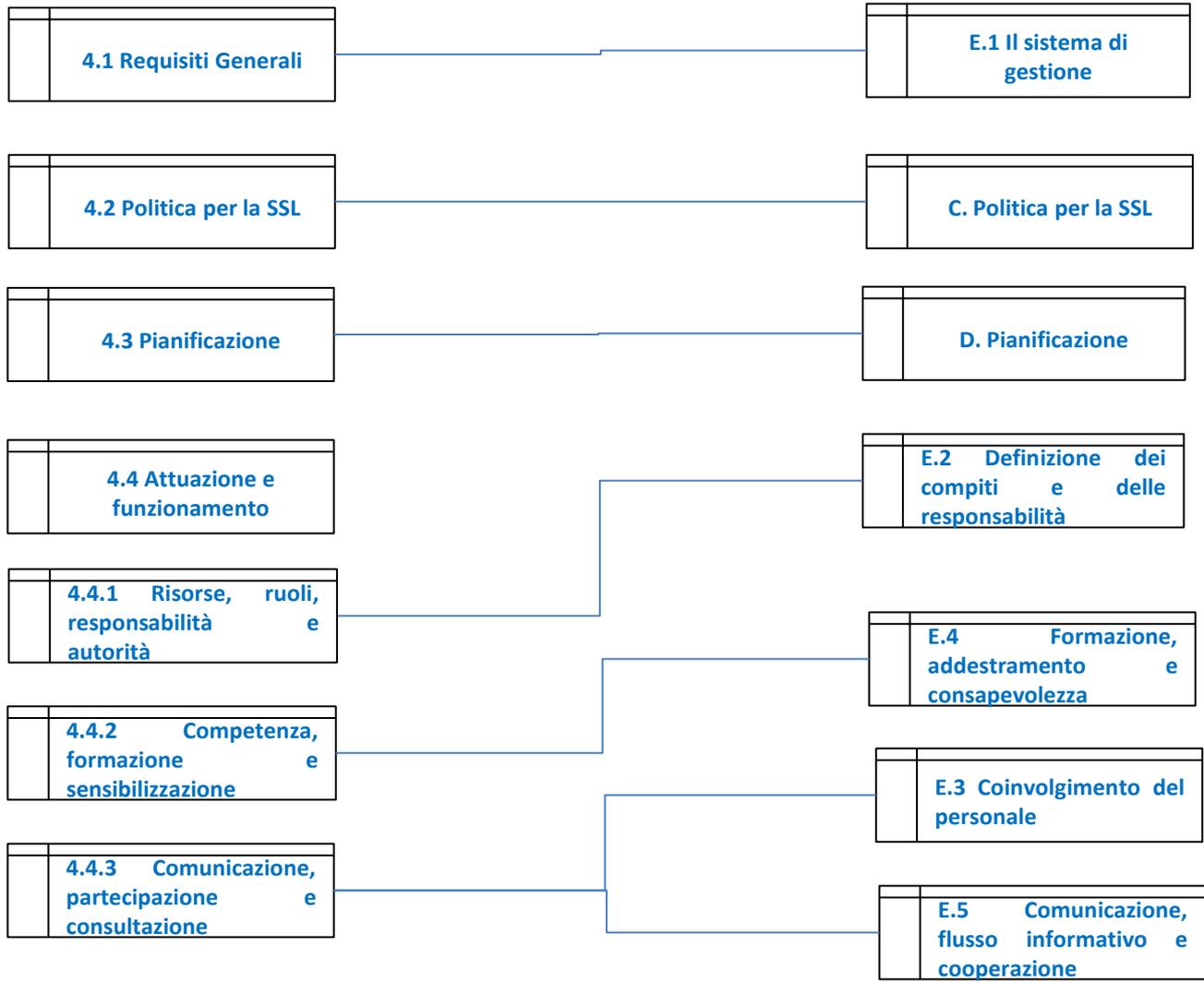
F.4 Riesame del sistema

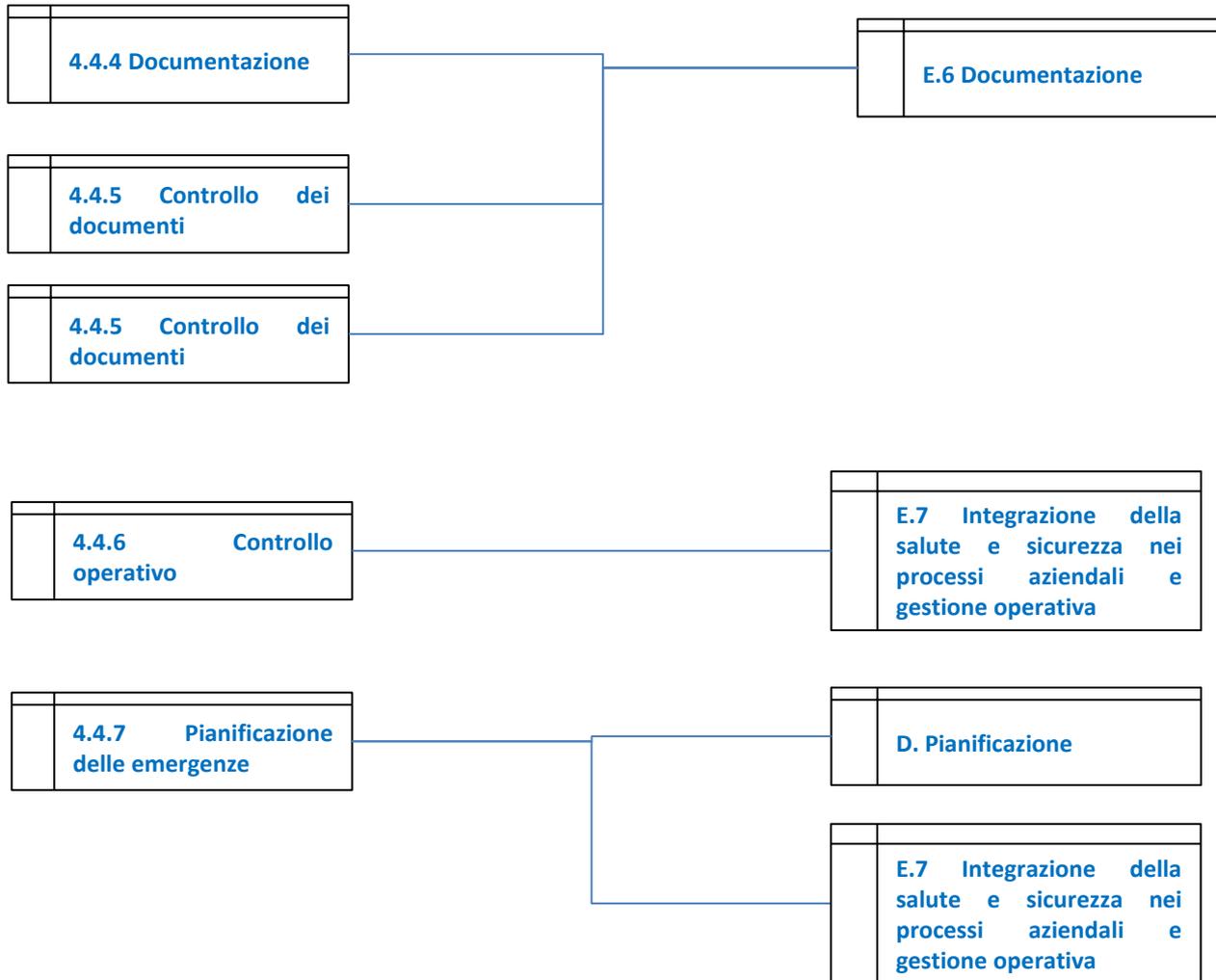
3.3 INTEGRAZIONE TRA SGSL BS OHSAS 18001 E LINEE GUIDA UNI INAIL

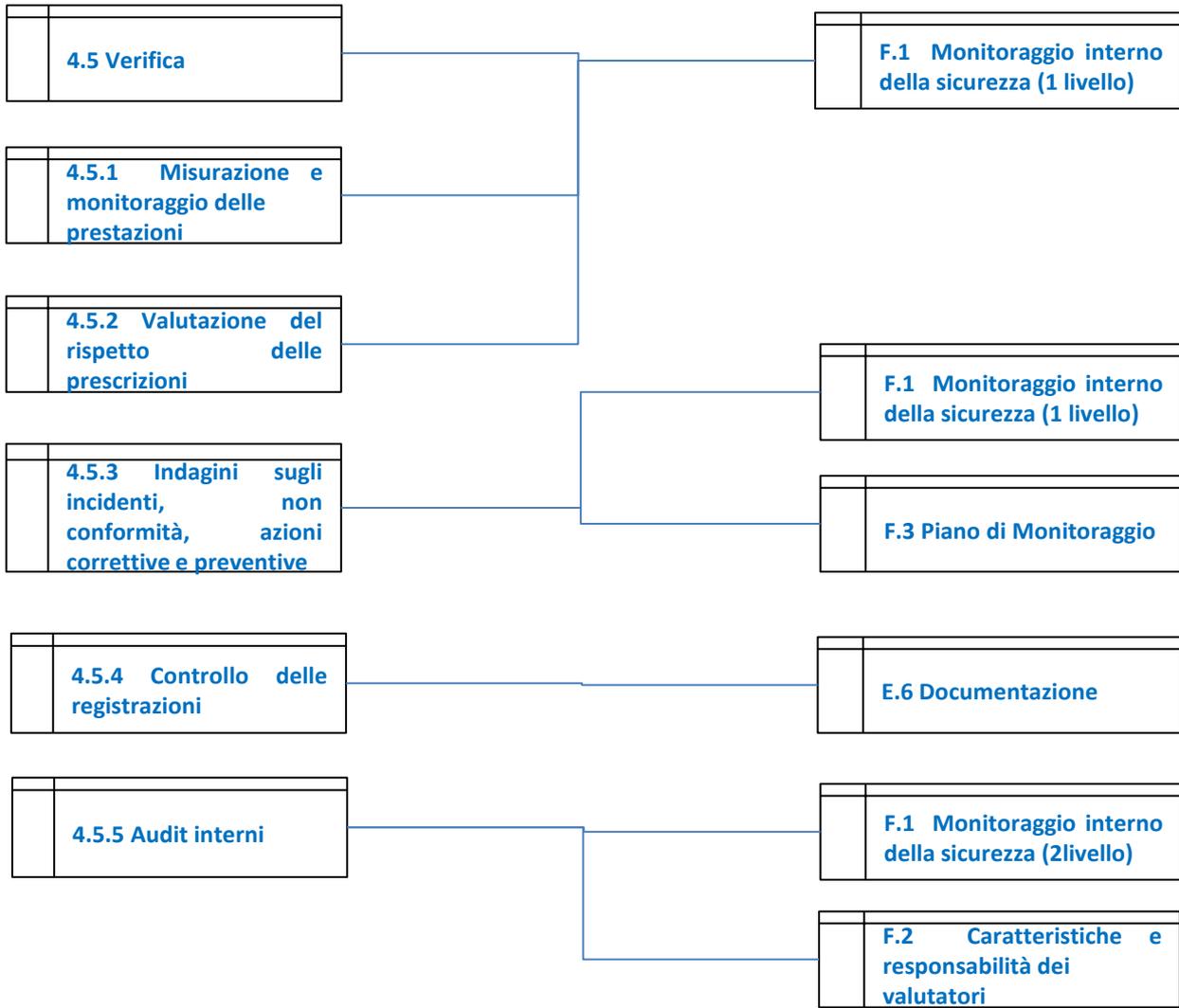
CORRISPONDENZA TRA I REQUISITI STANDARD BS OHSAS 18001 E LINEE GUIDA UNI INAIL

**BS
OHSAS
18001**

**LG UNI
INAIL**







**BS
OHSAS
18001**

	4.6 Riesame della direzione
--	------------------------------------

	F.4 Riesame del sistema
--	--------------------------------

	F.1 Monitoraggio interno della sicurezza
--	---

**LG UNI
INAIL**

3.5 SGSL INTEGRATO
STANDARD BS OHSAS 18001 E LINEE GUIDA UNI INAIL

0. INTRODUZIONE

Richiamo al d.lgs. 81/08.

Adozione dei SGSL di cui all'art. 30 del d.lgs. 81/08 come scelta aziendale per perseguire obiettivi di governance, risk management e compliance in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

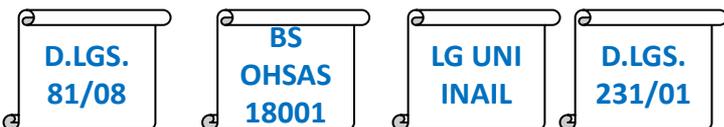
Richiamo al d.lgs. 231/01 ed in particolare all'adozione di un MOG e ruolo dei SGSL ex art. 30 d.lgs. 81/08 (esimenza reati ex art. 25 septies).

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGSL

Individuazione dell'Ente.

Individuazione dei siti dell'ente.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI APPLICABILI AL SGSL



3. TERMINI E DEFINIZIONI

Definizioni degli acronimi utilizzati nel documento

Definizione dei principali termini utilizzati nel documento.

(4.1 contesto di riferimento)

BS OHSAS 18001, 3.23 LUOGO DI LAVORO

Ogni sito fisico all'interno del quale delle attività professionali sono realizzate sotto il controllo dell'Organizzazione.

Nota: l'organizzazione deve prendere in considerazione anche gli aspetti in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro sul personale viaggiante o in transito (ad es. auto, aereo, battello, treno), che lavora presso i locali di un cliente o che lavora da casa.

(4.3 Requisiti ed applicabilità del SGSL)

BS OHSAS 18001, 3.17 ORGANIZZAZIONE

Società, corporazione, azienda, impresa, autorità o istituzione o parte o combinazione di queste ultime, avente o non avente personalità giuridica, pubblica o privata, che possiede una sua propria struttura funzionale e amministrativa.

Nota: per le organizzazioni che possiedono più di una unità gestionale, ogni unità gestionale può essere definita come Organizzazione.

BS OHSAS 18001, 3.12 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Condizioni e fattori che concernono o potrebbero concernere la salute e la sicurezza del personale o di altri lavoratori (compresi i lavoratori temporanei e il personale distaccato per un subfornitore), dei visitatori o di tutte le altre persone presenti sul luogo di lavoro (3.23).

BS OHSAS 18001, 3.13 SISTEMA DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SU LAVORO

Parte del sistema di gestione generale di un'Organizzazione (3.17) utilizzato per elaborare e attuare la sua politica SSL (3.16) e gestire i rischi per la salute e sicurezza sul lavoro (3.21).

LINEE GUIDA UNI INAIL Requisiti legali

norme di legge e/o regolamenti di livello comunitario, statale, locale, ed ogni impegno assunto volontariamente applicabile all'organizzazione in materia di SSL.

(5.2 Politica salute e sicurezza lavoro)

BS OHSAS 18001, 3.16 POLITICA PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Espressione formale della Direzione al suo più alto livello delle sue intenzioni generali e degli orientamenti di una Organizzazione (3.17) relativi alla sua prestazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro (3.14).

Nota 1: la politica fornisce un quadro per le misure da prendere e per la determinazione degli obiettivi (3.14).

BS OHSAS 18001, 3.15 PRESTAZIONI

Risultati misurabili della gestione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro (3.21) di un'Organizzazione.

Nota 1: la valutazione delle prestazioni include la valutazione dell'efficacia dei controlli.

Nota 2: I risultati possono essere rapportati alla politica e agli obiettivi.

BS OHSAS 18001, 3.10 PARTE INTERESSATA

Individuo o gruppo, presente all'interno o all'esterno del luogo di lavoro (3.23), interessata o coinvolta dalla prestazione del SGSL (3.15) di un'Organizzazione (3.17).

BS OHSAS 18001, 3.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Processo di messa in valore costante del SGSL (3.13) che permette di migliorare la prestazione globale del SSL (3.15) in accordo con la politica SL (3.16) dell'Organizzazione (3.17).

(6.1 Pianificazione per la gestione del rischio)

BS OHSAS 18001, 3.6 PERICOLO

Fonte, situazione o atto avente un potenziale nocivo in termini di errore umano o di minaccia alla salute (3.8) o una combinazione di questi elementi.

BS OHSAS 18001 3.7 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI

Processo finalizzato a riconoscere che un pericolo (3.6) esiste e a definire le sue caratteristiche.

BS OHSAS 18001, 3.8 MINACCIA ALLA SALUTE

Stato fisico o mentale pregiudicato identificabile, risultante da e/o aggravato a causa di un'attività professionale e/o una situazione professionale.

LINEE GUIDA UNI INAIL, Infortunio

evento dovuto a causa fortuita che produca lesioni corporali obiettivamente riscontrabili, in occasione di lavoro.

LINEE GUIDA UNI INAIL, Malattia professionale

evento morboso contratto a causa e nell'esercizio delle lavorazioni svolte.

(6.1 Pianificazione per la gestione del rischio)

BS OHSAS 18001, 3.21 RISCHIO

Combinazione della probabilità della sopravvenienza di uno o più eventi pericolosi o esposizione a uno a più di tali avvenimenti e della gravità del pregiudizio personale o di minaccia alla salute (3.8) che questo evento o questa/e esposizione/i possono causare.

BS OHSAS 18001, 3.22 VALUTAZIONE DEI RISCHI

Processo di stima di uno più rischi (3.21) derivanti da uno o più pericoli considerando l'adeguatezza dei controlli esistenti e decidendo se il rischio è accettabile o no.

BS OHSAS 18001, 3.1 RISCHIO ACCETTABILE

Rischio che è ricondotto a un livello tollerabile per l'organizzazione relativamente agli obblighi legali e alla sua politica in materia di sicurezza sul lavoro (3.16).

(6.2 Obiettivi e programmi)

BS OHSAS 18001, 3.14 OBIETTIVI PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Scopi che un'Organizzazione di è prefissato riguardanti la sua prestazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro (3.15).

Nota 1: gli obiettivi devono essere quantificati dove possibile

Nota 2: il requisito 4.3.3 richiede che gli obiettivi siano congruenti con la politica (3.16)

(7.5 Informazioni documentate)

BS OHSAS 18001, 3.5 DOCUMENTO

Supporto all'informazione e l'informazioni in esso contenuta.

BS OHSAS 18001, 3.19 PROCEDURA

Modo specificato di effettuare un'attività o un processo. [ISO 9000:2005, 3.4.5]

Nota: le procedure possono o non possono essere oggetto di documento.

BS OHSAS 18001, 3.20 REGISTRAZIONI

Documento (3.5) riportante dei risultati ottenuti o riportante la prova della realizzazione di un'attività.

(9. Monitoraggio)

BS OHSAS 18001, 3.2 AUDIT

Processo metodologico, indipendente e documentato che permette di ottenere delle “prove d’audit” e di valutarle in maniera obbiettiva per determinare in quale misura i “criteri d’audit” sono soddisfatti”. [ISO 9000:2005, 3.9.1]

(per il concetto di “prove d’audit” e “criteri d’audit” fare riferimento alla norma ISO 19011).

(10. miglioramento continuo)

BS OHSAS 18001, 3.9 INCIDENTE

Qualsiasi evento professionale attraverso il quale un pregiudizio personale o un minaccia alla salute (3.8) (indipendentemente dalla gravità) o un accidente mortale si è prodotto o avrebbe potuto prodursi.

LINEE GUIDA UNI INAIL, Incidente:

evento dovuto a causa fortuita che ha la potenzialità di condurre ad un infortunio o di provocare danni alle cose

BS OHSAS 18001, 3.11 NON CONFORMITA'

Non soddisfacimento di un requisito [ISO 9000:2005, 3.6.2]

LINEE GUIDA UNI INAIL, Non conformità (n.c.): difformità dagli standard adottati o mancato rispetto dei requisiti legali, dei regolamenti, delle pratiche, delle procedure, delle istruzioni operative, dello schema di sistema di gestione adottato.

BS OHSAS 18001, 3.4 AZIONE CORRETTIVA

Azione finalizzata a eliminare la causa di una non conformità (3.11) rilevata o altra situazione indesiderabile.

BS OHSAS 18001, 3.18 AZIONE PREVENTIVA

Azione finalizzata a eliminare la causa di una non conformità (3.11) potenziale o di una altra situazione potenziale indesiderabile. [ISO 9000:2005, 3.6.4]

4. CONTESTO DI RIFERIMENTO

4.1 CONTESTO DI RIFERIMENTO DELL'ENTE



4.1.1 DESCRIZIONE DEL CONTESTO GIURIDICO DELL'ENTE

Natura giuridica dell'Organizzazione.

Nota / individuazione datore di lavoro.

4.1.2 DESCRIZIONE DEL CONTESTO AZIENDALE DELL'ENTE

Principali beni / servizi / lavori realizzati e correlati processi produttivi.

Principali tipologie di beni, servizi, lavori approvvigionati.

4.1.3 DESCRIZIONE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO DELL'ENTE

Sintetica descrizione della struttura organizzativa per aree organizzative omogenee.

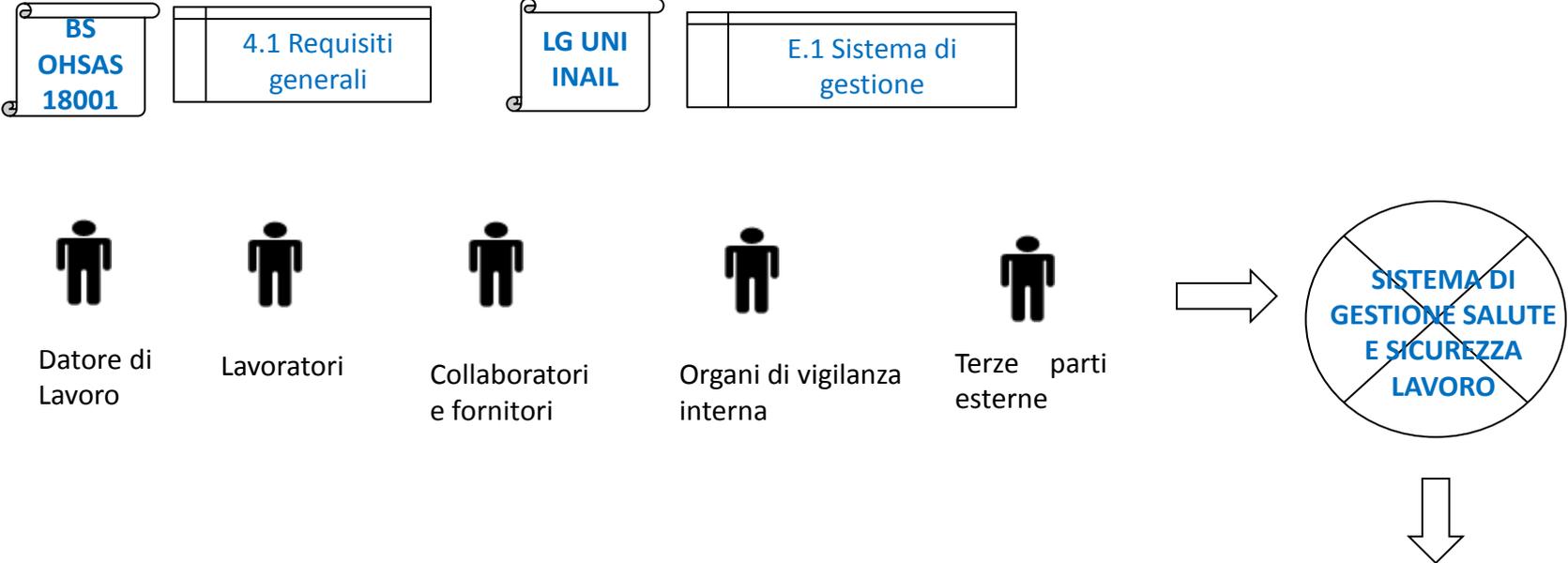
Ordine di grandezza dell'organico aziendale.

4.1.4 DESCRIZIONE DEL CONTESTO FISICO DELL'ENTE

Presenza di sedi distaccate sul territorio e loro funzione.

Per ogni sede: caratteristiche delle infrastrutture presenti (edifici e luoghi di lavoro, attrezzature e apparecchiature, servizi di supporto, condizioni dell'ambiente di lavoro).

4.2 ASPETTATIVE E REQUISITI DELLE PARTI INTERESSATE ALLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO



-  ridurre progressivamente i costi complessivi della salute e sicurezza sul lavoro compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (clienti, fornitori, visitatori, ecc.);
-  aumentare l'efficienza e le prestazioni dell'impresa/organizzazione;
-  contribuire a migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro;
-  migliorare l'immagine interna ed esterna dell'impresa/organizzazione.

4.3 REQUISITI ED APPLICABILITA' DEL SGSL

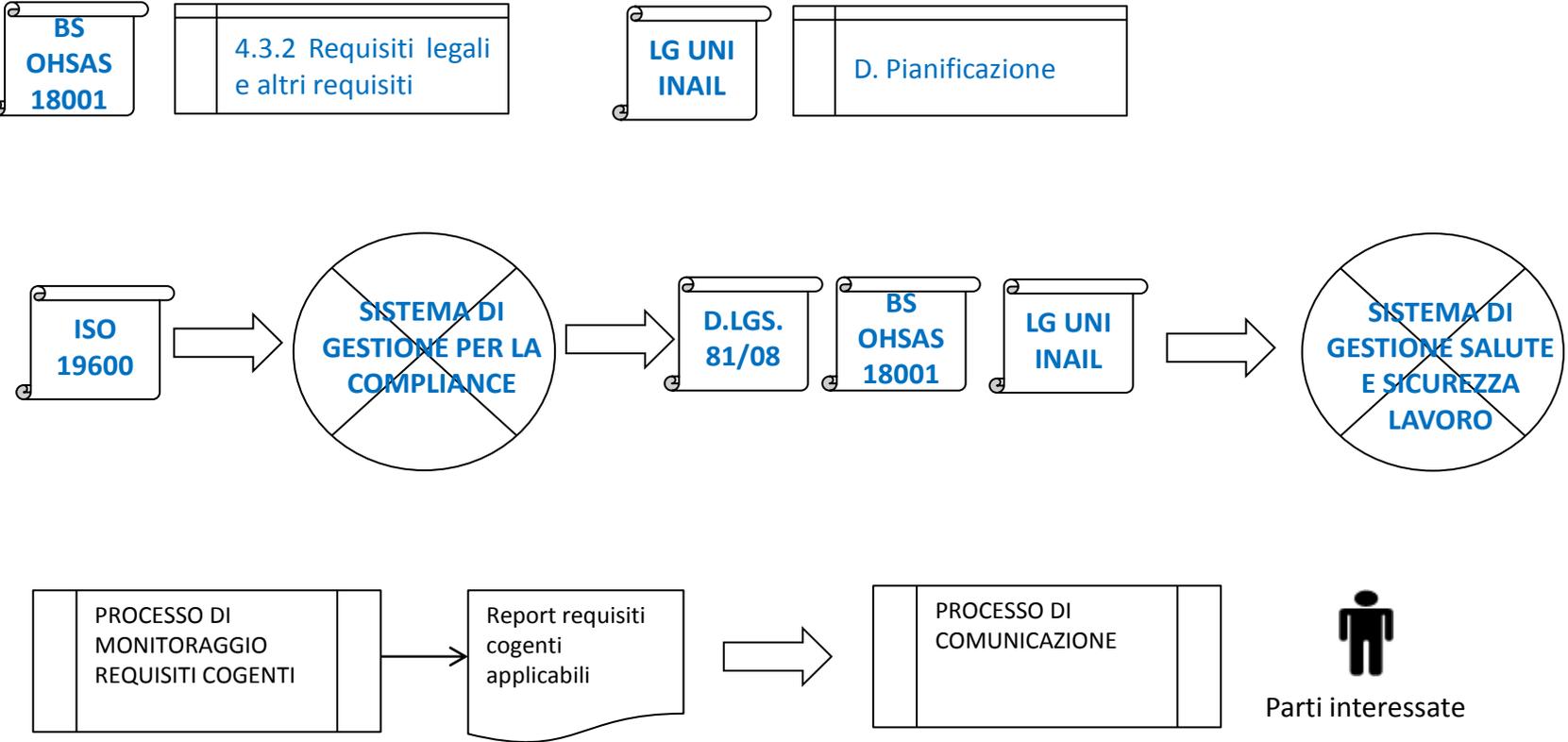
4.3.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGSL



SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE



4.3.2 REQUISITI NORMATIVI APPLICABILI AL SGSL



4.3.2 SOGGETTI DESTINATARI DEL SGSL



Datore di Lavoro



Figure previste dal dl.lgs 81/08



Organi di controllo interno (incluso OdV ex d.lgs. 231/01)



Contrattisti (collaboratori esterni e fornitori)



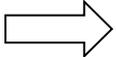
Terze parti esterne

4.4 ADOZIONE DEL SGSL

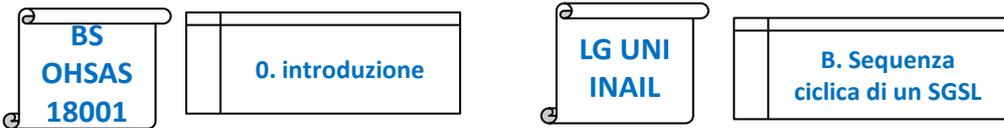
4.4.1 REQUISITI MINIMI IN TERMINI DI CONTENUTI



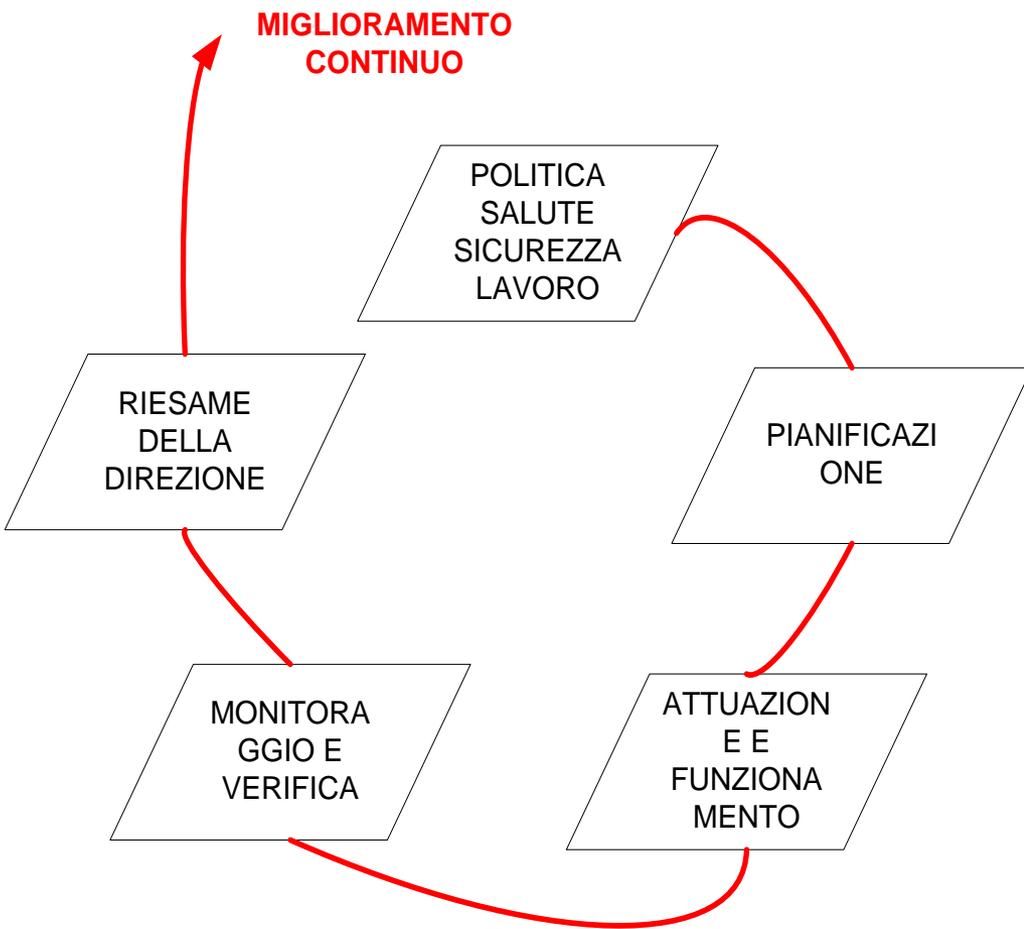
- parte del sistema di gestione generale dell'impresa
- contenere la struttura organizzativa, le responsabilità, le pratiche, le procedure, i processi, le risorse per realizzare la sua politica per la salute e sicurezza sul lavoro
- adeguato alle attività svolte, alla dimensione aziendale, alla natura ed alle dimensioni dei rischi presenti in azienda



4.4.3 APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO



MODELLO DI SISTEMA DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

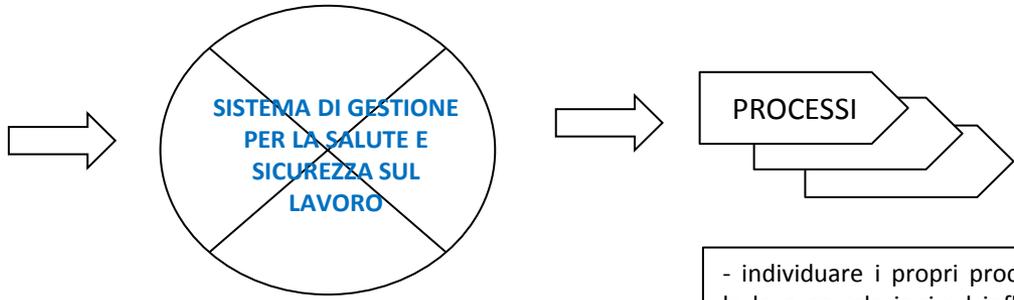


4.4.4 APPROCCIO PER PROCESSI



L'integrazione nei processi aziendali della tutela della salute e sicurezza rappresenta il cuore di un sistema di gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro perché è la fase dell'applicazione sul campo delle scelte di politica e organizzazione aziendale

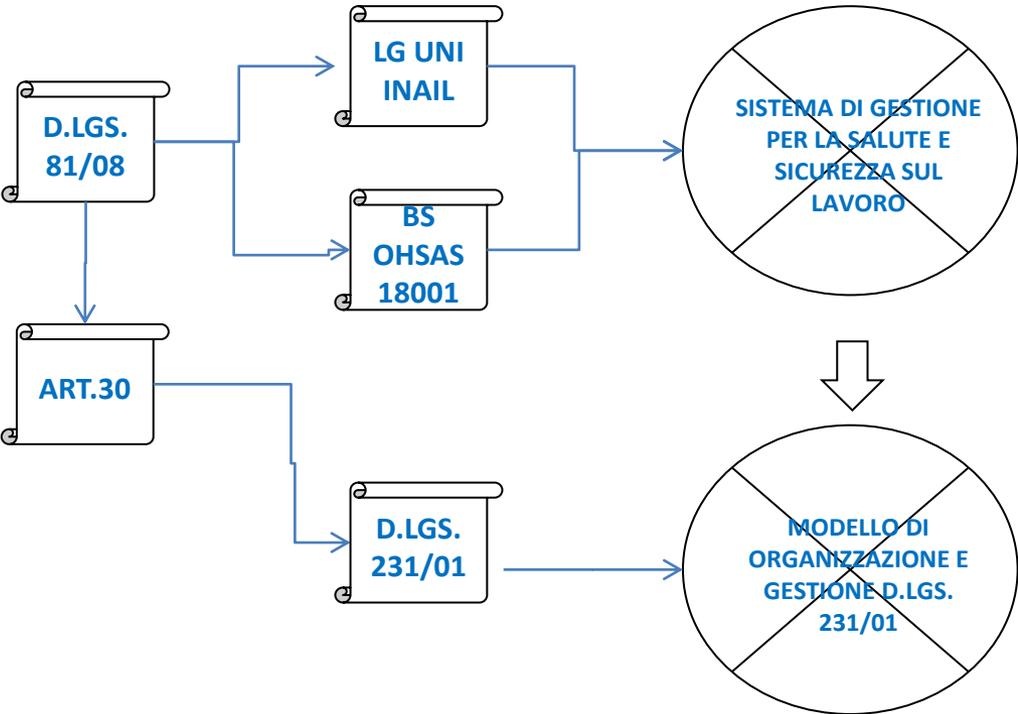
In ogni processo aziendale si deve determinare l'influenza che lo svolgimento di tale processo ha sulle problematiche di SSL di tutti i processi correlati e sul funzionamento del SGSL e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.



- individuare i propri processi e le loro correlazioni ed influenze reciproche;

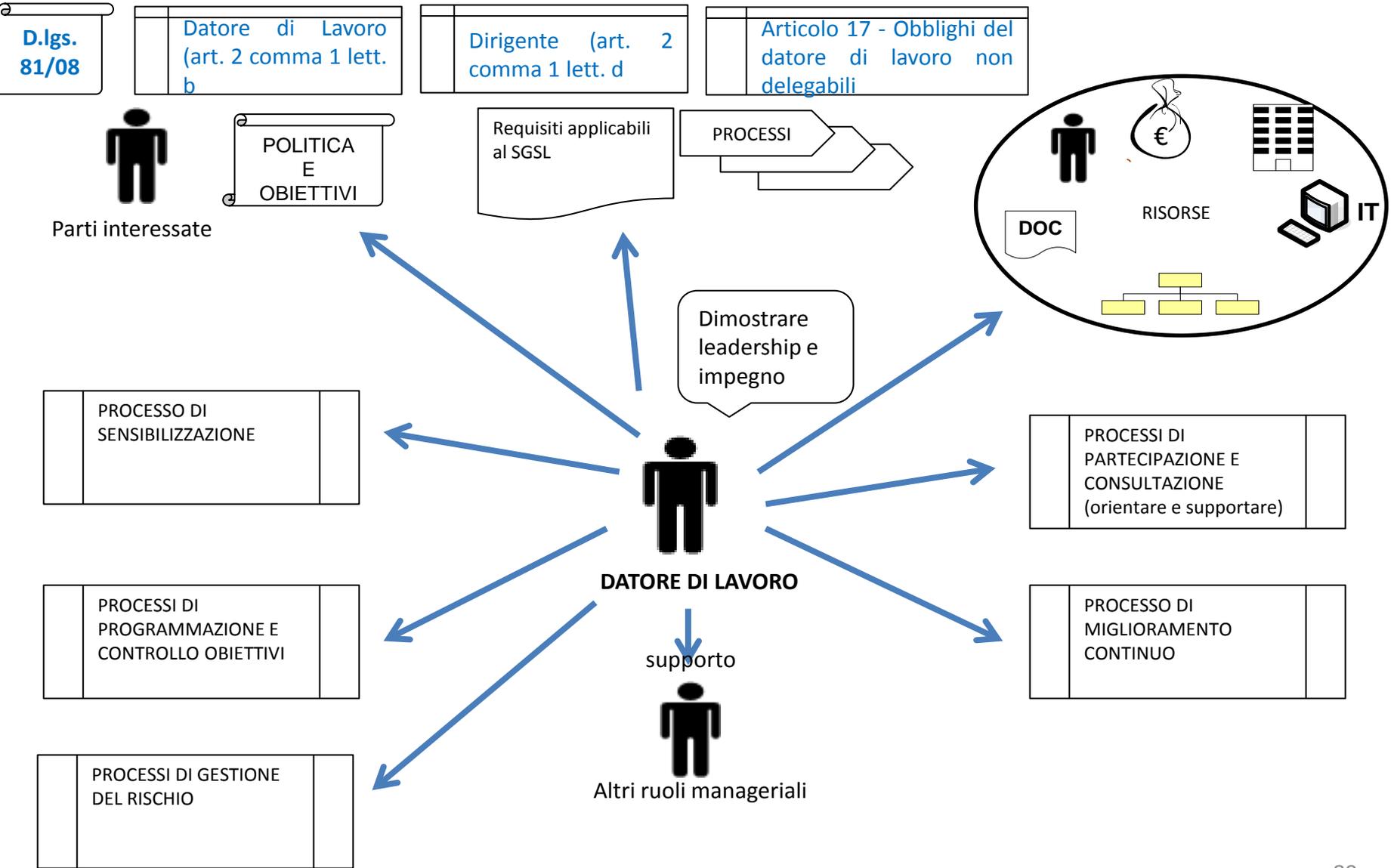
- analizzare e studiare soluzioni per eventualmente modificare i processi stessi o le loro modalità di correlazione per raggiungere gli obiettivi di SSL e/o per migliorare l'efficienza e l'efficacia del SGSL.

4.4.5 INTEGRAZIONE CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE



5. DIREZIONE

5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE



5.2 POLITICA

<p>BS OHSAS 18001</p>	<p>4.2 Politica per la SSL</p>
--------------------------------------	------------------------------------

<p>LG UNI INAIL</p>	<p>C. La politica per la sicurezza e salute sul lavoro</p>
--------------------------------	--



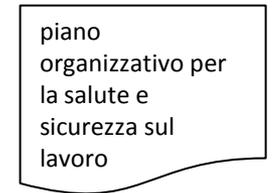
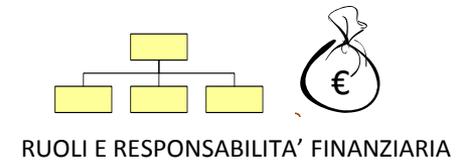
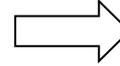
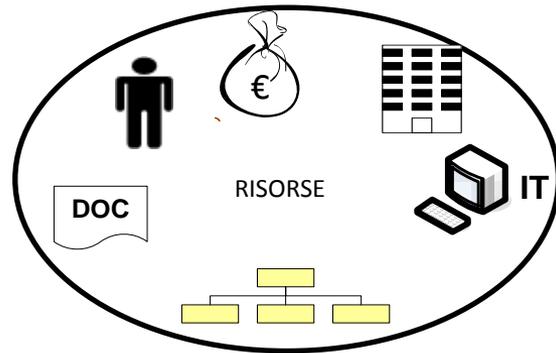
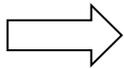
- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| SSL ed i relativi risultati come parte integrante della gestione aziendale | la responsabilità nella gestione della SSL riguarda l'intera organizzazione aziendale | i lavoratori siano sensibilizzati e formati per svolgere i loro compiti in sicurezza e per assumere le loro responsabilità in materia di SSL | coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza | definire e diffondere all'interno dell'azienda gli obiettivi di SSL e i relativi programmi di attuazione |
| impegno al rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla SSL | impegno a fornire le risorse umane e strumentali necessarie; | riesaminare periodicamente la politica stessa ed il sistema di gestione attuato | impegno al miglioramento continuo ed alla prevenzione; | |

5.3 RISORSE, RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA'

BS OHSAS 18001	
	4.4.1 Risorse, ruoli, responsabilità e autorità

LG UNI INAIL	
	E.2 Definizione dei compiti e delle responsabilità

D.lgs. 81/08	Art. 16 - Delega di funzioni	Art. 17 - Obblighi del datore di lavoro non delegabili	Art. 18 - Obblighi del datore di lavoro e del dirigente	Art. 19 - Obblighi del preposto
	Art. 20 - Obblighi dei lavoratori	Arti. 25 - Obblighi del medico competente	Art. 25 - Obblighi del medico competente	Art. 31 - Servizio di prevenzione e protezione
	Art. 47 - Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza	sezione vi - gestione delle emergenze Articolo 43 - Disposizioni generali	Articolo 45 - Primo soccorso	Articolo 46 - Prevenzione incendi



6. PIANIFICAZIONE

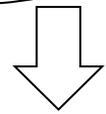
6.1 PIANIFICAZIONE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

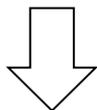
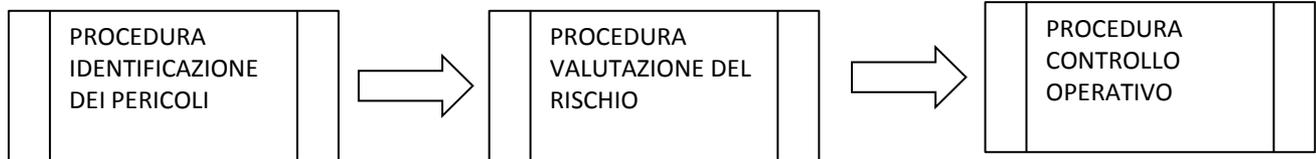


essere definita con riferimento alla sua ampiezza, natura e tempistica, per garantire che sia proattiva piuttosto che reattiva;

provvedere all'identificazione, all'assegnazione di priorità e alla documentazione dei rischi, e all'applicazione dei controlli, a seconda di quanto appropriato

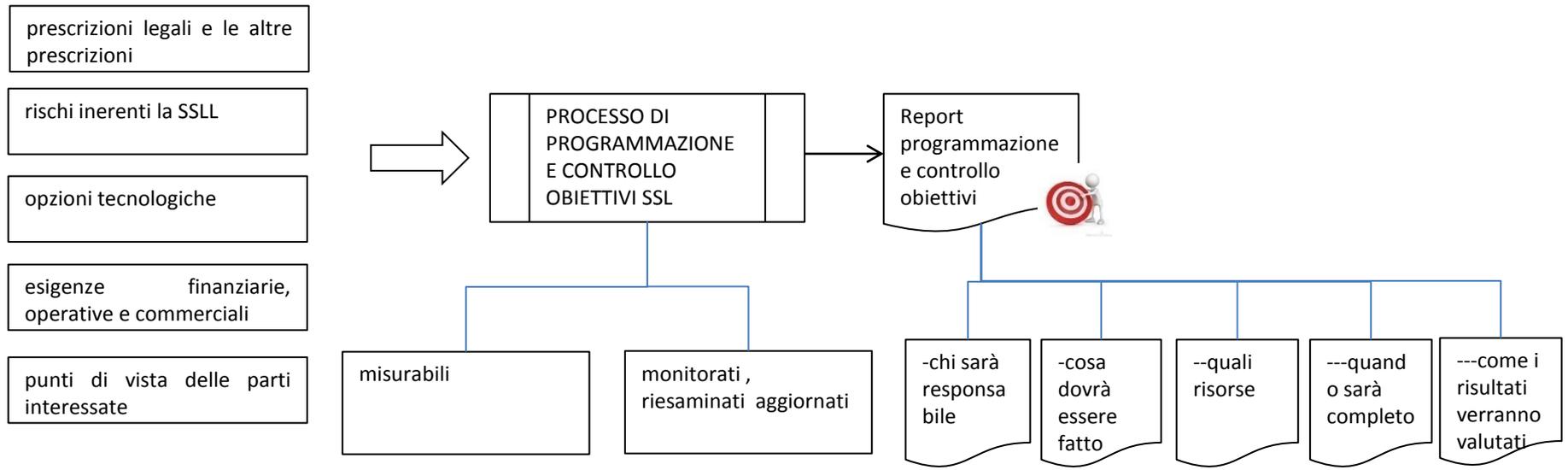
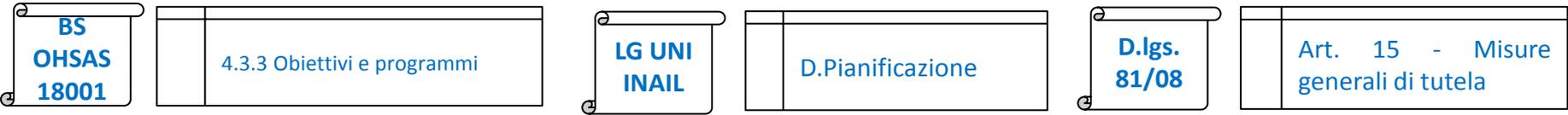
METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE DEL PERICOLO E DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO



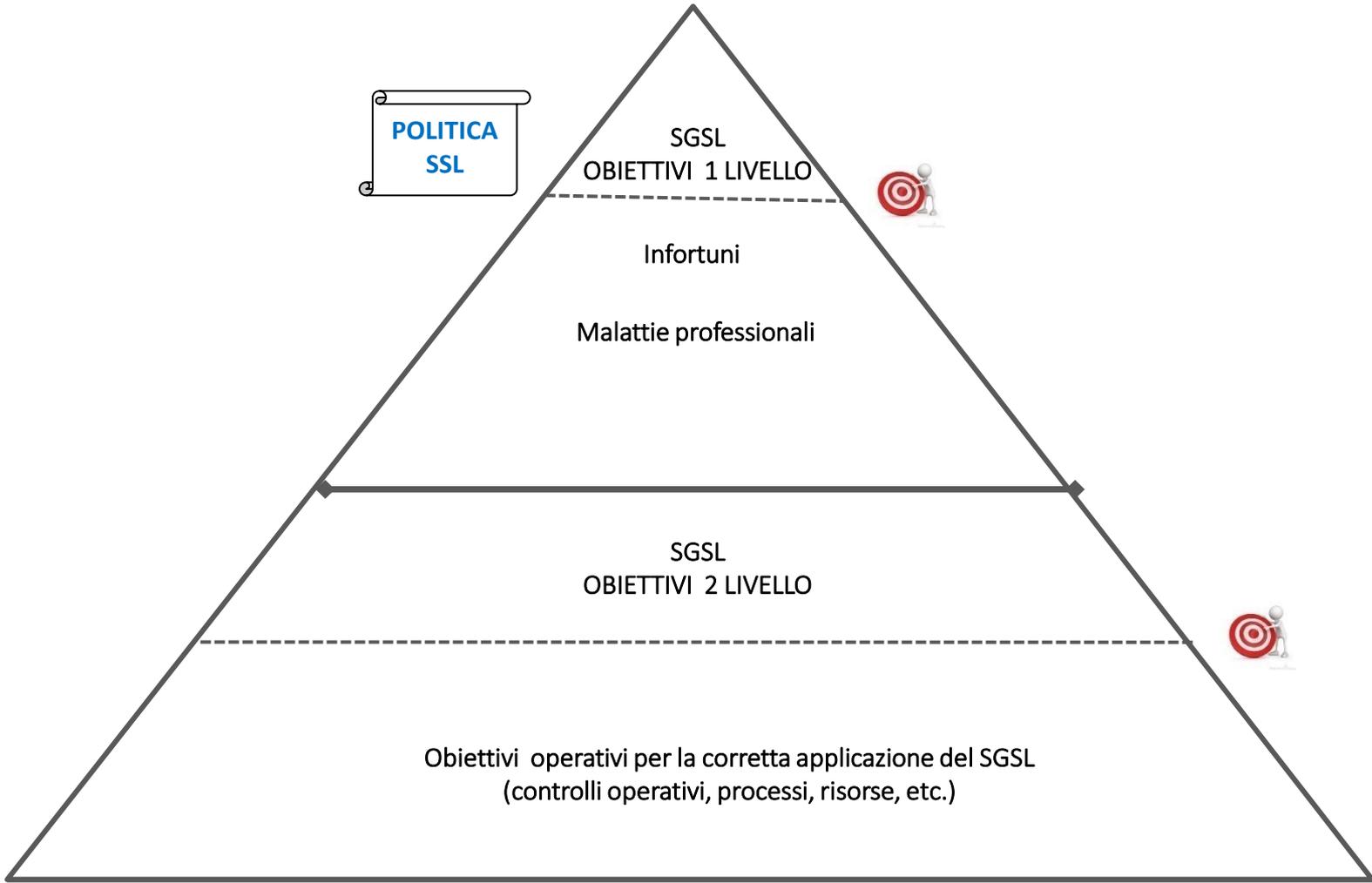


- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| attività di routine e non di routine | attività di tutte le persone che hanno accesso al luogo di lavoro (compresi subappaltatori e visitatori) | comportamento umano, capacità e altri fattori umani | pericoli identificati di origine esterna al luogo di lavoro in grado di incidere negativamente sulla salute e sulla sicurezza delle persone sotto il controllo dell'organizzazione all'interno del luogo di lavoro; | pericoli creati nelle vicinanze del luogo di lavoro da attività collegate al lavoro sotto il controllo dell'organizzazione; |
| infrastrutture, attrezzature e materiali nel luogo di lavoro, che siano forniti dall'organizzazione o da altri; | cambiamenti o cambiamenti proposti nell'organizzazione, nelle sue attività o nei suoi materiali | modifiche al SGSSLL, comprese modifiche temporanee, e il loro impatto sulle operazioni, sui processi e sulle attività | tutti gli obblighi legali legati alla valutazione dei rischi e all'attuazione dei controlli necessari | la progettazione delle aree di lavoro, dei processi, delle installazioni, dei macchinari e delle attrezzature, delle procedure operative e dell'organizzazione del lavoro, compreso il loro adattamento alle capacità umane. |

6.2 PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO



STRUTTURA E LIVELLI DEGLI OBIETTIVI SSL



7. SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL SGSL

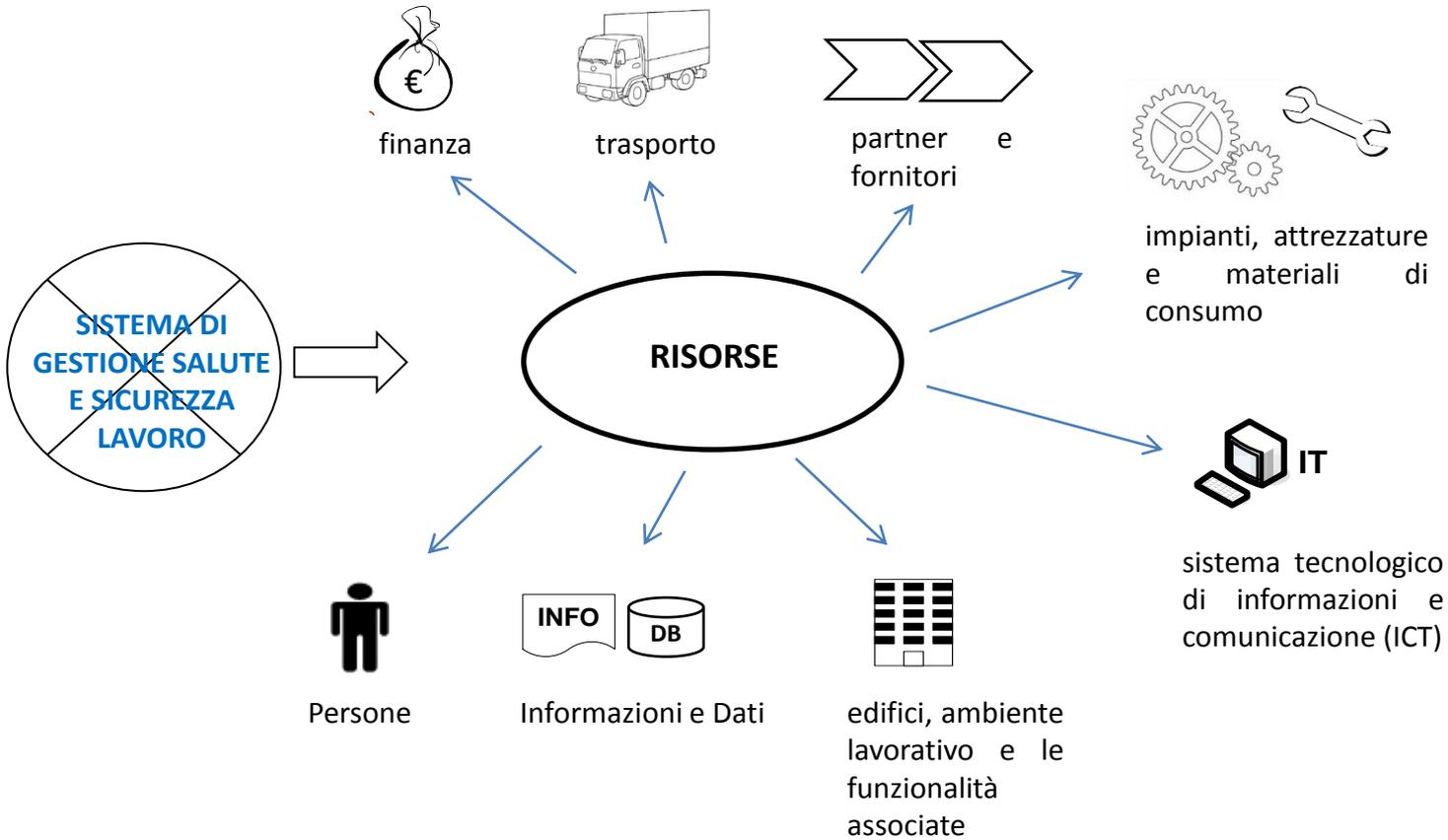
7.1 RISORSE PER L'ATTUAZIONE DEL SGSL

BS
OHSAS
18001

4.4.1 Risorse, ruoli,
responsabilità e
autorità

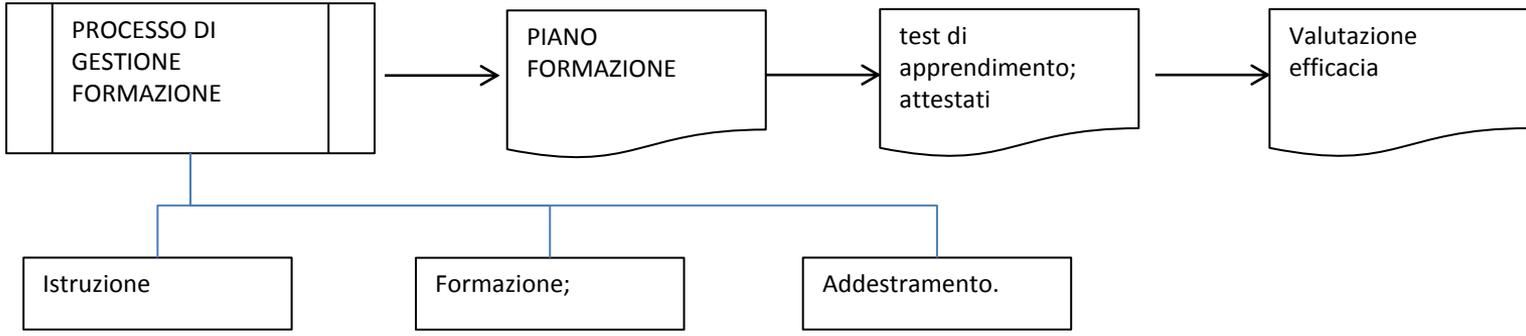
LG UNI
INAIL

E.2 Definizione dei
compiti e delle
responsabilità

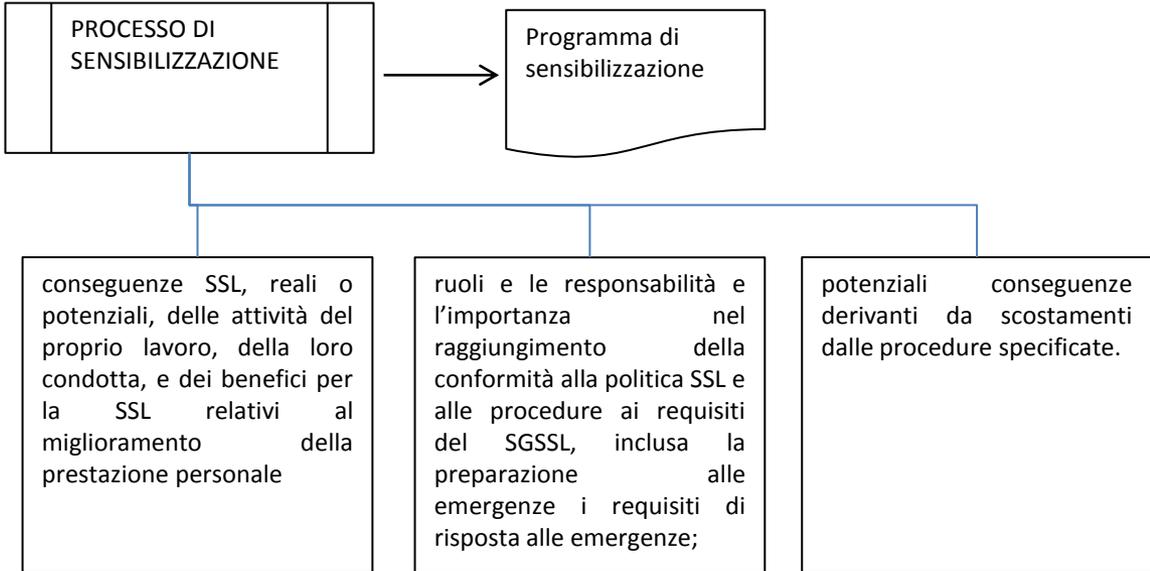
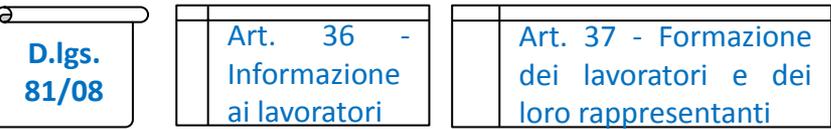
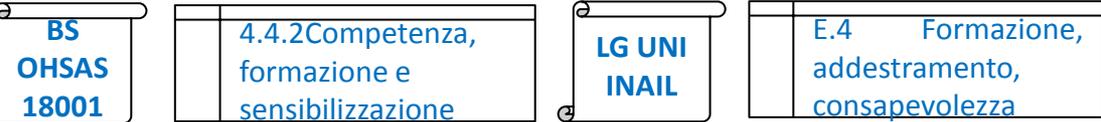


7.2 COMPETENZE

BS OHSAS 18001	4.4.2 Competenza, formazione e sensibilizzazione	LG UNI INAIL	E.4 Formazione, addestramento, consapevolezza	D.lgs. 81/08	Art. 37 - Formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti
-----------------------	--	---------------------	---	---------------------	---

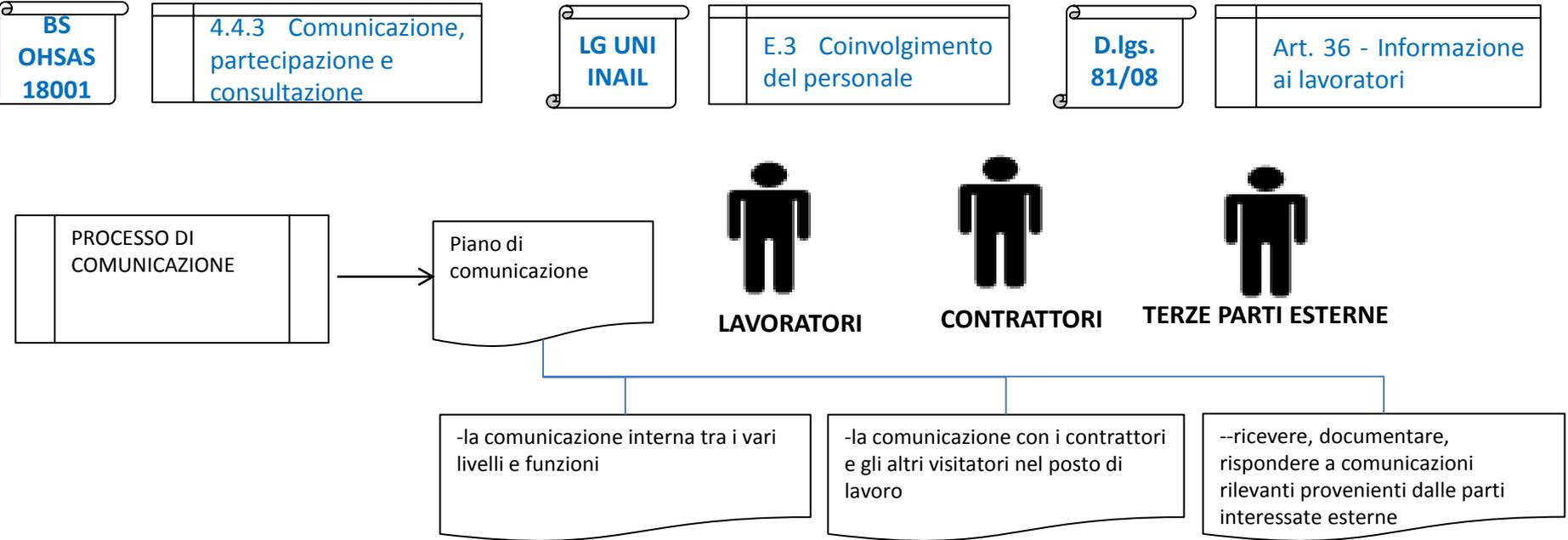


7.3 CONSAPEVOLEZZA

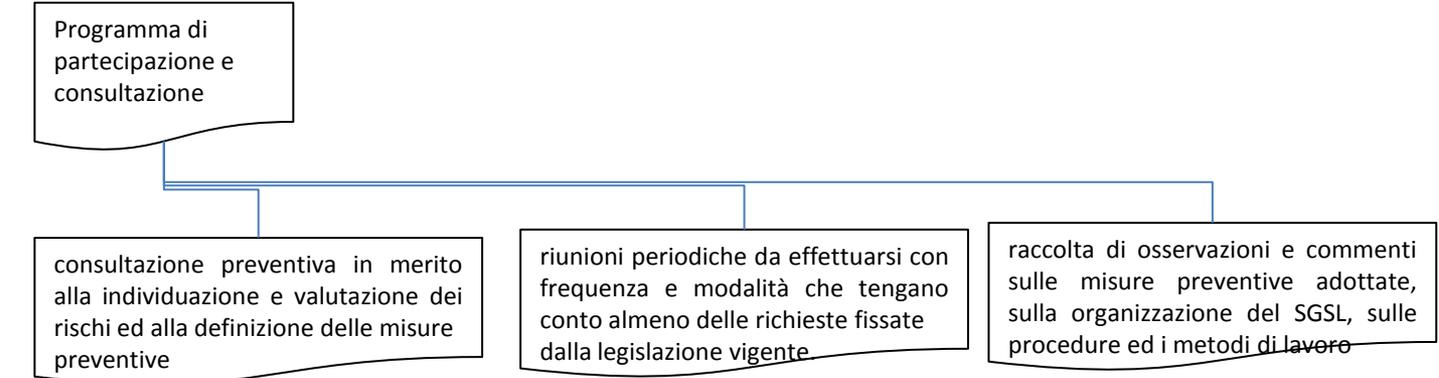
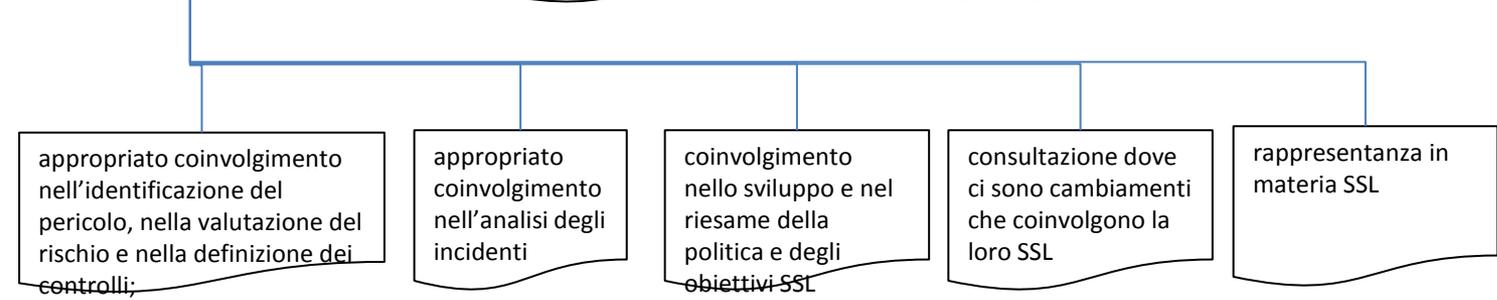
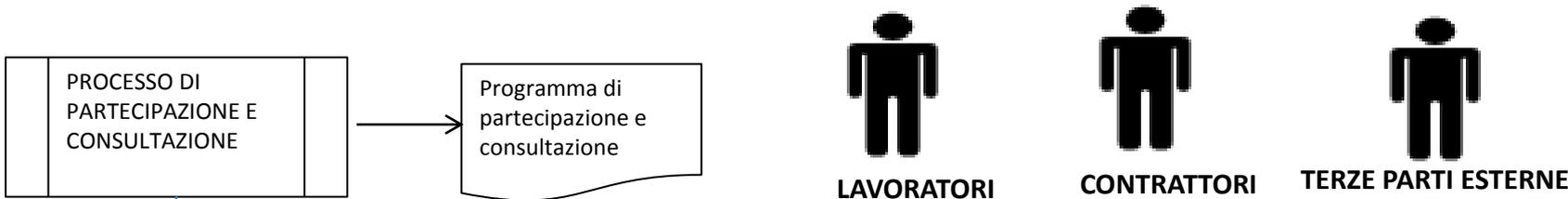
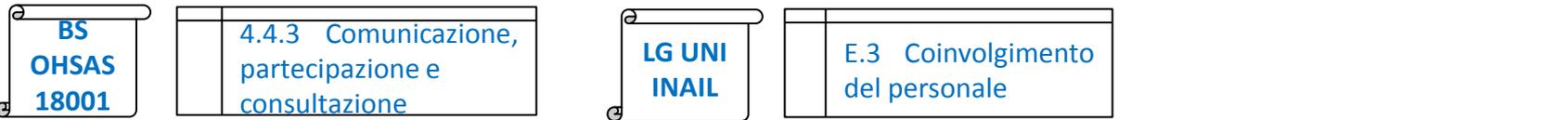


7.4 COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE

7.4.1 COMUNICAZIONE



7.4.2 PARTECIPAZIONE E CONSULTAZIONE



7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE RICHIAMATE DAL SGSL

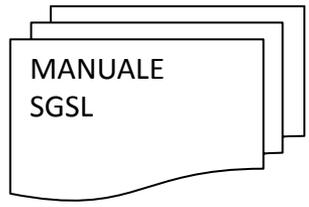
7.5.1 GENERALITA'

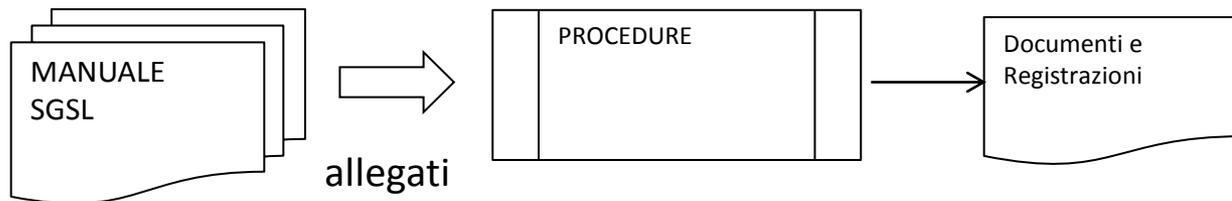
BS OHSAS 18001	4.4.4 Documentazione
-------------------------------	----------------------

LG UNI INAIL	E.6 Documentazione
-------------------------	--------------------

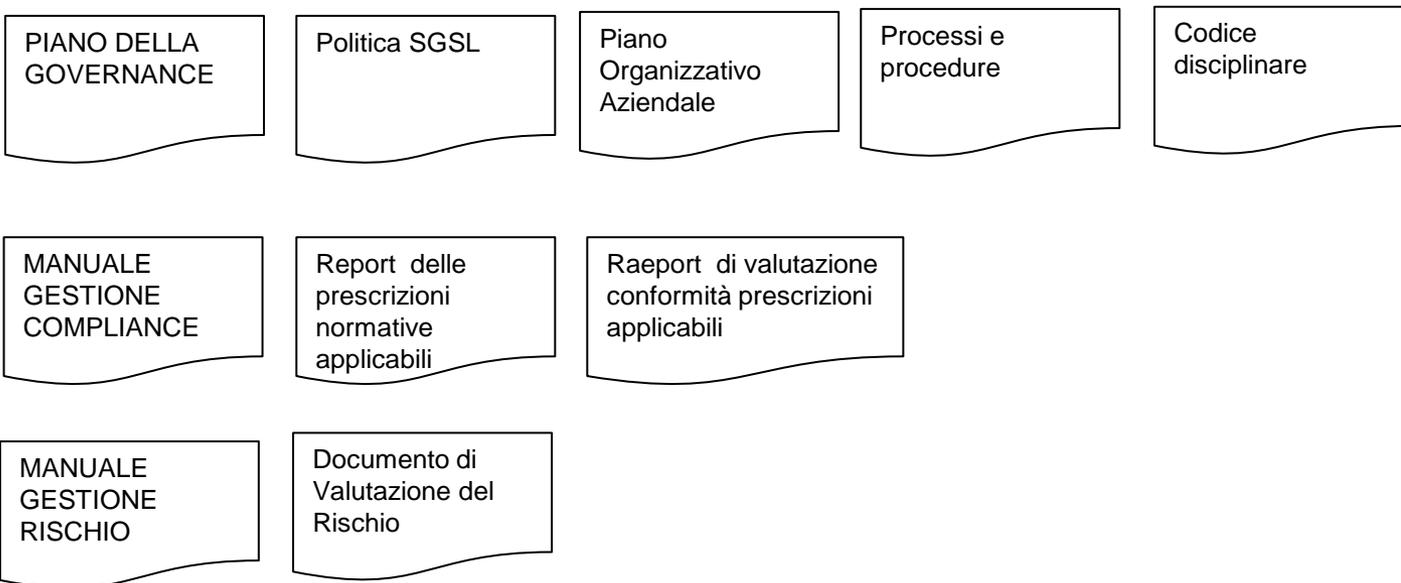
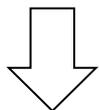
D.LGS. 81/08	Art. 28 - Oggetto della valutazione dei rischi
-------------------------	--

	Art. 29 - Modalità di effettuazione della valutazione dei rischi
--	--

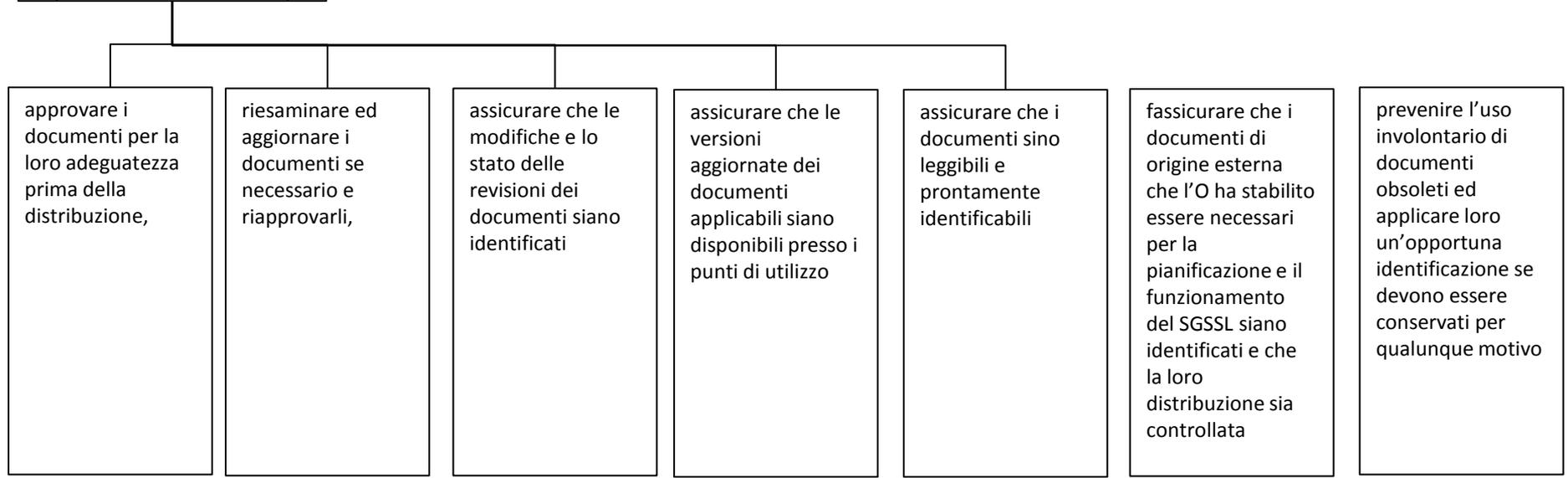
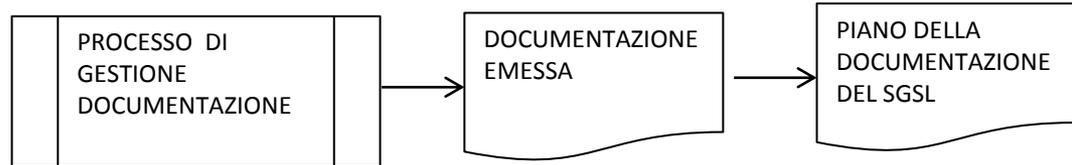
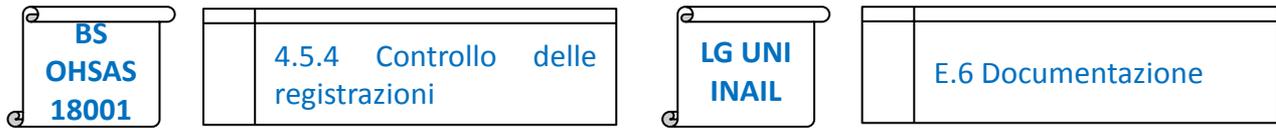




allegati



7.5.2 CREAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

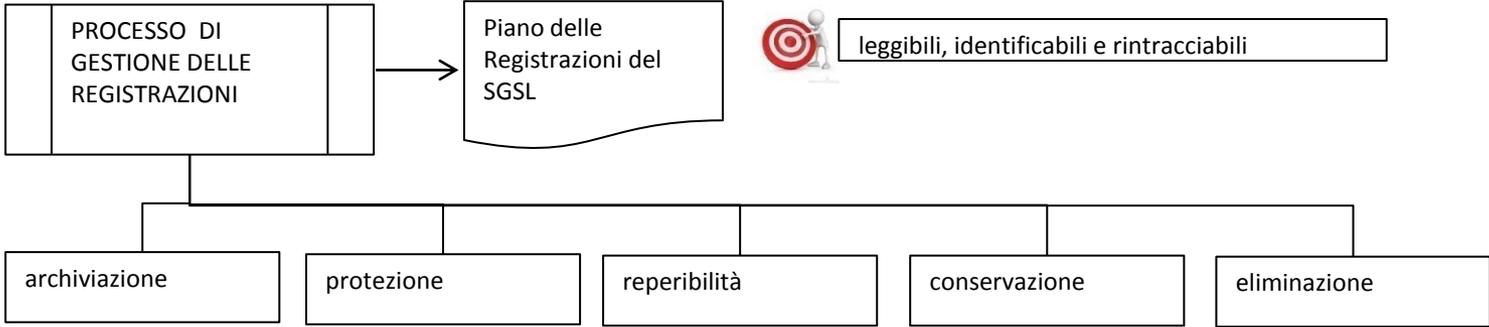


**BS
OHSAS
18001**

4.4.4 Documentazione

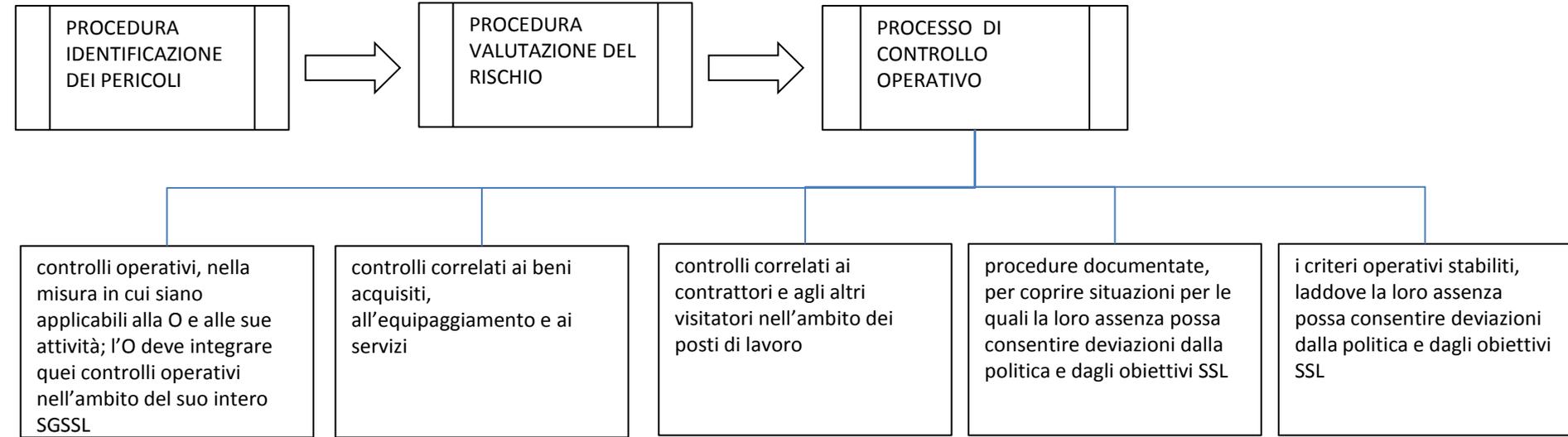
**LG UNI
INAIL**

E.6 Documentazione

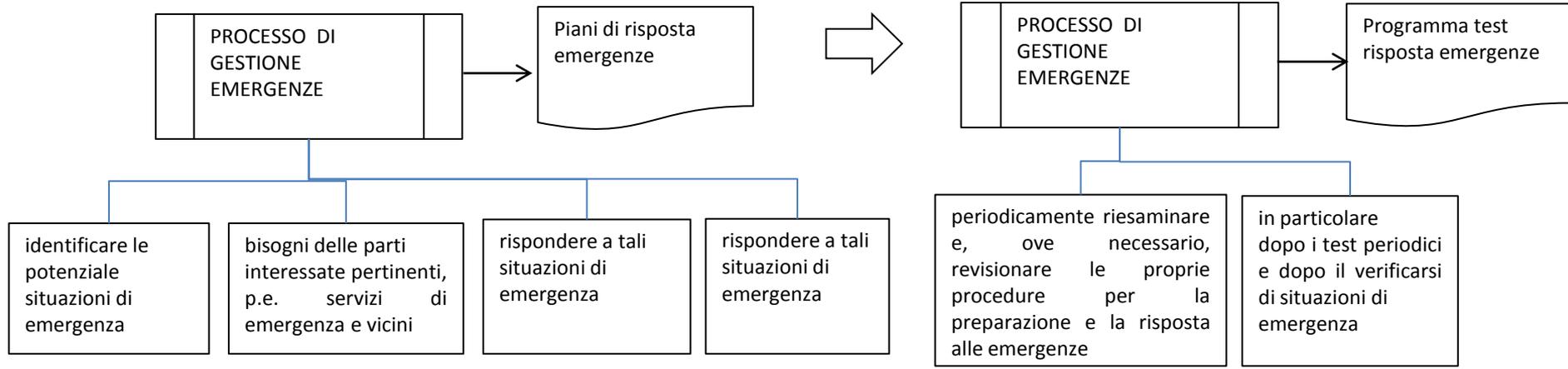
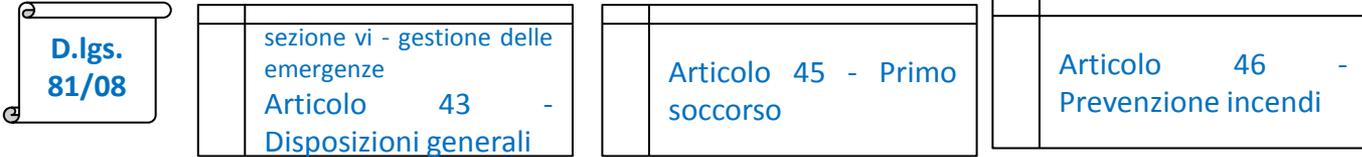
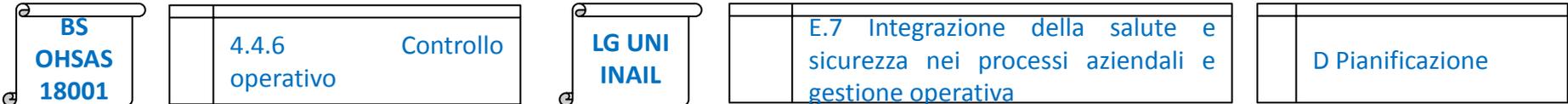


8. OPERATIVITA' DEL SGSL

8.1 CONTROLLO OPERATIVO



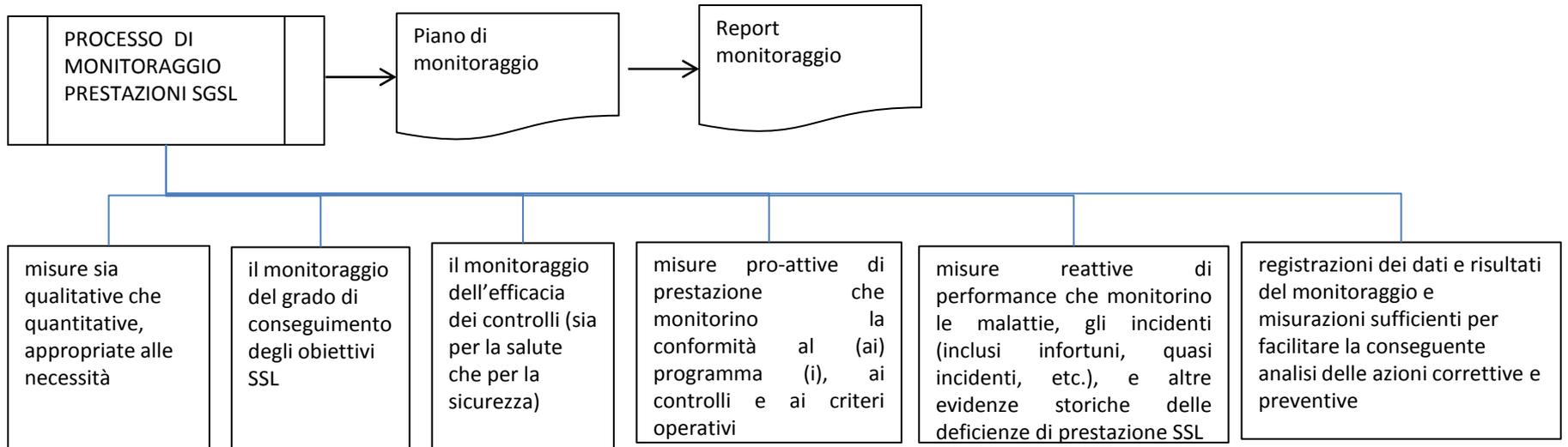
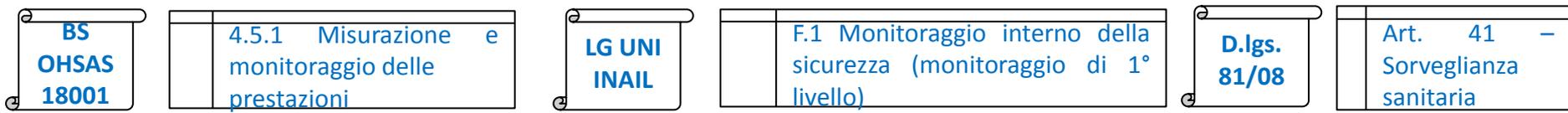
8.2 PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE



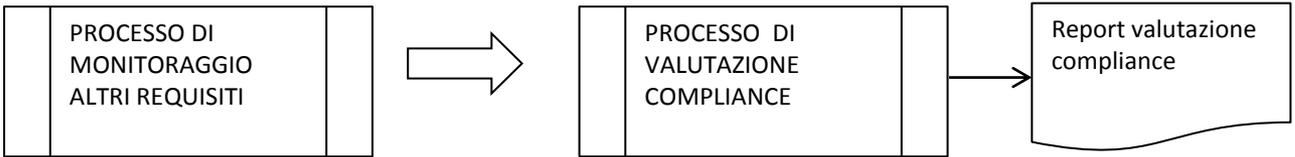
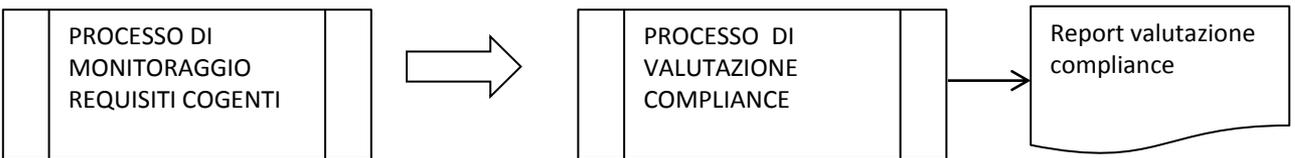
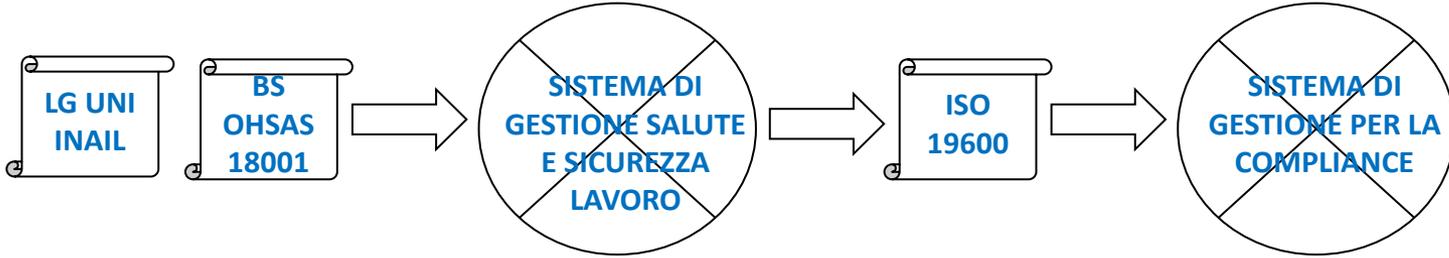
9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SGSL

9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

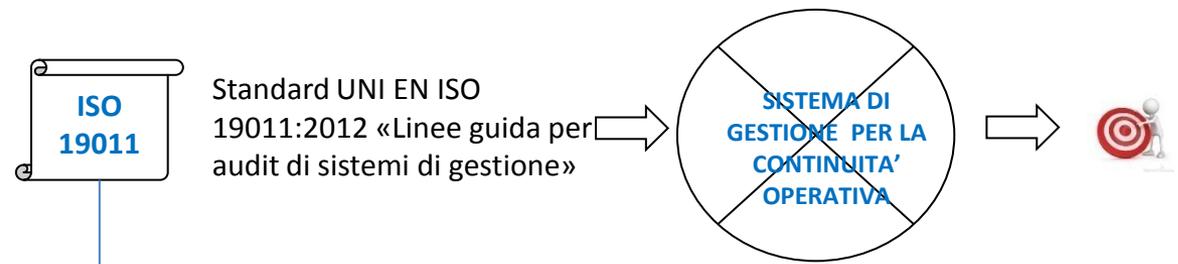
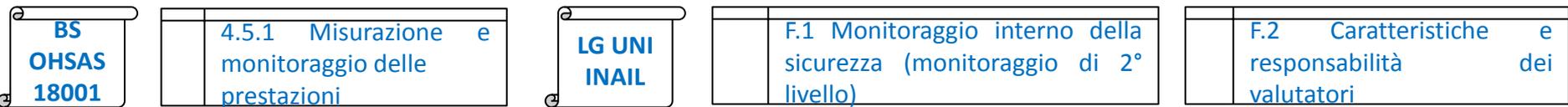
9.1.1 GENERALITA'



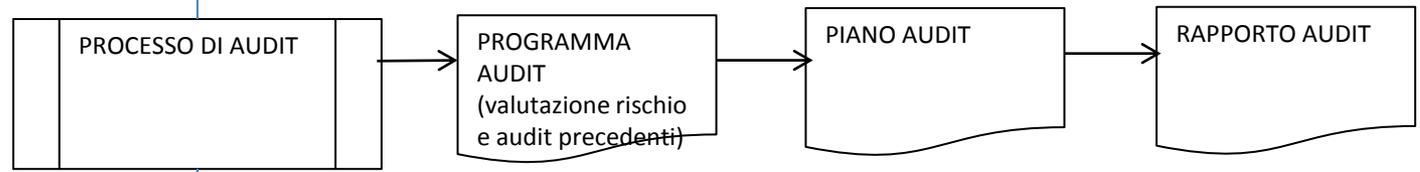
9.1.2 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA CONFORMITA' NORMATIVA (cogente e di altra natura)



9.2 AUDIT



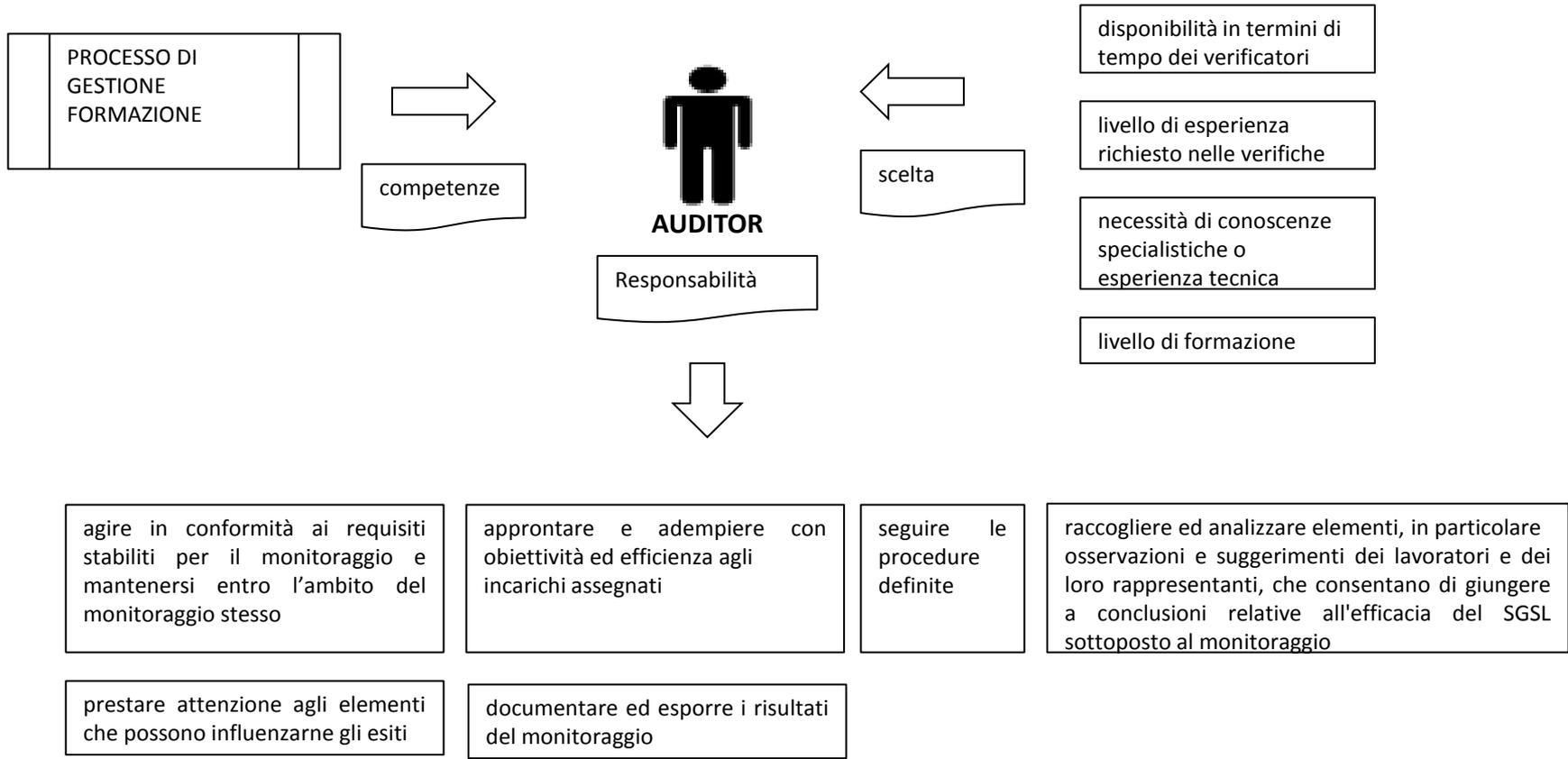
1. è conforme alle decisioni pianificate per la gestione SSL, compresi i requisiti dello standard BS OHSAS 18001
2. è stato correttamente attuato ed è mantenuto attivo; e
3. è efficace nel soddisfare politica e obiettivi dell'O;
4. fornire alla direzione informazioni sui risultati degli audit.



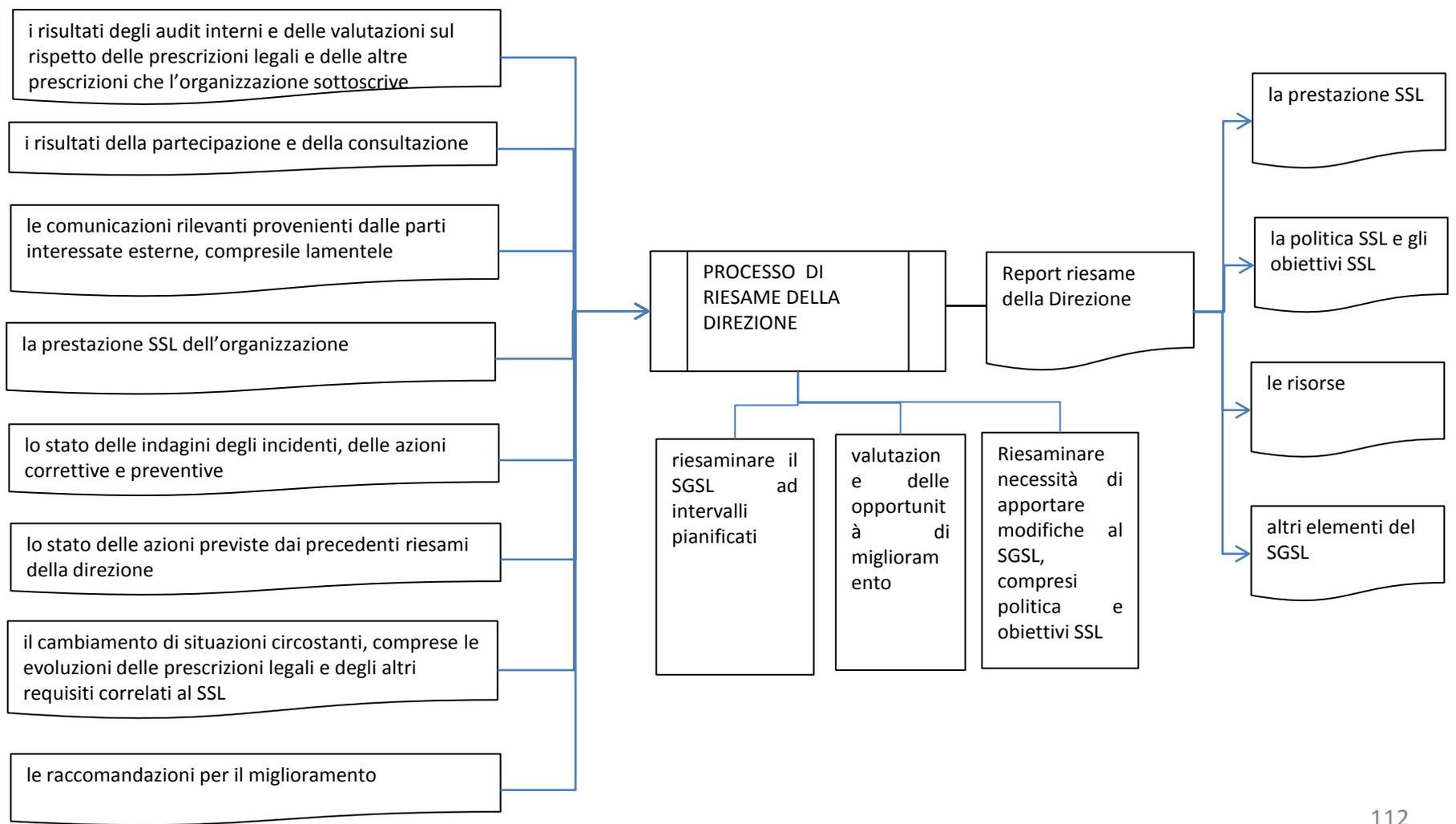
-le responsabilità, le competenze e i requisiti per pianificare e condurre gli audit, per riportarne i risultati e per conservarne le relative registrazioni

-la determinazione dei criteri, della frequenza e della metodologia degli audit

--La selezione degli auditor e la conduzione degli audit deve assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit.

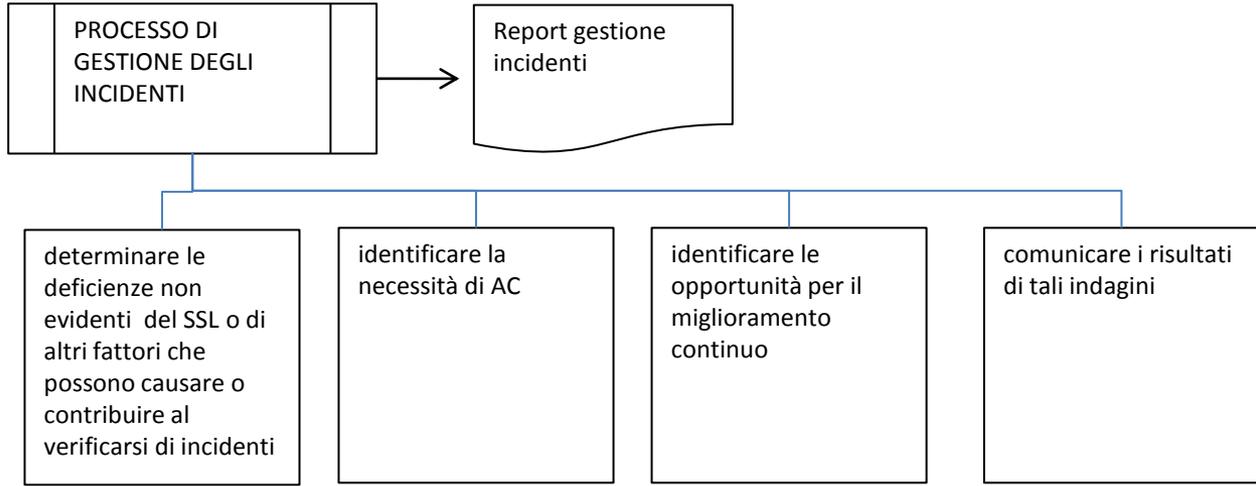


9.3 RIESAME DEL SGSL



10. MIGLIORAMENTO CONTINUO

10. 1 ANALISI DEGLI INCIDENTI



10. 2 NON CONFORMITA', AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE

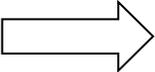
BS
OHSAS
18001

4.5.3.2 Non conformità,
azioni correttive e azioni
preventive

LG UNI
INAIL

F.3 Piano di
Monitoraggio

PROCESSO DI
GESTIONE NON
CONFORMITA



PROCESSO DI
GESTIONE AZIONI
CORRETTIVE

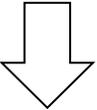
-identificare e
correggere NC e
intraprendere AC per
mitigare le
conseguenze sulla
SSL

-investigare le NC
determinando le
cause e
intraprendere azioni
per evitarne il
ripetersi

-valutare la necessità
per prevenire NC e
attuare appropriate
azioni adatte per
evitare il loro
verificarsi

-registrare e
comunicare i risultati
delle AC e delle AP
intraprese

-riesaminare
l'efficacia delle AC e
delle AP intraprese



CODICE
DISCIPLINARE

4. MOG D.LGS. 231/01 E SGSL D.LGS. 81/08 (ART.30)

4.1 STRUTTURA DI UN MOG D.LGS. 231/01

0. INTRODUZIONE

Richiamo sintetico alla ratio del d.lgs. 231/01 ed in particolare all'adozione di un MOG.

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Individuazione Ente a cui si applica il MOG

Richiamo all'eventuale obbligo di adozione per l'ente del MOG

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

D.lgs. 231/01

Standard ISO 31000

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Definizioni degli acronimi utilizzati nel documento

Definizione dei principali termini utilizzati nel documento.

4. CONTESTO DI RIFERIMENTO

4.1 CONTESTO DI RIFERIMENTO DELL'ENTE

4.1.1 DESCRIZIONE DEL CONTESTO GIURIDICO DELL'ENTE

Natura giuridica dell'ente (PA, Ente territoriale, ente pubblico).

Nel caso di ente pubblico: assetto proprietario.

4.1.2 DESCRIZIONE DEL CONTESTO AZIENDALE DELL'ENTE

Contesto geografico prevalente di attività.

Principali servizi erogati e correlate tipologie di procedimenti con riferimento alla missione strategica propria dell'ente.

Principali tipologie di beni, servizi, lavori approvvigionati per l'erogazione dei servizi.

4.1.3 DESCRIZIONE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO DELL'ENTE

Ordine di grandezza dell'organico aziendale, evidenziando le figure apicali.

Sintetica descrizione della struttura organizzativa per aree organizzative omogenee.

4.1.4 DESCRIZIONE DEL CONTESTO FISICO DELL'ENTE

Presenza di sedi distaccate sul territorio e loro funzione.

Per ogni sede: servizi erogati ed eventuale figura apicale responsabile.

4.2 ASPETTATIVE E REQUISITI DELLE PARTI INTERESSATE ALLA PREVENZIONE DEI REATI

4.2.1 ASPETTATIVE DEI CLIENTI / UTENTI DEI SERVIZI EROGATI DALL'ENTE

Individuazione dei clienti / utenti ed eventuale loro segmentazione in classi omogenee.

Aspettative dei clienti / utenti dei servizi erogati dall'Ente (vede carte dei servizi, etc.) relativamente alla prevenzione della corruzione e correlati obiettivi (vedi 6.2).

4.2.2 ASPETTATIVE DELLA PROPRIETA'

Assetti proprietari

Aspettative della proprietà relativamente alla prevenzione dei reati e correlati obiettivi (vedi 6.2) .

4.2.3 ASPETTATIVE DELL'ORGANO AMMINISTRATIVO DELL'ENTE

Individuazione dell'organo amministrativo dell'Ente.

Aspettative dell'organo politico relativamente alla prevenzione dei reati e correlati obiettivi (vedi 6.2).

4.2.4 ASPETTATIVE DEGLI ORGANI DI CONTROLLO DELL'ENTE

Individuazione dei principali organi di controllo dell'ente (OdV d.lgs. 231/01, Collegio Sindacale, etc.).

Aspettative degli organi di controllo relativamente alla prevenzione dei reati e correlati obiettivi (vedi 6.2).

4.3 REQUISITI ED APPLICABILITA' DEL MOG

4.3.1 APPLICABILITA' ALLE FATTISPECIE DI REATO



Le fattispecie di reato che rientrano nel campo di applicazione del MOG dell'ente sono richiamate dal d.lgs. 231/01.

Tali fattispecie sono soggette a dinamiche evolutive in funzione di variazioni del quadro normativo (aggiunta o modifica di nuove fattispecie di reato).

4.3.2 SOGGETTI DESTINATARI DEL MOG

D.lgs.
231/01

Art. 5 Responsabilità dell'ente



Organo amministrativo



Organi di controllo



Figure apicali (rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso)



Figure sottoposte alla direzione o vigilanza delle figure apicali



Collaboratori esterni e fornitori

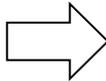
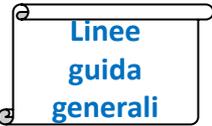
4.4 ADOZIONE DEL MOG

4.4.1 REQUISITI MINIMI IN TERMINI DI CONTENUTI

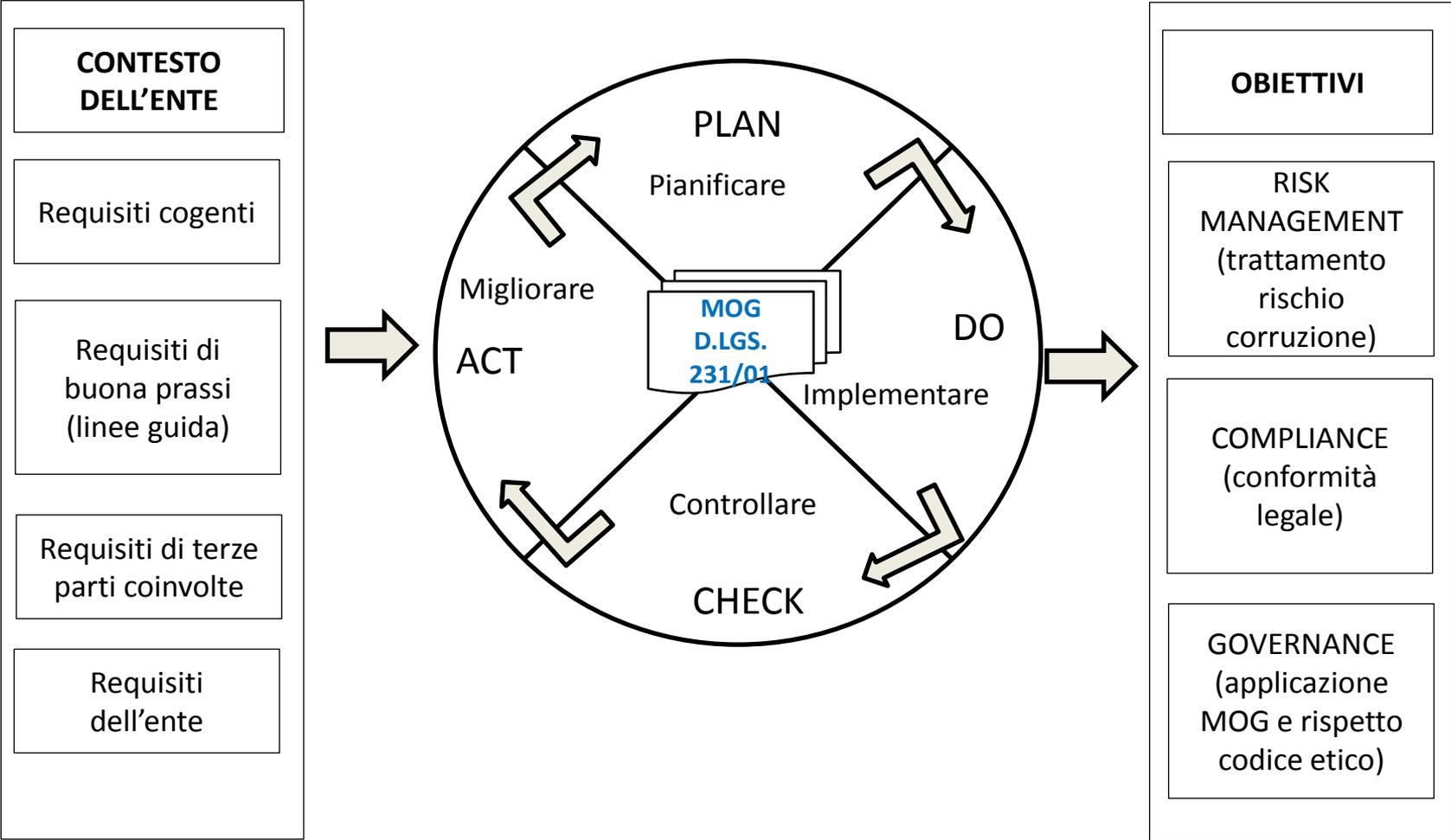


Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Art. 7 Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

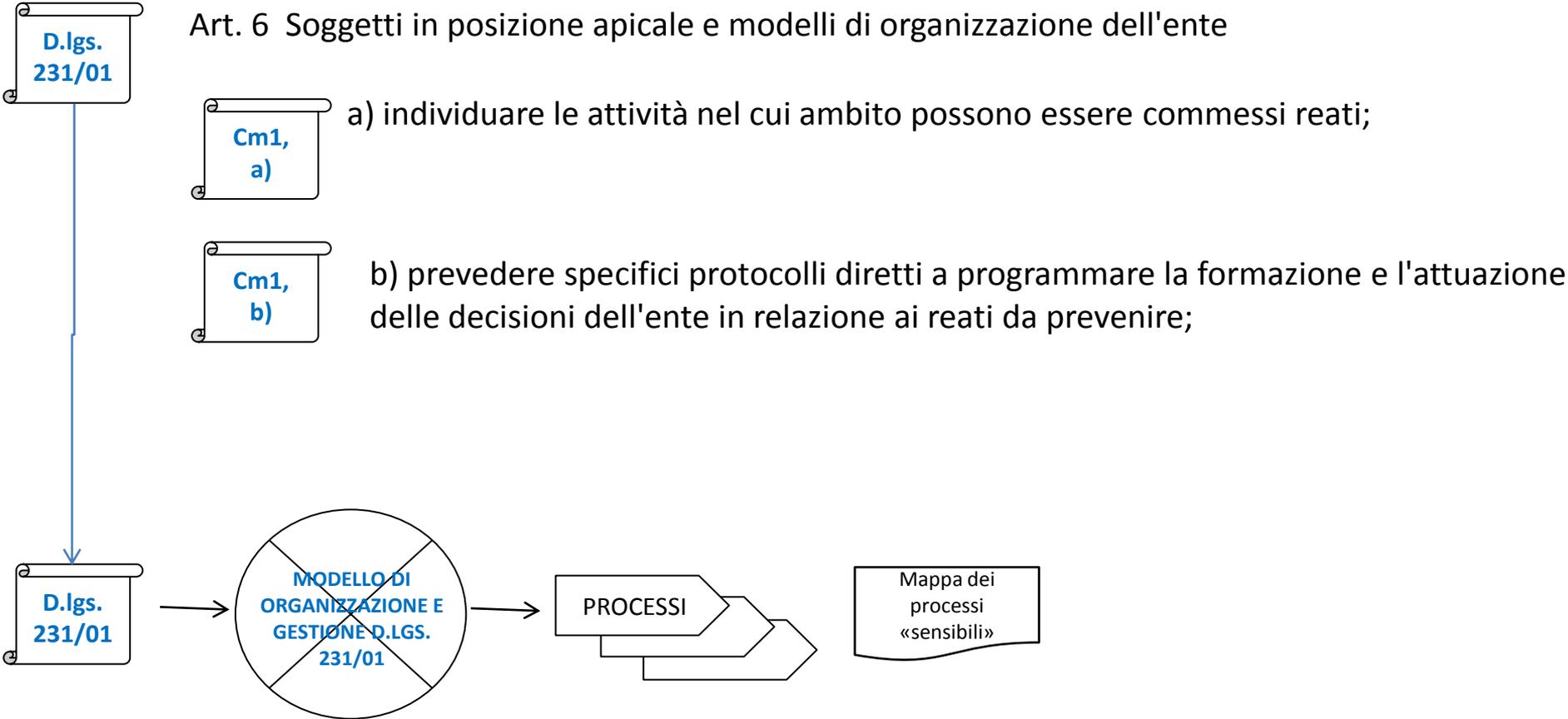


4.4.3 APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO DEL MOG



4.4.4 APPROCCIO PER PROCESSI

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente



4.4.5 APPROCCIO ALL'INTEGRAZIONE CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE

**D.LGS.
81/08**

Decreto legislativo n. 8 del 9 aprile 2008 “attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”.

Art.30 – Modelli di
Organizzazione e
Gestione

**BS
OHSAS
18001**

**BS
OHSAS
18001**

**PNA
2013**

3.1.1 I Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione - P.T.P.C. - e i modelli di organizzazione e gestione del d.lgs. n. 231 del 2001

**PNA
2013
ALL.1**

B.2 Modelli di organizzazione e gestione per la prevenzione del rischio per gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico

**ISO
20000-1**

Lo standard UNI EN ISO IEC 20000-1: 2011 “ tecnologie delle informazioni – gestione del servizio – parte 1: requisiti” specifica i requisiti per un sistema di gestione dei servizi IT. Si applica a tutte le aziende di ogni settore, IT e non IT. E’ uno standard certificabile da organismo terzo (ente di certificazione).

ISO 27001

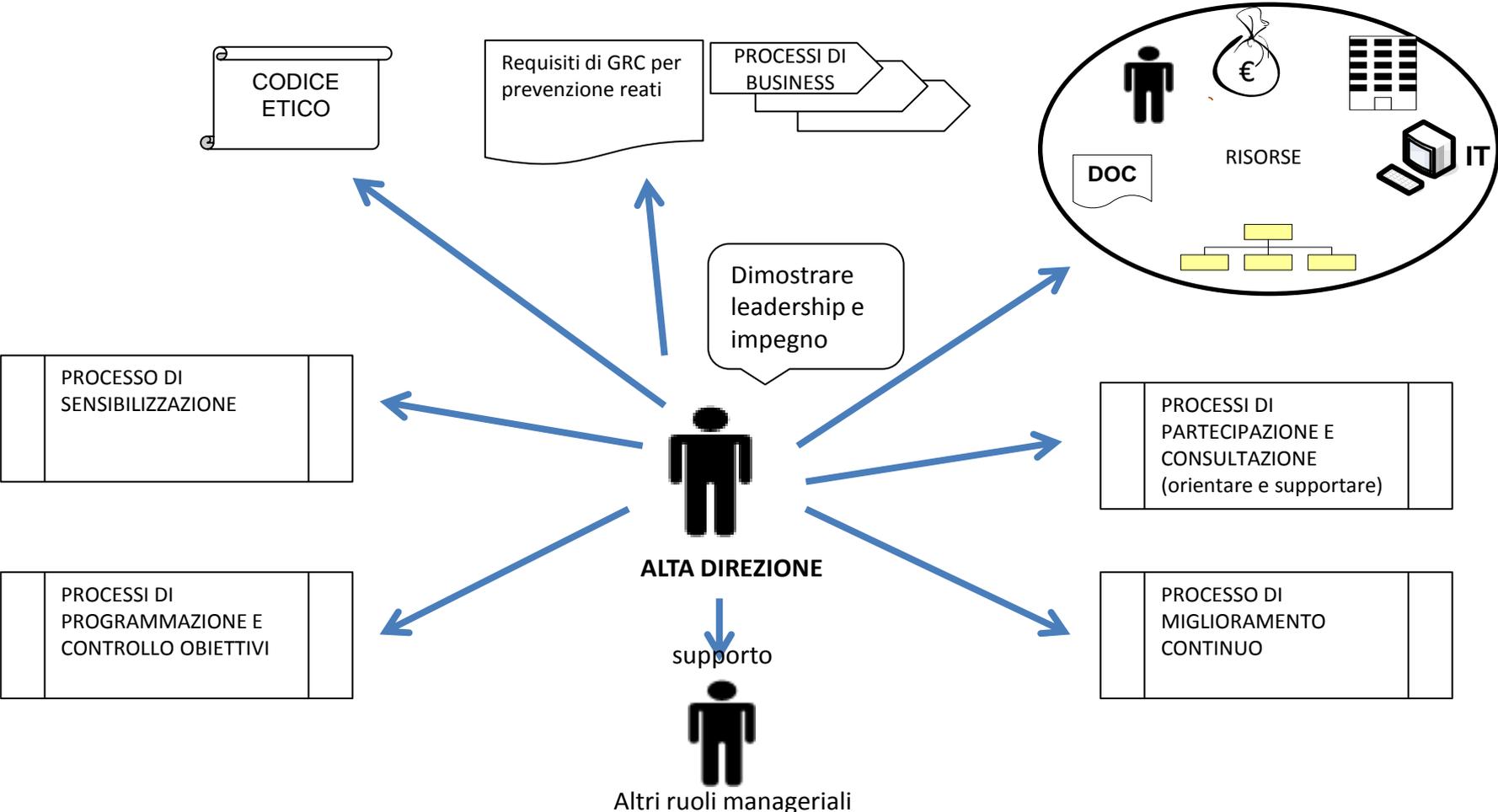
Lo standard UNI CEI ISO IEC 27001:2013 «tecnologie informatiche- tecniche per la sicurezza delle informazioni – sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni – requisiti» specifica i requisiti per un sistema di gestione per la sicurezza delle informazioni. E’ uno standard certificabile da organismo terzo (ente di certificazione).

ISO 22301

Lo standard ISO 22301: 2012 “Societal security — Business continuity management systems — Requirements” specifica i requisiti per un sistema di gestione per la continuità operativa.

5. DIREZIONE E INDIRIZZI PER LA PREVENZIONE DEI REATI

5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE



5.2 CODICE ETICO

CODICE ETICO

Codice Etico (d.lgs. 231/01)

Principi e indirizzi per evitare la commissione dei reati di cui al d.lgs. 231/01, inclusi i reati di corruzione e concussione.

Formalizza gli indirizzi che devono informare il comportamento dei soggetti destinatari (personale ma anche collaboratori, consulenti, fornitori, etc.) nello svolgimento delle attività di pertinenza al fine di prevenire la commissione di illeciti.

Mediante il codice etico l'ente dichiara espressamente che proibisce e condanna ogni comportamento illecito commesso a suo vantaggio o nel suo interesse dai soggetti destinatari.

CODICE DI
COMPORTAME
NTO

Codice di Comportamento (L. 190/12 anti corruzione)

Principi e indirizzi per assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

POLITICA
SISTEMI DI
GESTIONE

Politica dei sistemi di gestione (standard ISO)

Indirizzi per specifici sistemi di gestione (qualità, salute e sicurezza lavoro, ...).

POLITICA SGSL

5.3 RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA'

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Cm2,
b)

b) prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;

PIANO
GOVERNANCE

Piano della Governance

Descrive le attribuzioni e le modalità di esercizio dei poteri di indirizzo e di controllo ed il sistema di controllo interno all'ente.

PIANO
ORGANIZZATIVO

Piano Organizzativo

Descrive la struttura organizzativa (organigramma), le mansioni delle funzioni organizzative, individua i ruoli apicali, richiama i principali sistemi di gestione adottati dall'ente.

REGOLAMENTO
ODV

Regolamento OdV

Descrive composizione, funzionamento, nomina, revoca, autonomia di spesa, responsabilità e autorità dell'Organismo di Vigilanza

6. PIANIFICAZIONE

6.1 PIANIFICAZIONE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DEI REATI

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

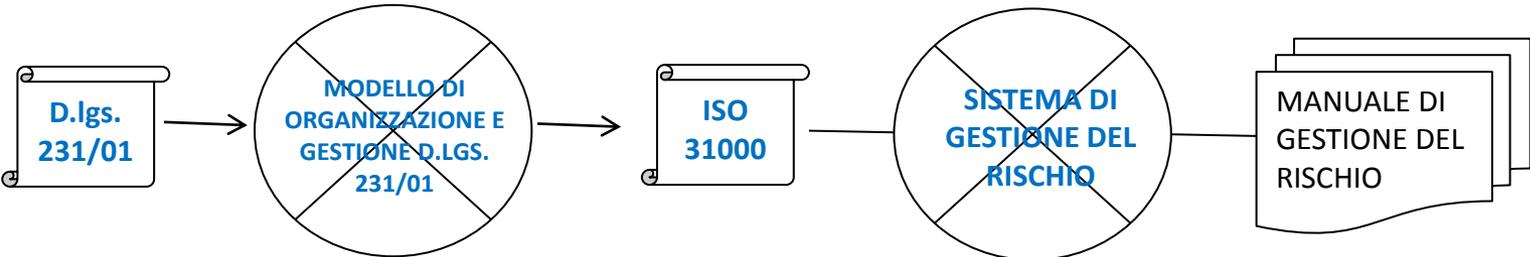
Cm1,
a)

a) individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;

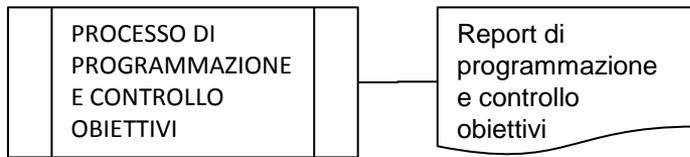
Art. 7 Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

Cm.3

3. Il modello prevede, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

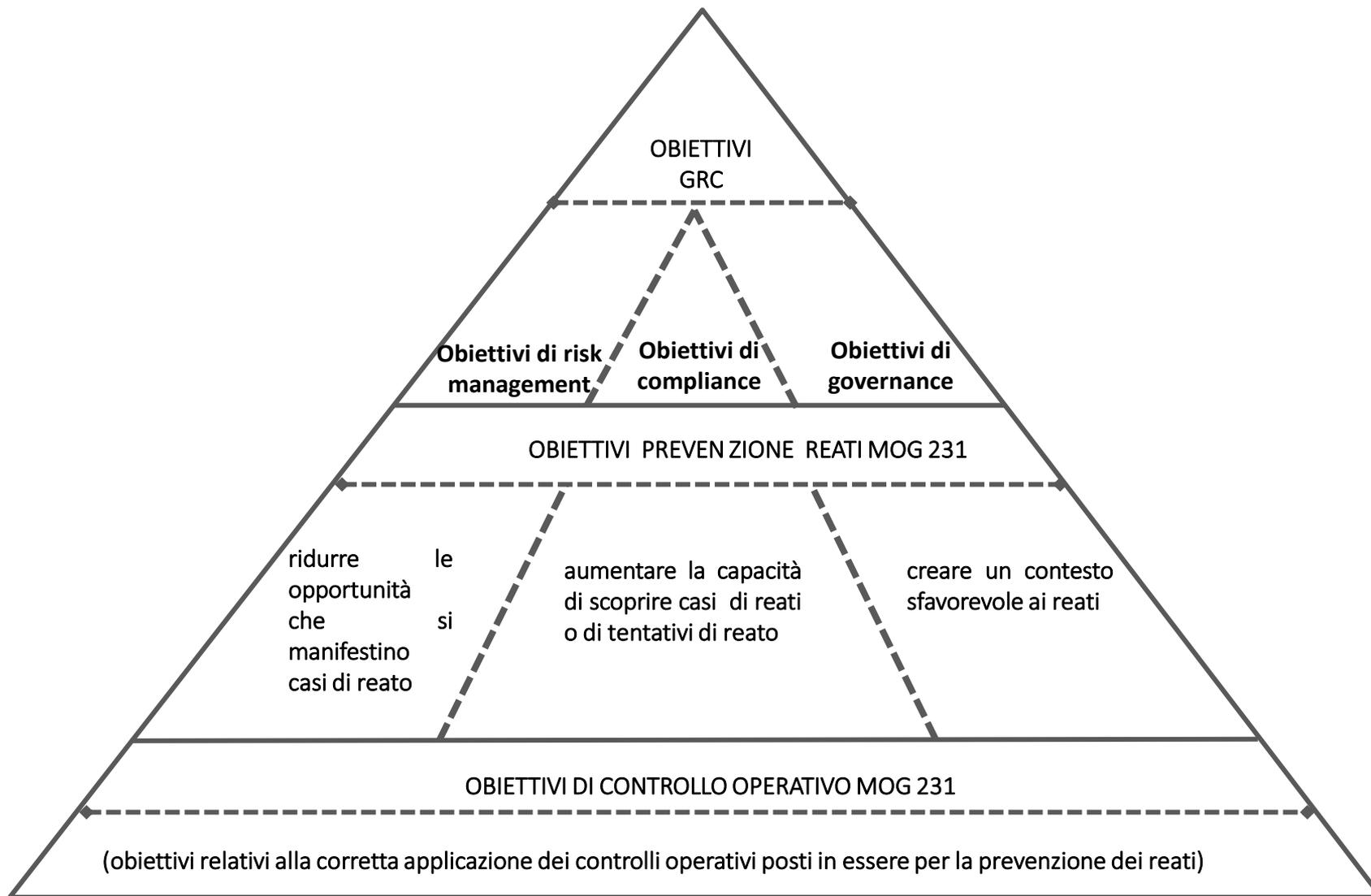


6.2 PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE



Per ogni obiettivo definire:

- a) Che cosa sarà fatto;
- b) Quali risorse saranno utilizzate;
- c) Chi sarà responsabile del perseguimento dell'obiettivo;
- d) Quando sarà completato;
- e) Come i risultati saranno valutati.



7. SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL MOG

7.1 RISORSE PER L'ATTUAZIONE DEL MOG

 Risorse umane (competenze e sensibilizzazione)

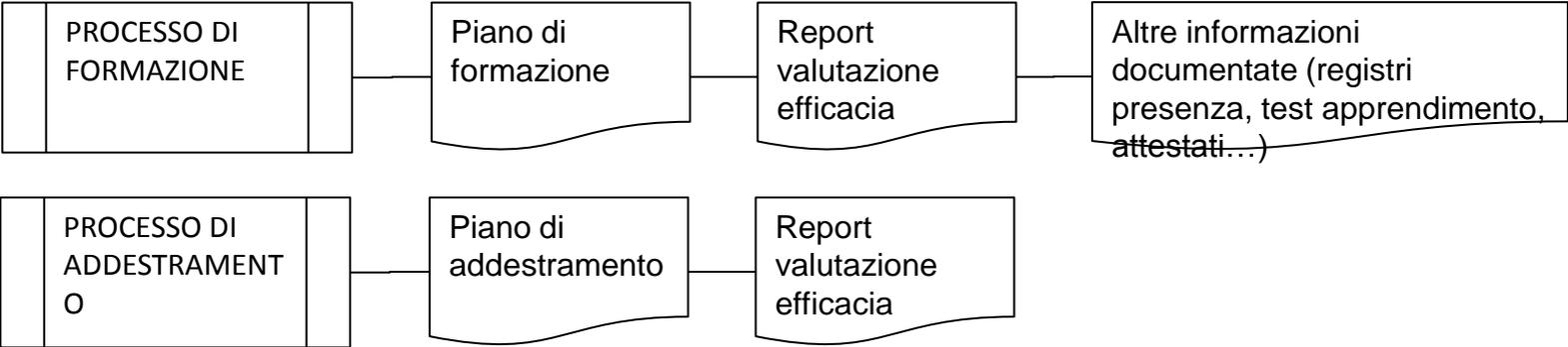
 Risorse informative (documenti e registrazioni)

 Risorse infrastrutturali (servizi Information Technology)

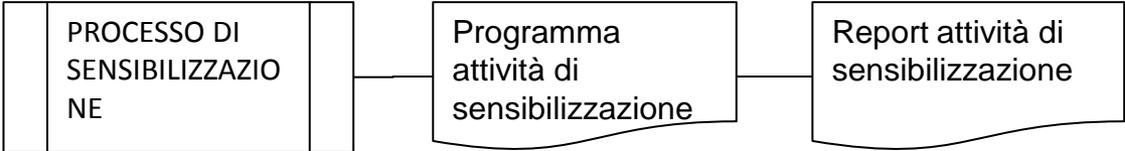
 Risorse finanziarie



7.2 COMPETENZE



7.3 CONSAPEVOLEZZA



7.4 COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE

7.4.1 COMUNICAZIONE DA E VERSO L'ODV

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Cm2,
d)

d) prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;

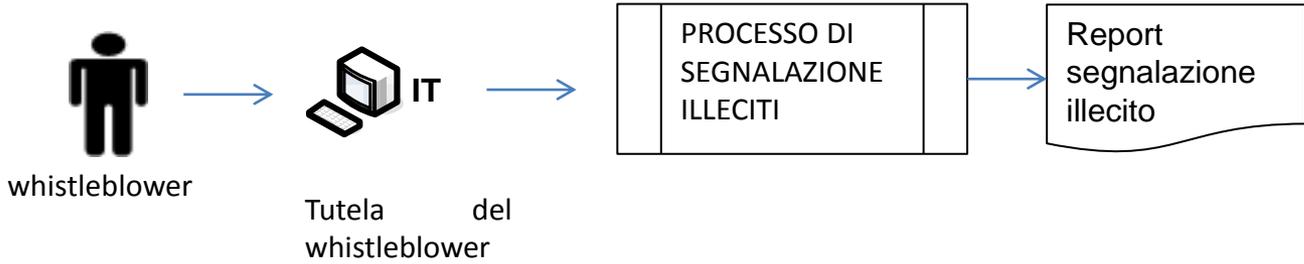
PROCESSO DI
PIANIFICAZIONE
COMUNICAZIONE

Piano di
comunicazione

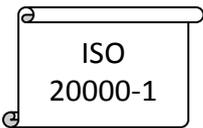
Piano di Comunicazione, che definisce:

- a) Cosa comunicare;
- b) Quando comunicare;
- c) Con chi comunicare;
- d) Chi dovrà comunicare;
- e) Le modalità di comunicazione

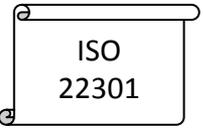
7.4.1.2 COMUNICAZIONE DI ILLECITI



Gestione della sicurezza delle informazioni



Gestione dei servizi IT



Gestione della continuità operativa

7.4.2 PARTECIPAZIONE E CONSULTAZIONE

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Cm1,
a)

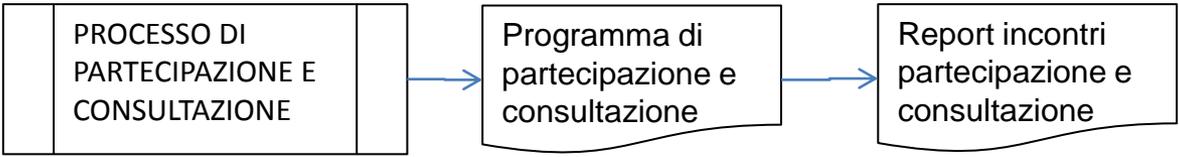
a) individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;



Risk Owner

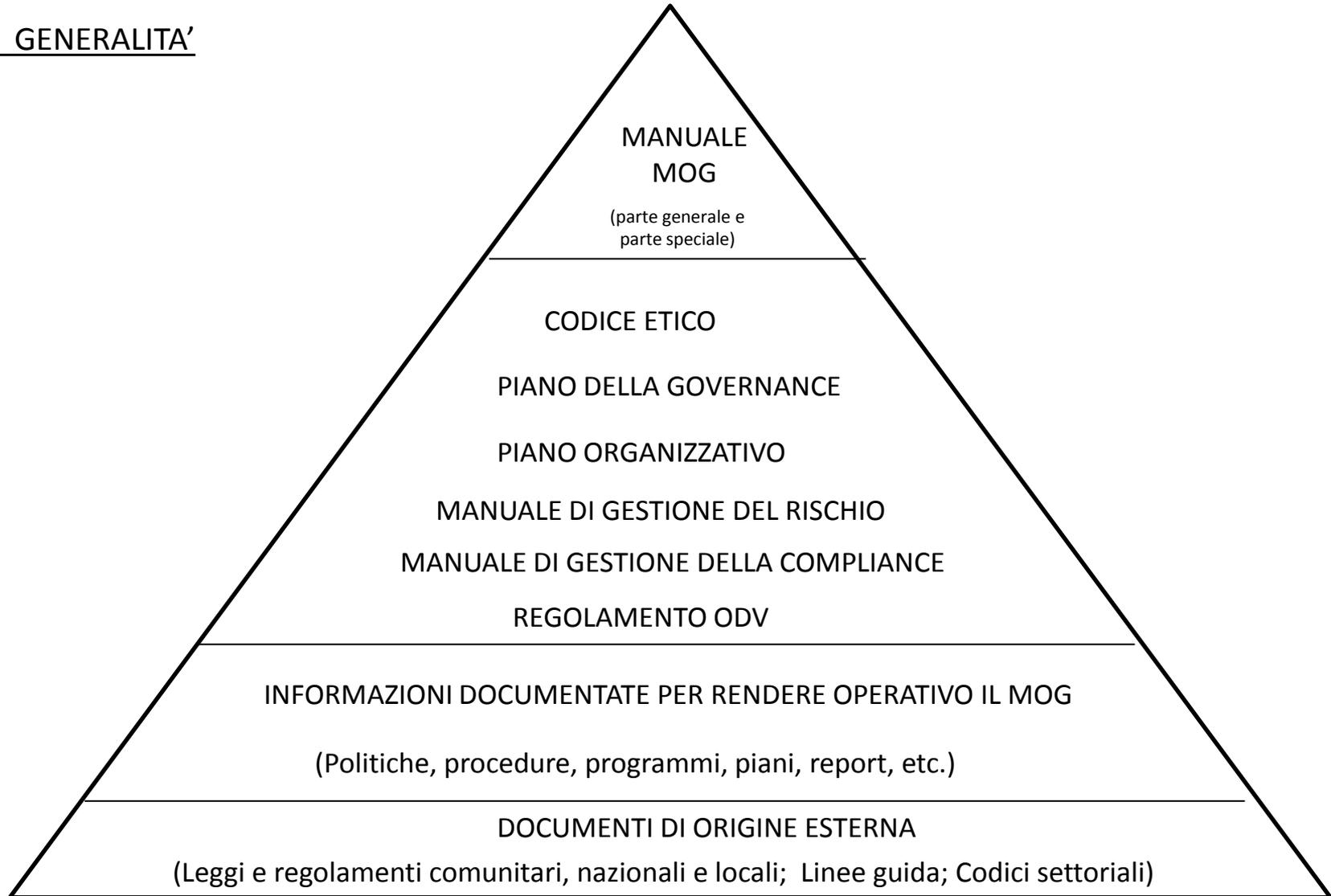


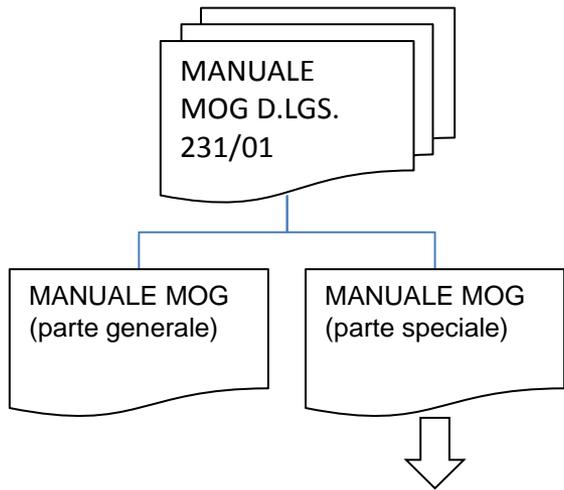
Figure apicali



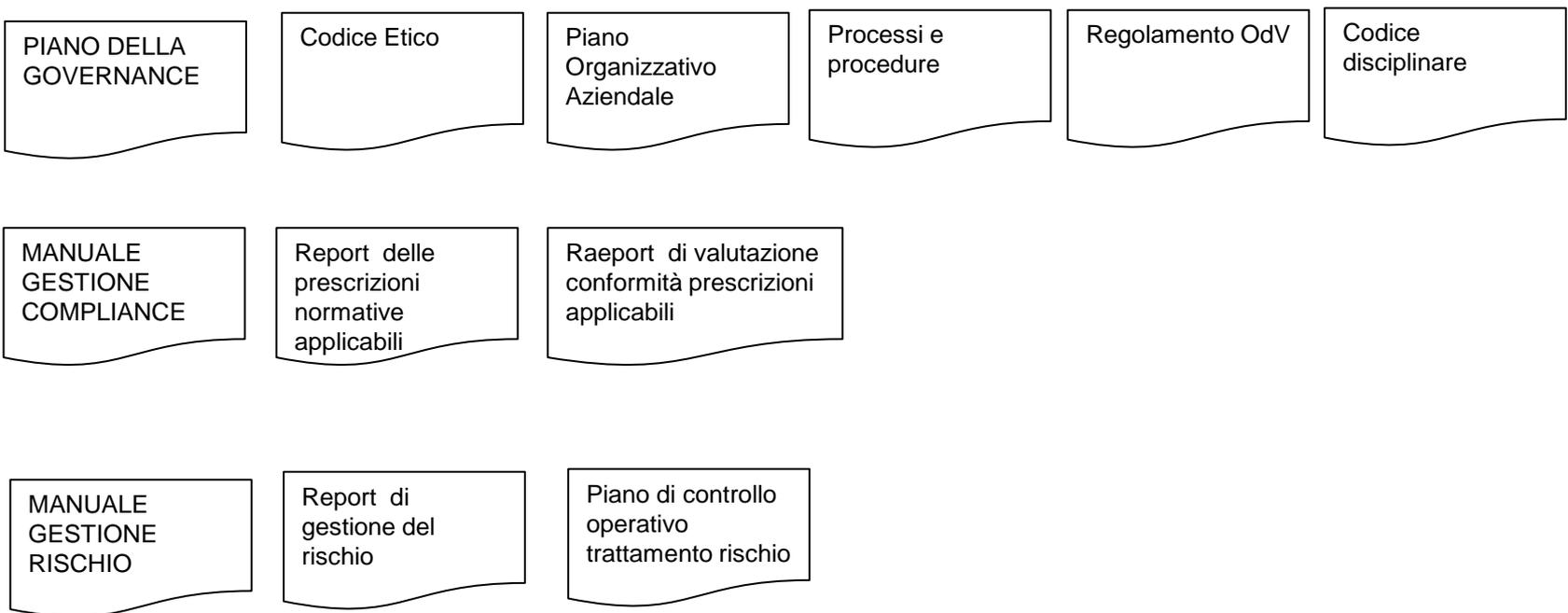
7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE RICHIAMATE DAL MOG

7.5.1 GENERALITA'

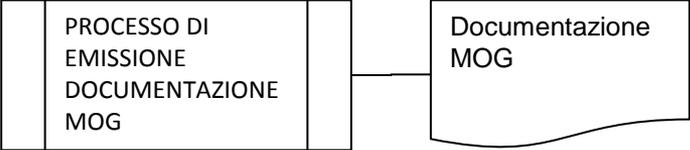




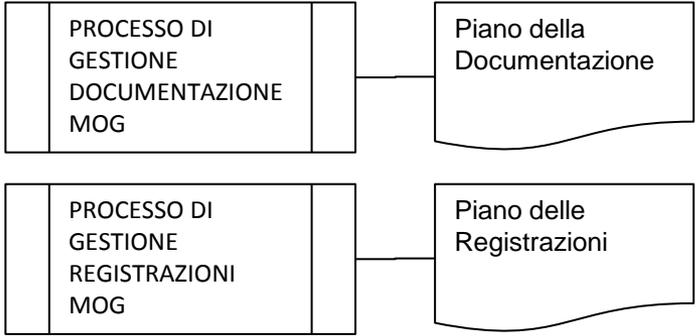
Richiama come allegati



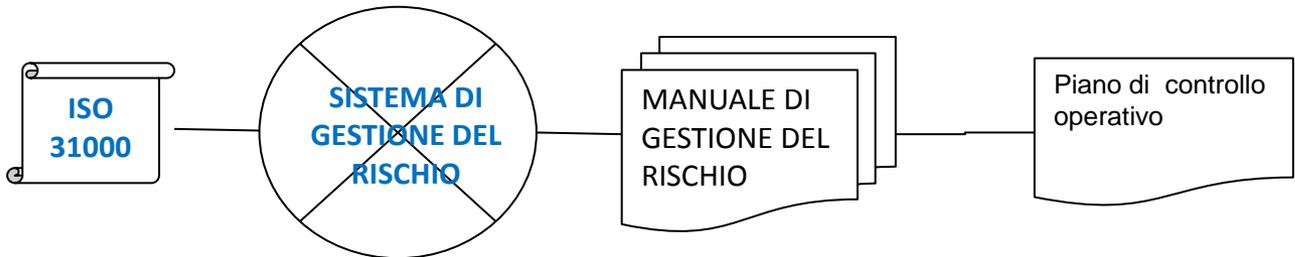
7.5.2 CREAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE



7.5.3 CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE



8. OPERATIVITA' DEL MOG



8.1 CONTROLLO OPERATIVO NELL'AREA RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Cm2,
c)

c) individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;

8.2 CONTROLLO OPERATIVO NELL'AREA RISORSE UMANE

	PROCESSO DI RECLUTAMENTO E SELEZIONE	
--	--------------------------------------	--

	PROCESSO DI FORMAZIONE	
--	------------------------	--

	PROCESSI GESTIONE PAGHE E CONTRIBUTI	
--	--------------------------------------	--



8.3 CONTROLLO OPERATIVO NELL'AREA APPROVVIGIONAMENTO

PROCESSO DI QUALIFICA E VALUTAZIONE FORNITORI	
--	--

PROCESSO APPROVVIGIONAME NTO	
------------------------------------	--

PROCESSO VERIFICHE IN APPROVVIGIONAME NTO	
--	--

**ISO
9001**

**BS
OHSAS
18001**

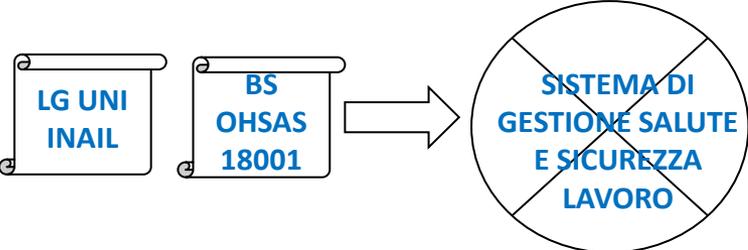
**ISO
14001**

**ISO
20000-
1**

**ISO
27001**

**ISO
22301**

8.4 CONTROLLO OPERATIVO NELL'AREA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO



9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL MOG

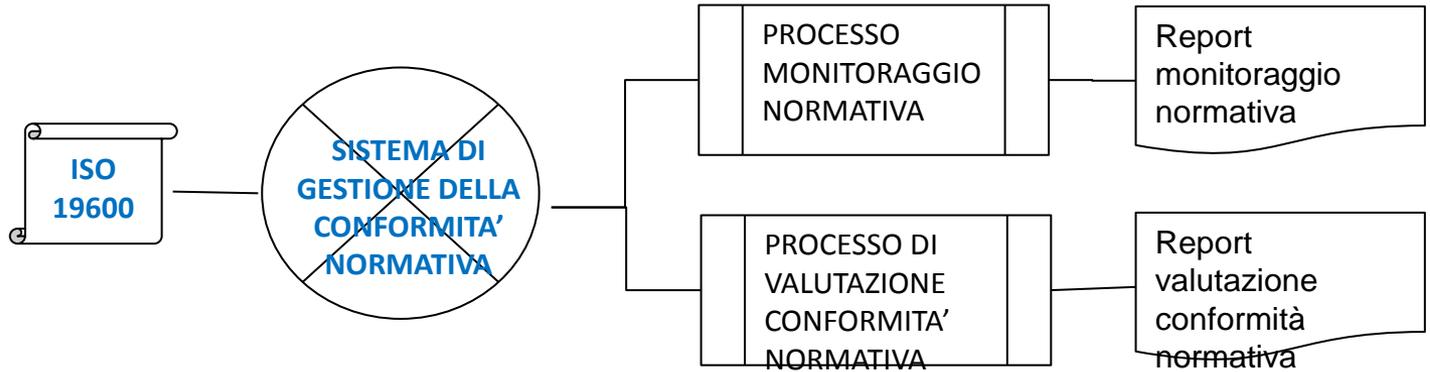
9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

9.1.1 GENERALITA'



- a) Cosa deve essere monitorato e misurato, inclusi i processi ed i controlli per la prevenzione della corruzione;
- b) I metodi per il monitoraggio, la misurazione, l'analisi e la valutazione per assicurare la validità delle rilevazioni;
- c) Quando i monitoraggi e le misurazioni devono essere svolte;
- d) Chi deve monitorare e misurare;
- e) Quando i risultati dei monitoraggi e delle misurazioni devono essere analizzati e stimati;
- f) Chi deve analizzare e stimare i risultati di tali rilevazioni.

9.1.2 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA CONFORMITA' NORMATIVA

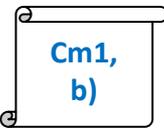


9.2 AUDIT



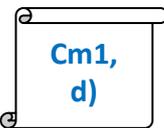
D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente



Cm1,
b)

b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;



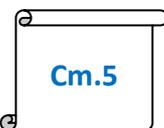
Cm1,
d)

d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b).



Cm.4

4. Negli enti di piccole dimensioni i compiti indicati nella lettera b), del comma 1, possono essere svolti direttamente dall'organo dirigente.

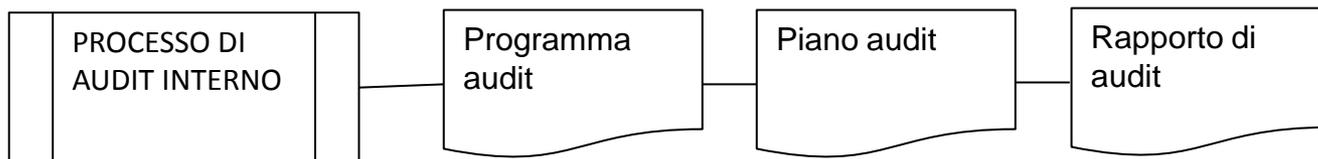


Cm.5

4-bis. Nelle società di capitali il collegio sindacale, il consiglio di sorveglianza e il comitato per il controllo della gestione possono svolgere le funzioni dell'organismo di vigilanza di cui al comma 1, lettera b)



standard UNI EN ISO 19011: 2012 «linee guida per audit sui sistemi di gestione»



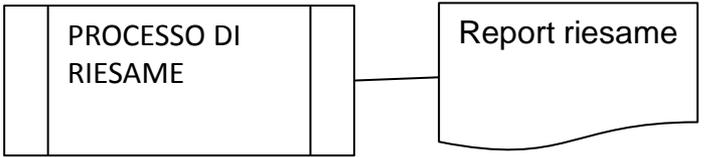
9.3 RIESAME DEL MOG

D.lgs.
231/01

Art. 7 Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

Cm.4,
a)

4. L'efficace attuazione del modello richiede:
a) una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;



10. MIGLIORAMENTO CONTINUO

10. 1 NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE

10.1.1 NON CONFORMITA'

D.lgs.
231/01

Art. 6 Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

Cm.2,
e)

e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Art. 7 Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

Cm.4,
b)

4. L'efficace attuazione del modello richiede:
b) un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

PROCESSO DI
GESTIONE NON
CONFORMITA'

Report non
conformità

CODICE
DISCIPLINARE

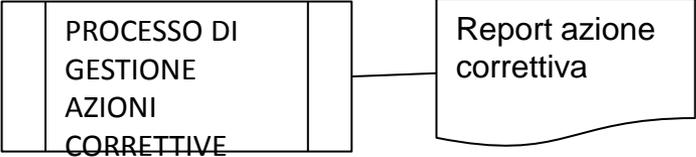
10.1.2 AZIONI CORRETTIVE

D.lgs.
231/01

Art. 7 Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

Cm.4,
a)

4. L'efficace attuazione del modello richiede:
a) una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;



10.2 MIGLIORAMENTO CONTINUO

