MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

SOMMARIO

Descrizione ..... pag. 1

Scopo ..... pag. 3

Campo di applicazione ..... pag. 3

Riferimenti ..... pag. 3

Definizioni ..... pag. 4

Validità ..... pag. 4

Responsabilità e monitoraggio ..... pag. 4

Mappatura dei Processi e Indicatori ..... pag. 4

1 Descrizione

Il presente documento intende schematizzare i processi principali dell'Opera Diocesana Assistenza e definire, per ciascuno di essi, i seguenti elementi:

- gli obiettivi generici e specifici "da raggiungere entro il";
- le variabili;
- il responsabile del processo;
- i requisiti del cliente che devono essere rispettati;
- gli elementi in ingresso (input) e gli elementi in uscita (output);
- gli elementi di comunicazione con il cliente dell'Opera Diocesana Assistenza;
  - le risorse necessarie;
  - le attività di prova e controllo;
  - gli indicatori del processo ed il relativo significato.

L'organizzazione ha identificato i seguenti processi aziendali:

A. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI / AL SERVIZIO

B. GESTIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO

C. CONTROLLO DI GESTIONE

Che riguarda il monitoraggio degli indicatori di gestione quali: saturazione del budget, numero di prestazioni erogate, monitoraggio dei costi di esercizio, monitoraggio dei costi del personale.

D. GESTIONE DELL'APPROVVIGIONAMENTO, che riguarda la gestione del rapporto con i fornitori (dalla qualifica al monitoraggio), l'emissione degli ordini d'acquisto, i controlli in accettazione, lo stoccaggio della merce. Facente capo a questo processo si considera anche l'attività del fornitore del servizio di pasti.

E. GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE, che riguarda la pulizia e sanificazione dei locali, la gestione e manutenzione delle attrezzature, la gestione dei dispositivi di monitoraggio e misurazione.

F. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE che riguarda la definizione delle esigenze di risorse, la definizione dei profili professionali, la selezione, l'assunzione, la formazione (interna e esterna).

G. MIGLIORAMENTO CONTINUO, che comprende Comunicazione, gestione documenti, riesame della Direzione, verifiche ispettive interne, azioni correttive, preventive, migliorative, non conformità, reclami, analisi dei dati, indicatori per il monitoraggio dei processi.

H.GESTIONE DELLA SICUREZZA che riguarda l'insieme delle procedure e delle istruzione operative che gestiscono la Sicurezza dei lavoratori e gli ambienti di lavoro, adempimenti obbligatori ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., procedure ai sensi della ISO 45001:2018.

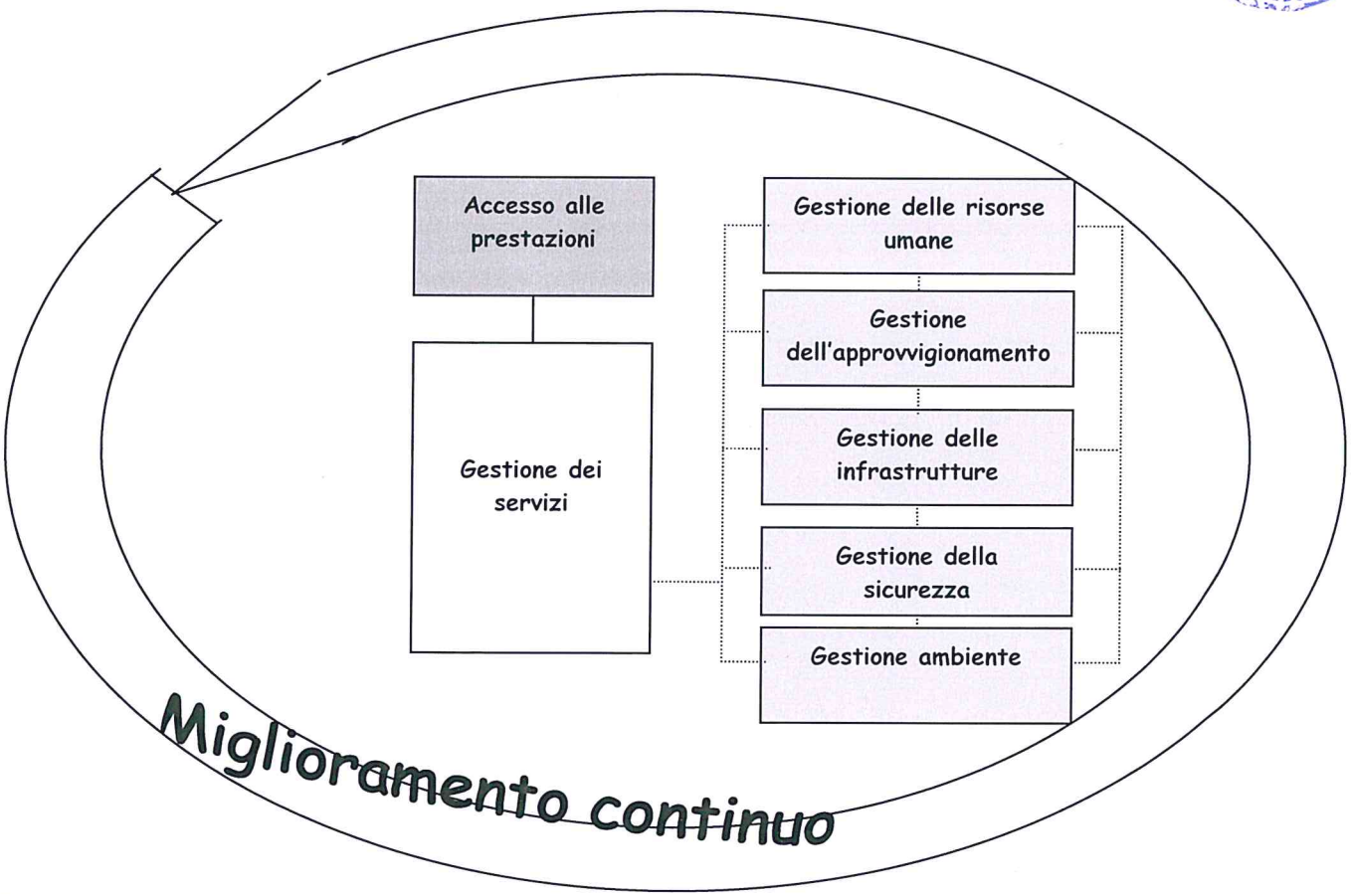
I. GESTIONE AMBIENTE che attiene all'insieme delle procedure e delle norme vigenti in materia di tutela ambientale.

Il processo A (Accesso alle prestazioni) costituisce l'input al processo B "Gestione del percorso riabilitativo". Gli altri Processi sono di supporto ai primi due. Tutti i superiori processi alimentano il "Miglioramento continuo", dal momento che da essi derivano tutte le informazioni utilizzate dalla Direzione in sede di revisione periodica del Sistema Qualità. Nell'ottica di un sistema di gestione integrato si è inserito il processo H a parte per la gestione della Sicurezza e il processo I per la gestione ambientale (al momento in fase di sviluppo).

La stesura del presente documento è a cura del CRSQ e/o altro personale ritenuto necessario. Il documento deve essere distribuito ai DMR, DA (ove previsti) e Referenti SQ dei singoli istituti che garantiscono la condivisone con il personale responsabile e coinvolto negli stessi processi, attraverso riunioni verbalizzate. Il documento deve essere revisionato almeno una volta l'anno (in sede di Riesame della Direzione) per valutare la necessità di apportare modifiche (ad es. perché vi sono nuove attività controllate dal SQ, perché vi sono nuovi elementi da tenere sotto controllo per l'emissione di nuove leggi di riferimento, ecc.), per stabilire nuovi obiettivi specifici ed eventualmente nuovi e/o diversi indicatori. In assenza di revisione del documento e in assenza di comunicazioni specifiche in merito, si intende che gli obiettivi da perseguire e gli indicatori da analizzare restano gli stessi.

La rilevazione periodica del raggiungimento degli obiettivi prefissati e dei valori degli indicatori è registrata e discussa in sede di riesame sul modulo Monitoraggio dei processi (M50).

Almeno 15 giorni prima del riesame il CRSQ, tramite i vari uffici e/o responsabili individuati, raccoglie i dati per elaborare il monitoraggio dei processi tramite la compilazione del "Prospetto degli indicatori", che diviene parte integrante dello stesso monitoraggio.



2 Scopo

Lo scopo del presente documento è quello di individuare e descrivere i processi aziendali, di esplicitare e pianificare sia a livello aziendale che delle singole strutture gli obiettivi da raggiungere in un determinato periodo di tempo e di definire gli indicatori che sono necessari per monitorare l'efficacia dei processi, con i relativi valori soglia.

Il presente documento, unitamente al "Prospetto indicatori" e "Monitoraggio dei processi" fornisce alla Direzione dell'ODA una visione globale della Fondazione, degli obiettivi e dell'andamento dei processi.

3 Campo di applicazione

La "Mappatura dei processi" riguarda i processi aziendali individuati nel paragrafo "Introduzione".

4 Riferimenti

Norma UNI EN ISO 9001:2015
Norma UNI EN ISO 45001:2018
MQ Manuale della Qualità
D.A. 17 giugno 2002, n. 890;
D.A. 17 aprile 2003, n. 463;
D.A. 2 marzo 2016, n. 319;
D.A. 17 maggio 2021, n. 346;
D.A. 09 agosto 2022, n.724.

5 Definizioni

Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita (gli elementi in entrata in un processo provengono generalmente dagli elementi in uscita da altri processi)
Requisito	Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
Istituto	La voce "istituto", a meno che non sia diversamente specificato, è utilizzata in questo documento per indicare i centri di riabilitazione.
RSG	Referenti qualità di struttura
CRSQ	Coordinatore Responsabile del Sistema Qualità
P.R.I.	Progetto Riabilitativo Individuale
C.d.R.	Centro di Riabilitazione
D.M.R.	Direttore Medico Resp.le
D.A.	Direttore Amministrativo (ove previsto)
Utente	Persona che afferisce ai servizi della struttura

6 Validità

La presente procedura è soggetta a verifica annuale da parte del CRSQ sulla base di eventuali indicazioni pervenute dai vari uffici della Fondazione o, se necessario, modificare gli indicatori. La mappatura viene sempre valutata ed eventualmente confermata nella sua validità durante il Riesame annuale della Direzione.

7 Responsabilità e fonte dei dati

E' responsabile del corretto svolgimento della procedura il CRSQ che si avvale della collaborazione dei RSG. E' cura del CRSQ raccogliere i dati dei vari indicatori al fini di poter redigere il monitoraggio. Inoltre, per ogni singolo processo vengono individuati responsabilità e fonte dei dati:

processo	Responsabilità	Fonte dei dati
A. Accesso al Servizio e prestazioni	DMR	Software 4.handy.it
B. Gestione Percorso Riabilitativo	DMR	Software 4.handy.it e Cartelle Cliniche
C. Controllo di gestione	Resp.le Ufficio Controllo Gestione e Ragioneria	Contabilità – gestione personale
D.GESTIONE DELL'APPROVVIGIONAMENTO	Ufficio Economato - Ragioneria	Contabilità
E. Gestione infrastrutture	Ufficio Tecnico	Registri manutenzione
F. Gestione Risorse Umane	Ufficio Personale	Fascicoli Personale – report annuale di controllo
G. Miglioramento Continuo	Ufficio Qualità	Modulistica di sistema
H. Gestione sicurezza	Ufficio Tecnico – RSPP	DVR – Piani di intervento – piani di manutenzione
I. Gestione ambiente	Ufficio Tecnico	Controlli periodici – economato per consumi

8 Mappatura e descrizione dei Processi

Di seguito vengono descritti, Processo per Processo, obiettivi, variabili, responsabilità e requisiti. Inoltre vengono definiti gli indicatori che verranno utilizzati nel monitoraggio.

PROCESSO A: 1. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEI CENTRI DI RIABILITAZIONE

OBIETTIVI DEL PROCESSO	• GARANTIRE IL RISPETTO DEI REQUISITI DEL SERVIZIO ESPLICITATI NELLA CARTA DEI SERVIZI • GARANTIRE IL RISPETTO DEI REQUISITI DEL SERVIZIO ESPLICITATI NELLA CONVENZIONE CON ASP. • MONITORARE GLI OBIETTIVI PREFISSATI SUL P.R.I.
DOCUMENTI CHE DESCRIVONO IL PROCESSO	• CARTA DEI SERVIZI • REGOLAMENTI INTERNI • GESTIONE C.D.R. P01
VARIABILI CHE INFLUENZANO IL PROCESSO	• TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO NECESSARIA • PATOLOGIA DEL PAZIENTE • DOMICILIO – PER IL DOMICILIARE • ETÀ DEL PAZIENTE
CLIENTE DEL PROCESSO	• UTENTE E FAMIGLIA • COMMITTENTE (COMUNE E AUSL)
RESPONSABILE DEL PROCESSO	• DIREZIONE MEDICA DELLA STRUTTURA
REQUISITI DEL CLIENTE DI ODA RIFERIBILI AL PROCESSO	• COMUNICAZIONE CHIARA CIRCA LE MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO • RISPETTO DEI REQUISITI DI ACCESSO AL SERVIZIO • RISPETTO DEI CRITERI DI GESTIONE DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE

RISORSE UMANE NECESSARIE

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
RACCOGLIERE LE PRENOTAZIONI DEGLI UTENTI E MANTENERE I CONTATTI	ASSISTENTE SOCIALE
ACQUISIRE EVENTUALI ESIGENZE /INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI AL TRATTAMENTO (DIVERSITÀ DI GENERE, DI LINGUA, CULTURA, ETNIA, RELIGIONE)	ASSISTENTE SOCIALE
PIANIFICARE LE VISITE PER ACCERTARE L'IDONEITÀ DEL RICHIEDENTE	EQUIPE DI SETTORE
EFFETTUARE LA VISITA PER ACCERTARE L'IDONEITÀ AL TRATTAMENTO E STENDERE BOZZA DEL PROGETTO RIABILITATIVO	EQUIPE DI SETTORE / MEDICO
ACQUISIRE I DOCUMENTI DEGLI UTENTI NECESSARI PER L'IMPEGNATIVA / RICOVERO E TRASMETTERLI ALLA AUSL	ASSISTENTE SOCIALE
PRESA IN CARICO DELL'UTENTE	EQUIPE DI SETTORE

ATTREZZATURE ED APPARECCHIATURE	• ATTREZZATURE D'UFFICIO
INPUT	• RICHIESTE ED ESIGENZE DEGLI UTENTI • DOCUMENTI NECESSARI PER L'IMPEGNATIVA • LISTA D'ATTESA CENTRALIZZATA A.S.P.(PER I SETTORI CONVITTO E SEMICONVITTO)
OUTPUT	• IMPEGNATIVA • PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (P.R.I.)
ELEMENTI DI COMUNICAZIONE CON L'UTENTE DI ODA	• CARTA DEI SERVIZI – PUBBLICAZIONI SITO INTERNET
PROVE E CONTROLLI	• VERIFICA ALMENO ANNUALE DELLA CARTA DEI SERVIZI • VISITA DI IDONEITÀ • RIESAME DEL CONTRATTO • INCONTRI DI SINTESI • AUDIT INTERNI SULLA QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31/12/2023	• **GARANTIRE LA SATURAZIONE IN TUTTI I SETTORI (OCCUPAZIONE DEL 100% DEI POSTI DISPONIBILI)** • **RAGGIUNGIMENTO DEL BUDGET ANNUALE ASSEGNATO DALL'ASP, ATTRAVERSO LA PROGRAMMAZIONE PREVENTIVA DELLE PRESTAZIONI (RAPPORTO EFFICACIA/EFFICIENZA)** • **Assenza di NC e reclami**

STRATEGIE PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
• RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI • CONTROLLO DI GESTIONE • COLLABORAZIONE TRA I DMR	DIREZIONI DEGLI ISTITUTI

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESP. RILEVAZIONE
1.	TEMPO TRA INSERIMENTO IN LISTA E IMPEGNATIVA	Monitorare i tempi di accesso alle prestazioni	annuale (con rilevazioni trimestrali)	< 6 mesi	controllo di gestione
2.	tempo totale tra visita e INIZIO TRATTAMENTO	Monitorare i tempi di accesso alle prestazioni	annuale (con rilevazioni trimestrali)	< 6 mesi	controllo di gestione
3.	TEMPO TRA INSERIMENTO IN LISTA E inizio trattamento	Monitorare i tempi di accesso alle prestazioni	annuale (con rilevazioni trimestrali)	< 6 mesi	controllo di gestione
4.	n.ro di trattamenti avviati rispetto alle richieste ricevute settori Ambulatoriale, domiciliare, Extramurale	monitorare la capacità di rispondere alle esigenze	trimestrale	per i settori convitto e semiconv non misurabile definire una soglia.	Assistente sociale (mod. m63)
5.	n.ro di non conformità relative al processo	monitorare il processo	annuale	non definita	rsq

PROCESSO B: GESTIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO

Obiettivi del processo	• RIDUZIONE DELLA DISABILITA' • MIGLIOR ADATTAMENTO FISICO E SOCIALE • REINSERIMENTO SOCIALI • MANTENIMENTO DELLE ABILITÀ ACQUISITE • ANALISI DEI RISCHI SPECIFICI
Documenti che descrivono il processo	• P01 GESTIONE CDR • PGSQ06 GESTIONE EMERGENZE • MANUALE HACCP • DVR
Variabili che influenzano il processo	• PATOLOGIA DELL'UTENTE • FAMIGLIA
Cliente del processo	• UTENTE / FAMIGLIA
Responsabile del processo	• DIREZIONE DELL'ISTITUTO
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• COMUNICAZIONE CHIARA SUL PROGETTO RIABILITATIVO • RISPETTO DELLA DIGNITÀ UMANA E DELLA PRIVACY • RISPETTO DELLE ESIGENZE DEGLI UTENTI • RISPETTO DELLE NORME IGIENICHE • QUALITÀ DEI PASTI (SERVIZIO RESIDENZIALE) • CONFORT DELLA STRUTTURA (CAMERE, SPAZI COMUNI, SPAZI ESTERNI) • ASSISTENZA PERSONALE ADEGUATA

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
DEFINIRE IL PROGETTO RIABILITATIVO /PIANO DI ASSISTENZA	EQUIPE DI SETTORE
EFFETTUARE VERIFICHE, RIESAMI E VALIDAZIONI DEL PROGETTO	EQUIPE DI SETTORE
PIANIFICAZIONE INSERIMENTO IN GRUPPO/ ASSEGNAZIONE TERAPISTI ED EDUCATORI	EQUIPE DI SETTORE
CONTROLLO STATO DI SALUTE / PRESCRIZIONI ALIMENTARI SPECIFICHE / PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE	MEDICO / MEDICO SPECIAL.
TRASCRIZIONE PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE, RILEVAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI / COMPILAZIONE SCHEDE INFERMIERISTICHE	INFERMIERE PROFESSIONALE
CONTROLLO IGIENE ASSISTITI	COLL. DIRETT.

Attrezzature ed apparecchiature	• RIF. INVENTARIO DELLE ATTREZZATURE
Input	• DIAGNOSI • DATI INERENTI LA FAMIGLIA, LO STATO SOCIALE • VISITA MEDICA • PERIODO DI OSSERVAZIONE
Output	• PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (CENTRI DI RIAB.)
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (CENTRI DI RIAB.)
Prove e controlli	• VALUTAZIONI PERIODICHE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PROGETTO • VALUTAZIONI PERIODICHE PER LA RICHIESTA DI PROROGA/DIMISSIONI • CONTROLLI DELLO STATO DI SALUTE DELL'UTENTE • CONTROLLI SULL'IGIENE PERSONALE DELL'UTENTE • CONTROLLI SULLA COMPLETEZZA DELLE REGISTRAZIONI PRESENTI IN CARTELLA CLINICA

PROCESSO B: GESTIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO

OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31/12/2023	✓ MIGLIORAMENTO DELLA INFORMATIVA CLINICA (IN CARTELLA CLINICA) DURANTE LA GESTIONE DELL'UTENTE IN CARICO ✓ GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA CARTELLA CLINICA

	ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
Strategie per il conseguimento degli obiettivi	• Implementazione delle funzioni del software 4handy.it nella parte dedicata alla gestione della documentazione clinica dell'utente	• DMR E DA • RESP.LE INFORMATICO • UFFICIO QUALITÀ

	INDICATORI	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE
1.	% dimessi volontariamente dal servizio per insoddisfazione nei confronti del cdr	qualità del servizio	annuale	<1%	DMR
2.	% dimessi per obiettivi raggiunti (esclusi decessi e ciclici) distinti per settore	Monitorare l'efficacia dei servizi	annuale	>85 %	DMR
3.	turn-over (n.ro dimessi /n.ro totale ammessi)	Monitorare l'efficacia dei servizi	anuale	<= 1,10	DMR
4.	non conformità emerse in occasione dei controlli sull'igiene dell'utente	monitorare l'attività del personaleaddetto alla pulizia degli utenti	annuale	<3% del totale NC emesse	DA/CD
5.	non conformità emerse sulla qualità della documentazione clinica (M84)	DA 890/2002	annuale	<1%	DMR
6.	n.ro di non conformità relative al processo	monitorare il processo	annuale	non definita	Referente sq

PROCESSO C: CONTROLLO DI GESTIONE

OBIETTIVI DEL PROCESSO	• GARANTIRE LA SATURAZIONE DEL BUDGET ASSEGNATO ALLE SINGOLE STRUTTURE • MONITORARE I LIVELLI PRESTAZIONALI PREFISSATI IN CONVENZIONE • MONITORARE I COSTI DI ESERCIZIO E DEL PERSONALE
DOCUMENTI CHE DESCRIVONO IL PROCESSO	• REGOLAMENTO 890 • ORGANIGRAMMA
VARIABILI CHE INFLUENZANO IL PROCESSO	• ASSENZE DEL PERSONALE • AUMENTO DEI COSTI
CLIENTE DEL PROCESSO	• ODA
RESPONSABILE DEL PROCESSO	• UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE (VEDI ORGANIGRAMMA E REGOLAMENTO 890)
REQUISITI DEL CLIENTE DI ODA RIFERIBILI AL PROCESSO	• UTENZA - PERSONALE - FORNITORI

RISORSE UMANE NECESSARIE

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE (PRESENZE / ASSENZE)	AMMINISTRATIVI DEI CDR
MONITORAGGIO DELLA SPESA UTENZE E FORNITORI	REFERENTE ECONOMO STRUTTURA - ECONOMATO CENTRALE
MONITORAGGIO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE E COSTI DERIVANTI	UFFICIO RISORSE UMANE
MONITORAGGIO DEI BUDGET ASSEGNATI ALLE STRUTTURE	UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE

ATTREZZATURE ED APPARECCHIATURE	• ATTREZZATURE D'UFFICIO
INPUT	• DATI CONTABILI SOFTWARE "4.HANDY.IT" • FATTURE FORNITURE E BOLLETTE UTENZE • RETRIBUZIONI E COMPENSI PERSONALE E COLLABORATORI
OUTPUT	• BILANCIO CONSUNTIVO • DEFINIZIONE TETTI DI SPESA
ELEMENTI DI COMUNICAZIONE CON L'UTENTE DI ODA	• PUBBLICAZIONI SITO INTERNET
PROVE E CONTROLLI	• RIESAME DELLA DIREZIONE • AUDIT INTERNI
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31/12/2023	• GARANTIRE I LIVELLI PRESTAZIONALI • RAGGIUNGERE IL BUDGET ASSEGNATO DALL'ASP ALLE VARIE STRUTTURE COME DA CONVENZIONE UNICA • MANTENIMENTO DEI TETTI DI SPESA • ASSENZA DI NC E RECLAMI

STRATEGIE PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
• RAZIONALIZZAZIONE DEI COSTI E DEI SERVIZI • CONTROLLO DI GESTIONE • COLLABORAZIONE TRA I RESPONSABILI DEI VARI SERVIZI	UFFICI DELLA FONDAZIONE E DIREZIONI DEGLI ISTITUTI

	INDICATORI	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESP. RILEVAZIONE
1.	Indice di prestazione della pianificazione	monitoraggio delle prestazioni erogate e previsioni del raggiungimento del badget	mensile	VP= Valore pianificato Vm= valore misurato SPI= VM	controllo di gestione
2.	Capacità delle risorse	Scostamento tra il totale monte ore definito (MOD) dagli standards regionali e il monte ore lavorative (MOL) effettivamente svolte (su base settimanale)	annuale	SRP = MOD/MOL	controllo di gestione
3.	grado di saturazione per tutti i settori	monitorare la produttività	mensile	N. prestazioni effettuate/n. prestazioni previste oltre 90%	controllo di gestione
4.	monte ore att. libero prof. (<50% att. ambulatoriale complessiva)	monitorare il rispetto del da 890/02, attraverso gli standard	annuale	. <50% att. ambulatoriale complessiva	controllo di gestione
5.	n.ro di non conformità relative al processo	monitorare il processo	annuale	non definita	RSQ

PROCESSO D: GESTIONE DELL'APPROVVIGIONAMENTO

PROCESSO D: GESTIONE DELL'APPROVVIGIONAMENTO

Obiettivi del processo	• GARANTIRE I SERVIZI DI SUPPORTO ALL'UTENZA AL MIGLIOR RAPPORTO QUALITÀ/PREZZO
Documenti che descrivono il processo	• PGAE01 APPROVVIGIONAMENTO • MANUALE HACCP • QUALIFICA FORNITORI
Variabili che influenzano il processo	• SEDE DEL FORNITORE • TEMPI DI EVASIONE DELL'ORDINE DA PARTE DEL FORNITORE • COMPETITIVITÀ • RAPPORTO QUALITÀ / PREZZO
Cliente del processo	• ODA
Responsabile del processo	• RESPONSABILE UFFICIO ECONOMATO
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• QUALITÀ DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI OFFERTI

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
GESTIONE DEL RAPPORTO CON I FORNITORI	RESP. UFF. ECONOMATO
EMETTERE RICHIESTE DI ACQUISTO	DIRETT. AMM.
RACCOGLIERE RICHIESTE	RESP. UFF. ECONOMATO
PREPARARE ORDINE D'ACQUISTO	RESP. UFF. ECONOMATO
APPROVARE ORDINE / APPROVARE RICHIESTE	PRESIDENTE / RUE
CONTROLLARE LE DATE DI SCADENZA DEI MATERIALI, PRODOTTI IMMAGAZZINATI	EP
COMPILARE IL REGISTRO DI CARICO / SCARICO	EP

Attrezzature ed apparecchiature	• TELEFONO, FAX, PC, ATTREZZATURE D'UFFICIO
Input	• RICHIESTE DI APPROVVIGIONAMENTO
Output	• ORDINE D'ACQUISTO
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• GARANZIA SULLA QUALITÀ E CONGRUITÀ DEI BENI FORNITI
Prove e controlli	• CONTROLLI IN ACCETTAZIONE DEI BENI / SERVIZI ACQUISTATI • MONITORAGGIO FORNITORI • AGGIORNAMENTO REGISTRO CARICO E SCARICO • CONTROLLO DATE DI SCADENZA DEI FARMACI • CONTROLLO DATE DI SCADENZA DEI GENERI ALIMENTARI
Obiettivi da conseguire entro il 31/12/2023	• USO CONTINUATIVO E COMPLETO DEL SOFTWARE DI MAGAZZINO: IMPLEMENTAZIONE • RIDURRE I COSTI DELLE FORNITURE DI MATERIALE VARIO E DI CONSUMO • NON SUPERARE IL BUDGET ASSEGNATO

Strategie per il conseguimento degli obiettivi

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
• RIVOLGERSI ALLA GRANDE DISTRIBUZIONE CON ANALISI PERIODICA DEI PREZZI DEI BENI • ATTIVAZIONE DI UN SOFTWARE DI GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO CONDIVISO CON LE STRUTTURE	• R.U.E.

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	CDR UFF.CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE
1.	n.ro di non conformità relative al processo	----------	monitoraggio del processo	annuale	non definita	rsq
2.	non conformitàè relative al servizio di preparazione pasti (esterno)	strutture con servizio esterno di mensa	capacità del fornitore di rispondere alle esigenze aziendali	annuale	< 5% delle forniture	E.P.
3.	Non conformità in accettazione della merce, che hanno impatto sull'erogazione del servizio	tutti	capacità del fornitore di rispondere alle esigenze aziendali	annuale	< 10% delle forniture	rsq
4.	tempo intercorso dall'ordine alla consegna della merce	tutti	verifica tempi di fornitura	annuale	< 10 gg	E.P. / E.C.
5.	perdita di qualità dei prodotti / servizi forniti	tutti	monitoraggio della qualità del bene/servizio	ANNUALE	< 5% delle forniture	E.C./E.P.

PROCESSO E: GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE

Obiettivi del processo	• GARANTIRE L'AFFIDABILITÀ DELLE INFRASTRUTTURE ED IL RISPETTO DEI REQUISITI COGENTI • GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI PULIZIA E IGENIZZAZIONE DEGLI AMBIENTI
Documenti che descrivono il processo	• D.A. SANITÀ 17/06/2002 N. 890 (ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA) • PGA001 GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE • PGSQ04 GESTIONE STRUMENTI DI MISURA
Variabili che influenzano il processo	• GUASTI O MALFUNZIONAMENTI NELLE INFRASTRUTTURE • GUASTI DELLE APPARECCHIATURE
Cliente del processo	• ODA
Responsabile del processo	• RESPONSABILE UFFICIO TECNICO (RESPONSABILE MANUTENZIONE) • DA/CD PER LA PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTI
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• INFRASTRUTTURE EFFICIENTI • RISPETTO DELLE LEGGI SULL'IGIENE DEGLI AMBIENTI

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
PULIZIA DEI LOCALI	AUSILIARI
ESEGUIRE LA MANUTENZIONE DELLE INFRASTRUTTURE	ADDETTI ALLA MANUTEN.
INVENTARIARE LE ATTREZZATURE	RESP. TECNICO
PREPARARE PIANO DI MANUTENZIONE	RESP. TECNICO
CONSUNTIVARE MANUTENZIONE	ADDETTI ALLA MANUTENZ.
CONTROLLARE LO STATO DI TARATURA DEGLI STRUMENTI	RESP. STRUMENTO
EFFETTUA TARATURA APPARECCHIATURE (FRIGORIFERI, TERMOMETRI A SONDA)	CSRQ

Attrezzature ed apparecchiature	• STRUMENTI TARATI • CASSETTE DEGLI ATTREZZI • PRODOTTI PER LA SANIFICAZIONE
Input	• RICHIESTA INTERVENTO DI MANUTENZIONE • PIANO DELLE PULIZIE
Output	• AGGIORNAMENTO SCHEDA ATTREZZATURA • RAPPORTO DI CONSUNTIVAZIONE INTERVENTO DI MANUTENZIONE • SCHEDE DI SANIFICAZIONE
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• ----------
Prove e controlli	• CONTROLLO DISPOSITIVI ANTINCENDIO E ALTRE INFRASTRUTTURE • CONTROLLI MICROBIOLOGICI PER VERIFICARE LE CONDIZIONI IGIENICHE • VERIFICA PERIODICA DEL DISPOSITIVO DI MESSA A TERRA • CONTROLLO TEMPERATURA FRIGORIFERI • CONTROLLO STATO DI TARATURA DEI TERMOMETRI • MANUTENZIONE PROGRAMMATA
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31/12/2023	• IMPLEMENTAZIONE SISTEMI DI ENERGIA ALTERNATIVA PER IL RISCALDAMENTO, ENERGIA ELETTRICA E ACQUA SANITARIA • AGGIORNAMENTO IMPIANTI ED ATTREZZATURE AL FINE DEL MIGLIORAMENTO DELLA FUNZIONALITA' • IMPLEMENTAZIONE ED AGGIORNAMENTO DELLE ATTREZZATURE INFORMATICHE • UTILIZZO DI PRODOTTI PER LA SANIFICAZIONE A MINOR IMPATTO AMBIENTALE

Strategie per il conseguimento degli obiettivi

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
CONTROLLO/SUPERVISIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	--------
BUDGET PER DETERSIVI E DISINFETTANTI – MATERIALE PER LA PULIZIA	

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	CDR/CASE UFF.CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESP. RILEVAZIONE
1.	N.RO DI NON CONFORMITÀ RELATIVE AL PROCESSO	ISTITUTI	MONITORAGGIO DEL PROCESSO	ANNUALE	< 5% DELLE SEGNALAZIONI	RSQ
2.	ANALISI MICROBIOLOGICHE - SULLE SUPERFICI, SULLE MANI, ECC. - SULL'ACQUA	MONITORARE IL SISTEMA DI PULIZIE E IL SISTEMA DI AUTOCONTROLLO		ANNUALE SEMESTRALE	NEI LIMITI (REFERTO)	RESP. HACCP
3.	APPROVVIGIONAMENTO MATERIALE DI PULIZIA	ISTITUTO	MONITORAGGIO COSTI	ANNUALE	Entro il 5% del budget di struttura	ECONOMATO
4.	ORE DI FERMO MACCHINA	ISTITUTI	DA 890/2002	ANNUALE	< 6 PER MACCHINA PER ANNO	DA/RESP. TECNICO
5.	TIPOLOGIA E FREQUENZA DEI GUASTI	ISTITUTI	DA 890/2002	ANNUALE	< 3 GUASTI PER TIPOLOGIA/PER MACCHINA/ PER ANNO	DA/RESP. TECNICO
6.	TIPOLOGIA E COSTO DELLE PARTI DI RICAMBIO	ISTITUTI	DA 890/2002	ANNUALE	MANCANO DATI STORICI	DA/RESP. TECNICO
7.	CONSUMI AUTOMEZZI AZIENDALI	AUTOPARCO	MONITORAGGIO CONSUMI	ANNUALE	ENTRO € 20.000	RESP. AUTOPARCO
8.	MANUTENZIONE AUTOMEZZI	AUTOPARCO	MONITORAGGIO COSTI	ANNUALE	ENTRO € 30.000	RESP. AUTOPARCO

PROCESSO F: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Obiettivi del processo	• EROGARE SERVIZI CONFORMI ALLO STANDARD INDICATO NELLA CARTA DEI SERVIZI • RISPETTO DEGLI STANDARDS REGIONALI DI RIFERIMENTO
Documenti che descrivono il processo	• PGSQ03 GESTIONE RISORSE
Variabili che influenzano il processo	• MOTIVAZIONE DEL PERSONALE • ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE
Cliente del processo	• PERSONALE DEL ODA
Responsabile del processo	• RESPONSABILE DEL PERSONALE
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• IMPIEGO DI PERSONALE MOTIVATO ED ADDESTRATO • RISPETTO DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE, DELLE NORME PREVIDENZIALI E DI SICUREZZA SUL LAVORO

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
ESPLETARE GLI ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI RIGUARDANTI IL PERSONALE	R.U.
AGGIORNARE LE SCHEDE DEL PERSONALE	DA/CD
PIANIFICARE I TURNI DI LAVORO	CD
PIANIFICARE LA FORMAZIONE	RESP. FORM.
RELAZIONARE SULLA FORMAZIONE EROGATA NELL'ANNO	DMR RESP. FORMAZIONE

Attrezzature ed apparecchiature	• DATABASE DI GESTIONE DEL PERSONALE
Input	• CONVENZIONE • SCHEDE RUOLO PROFILO • CURRICULA
Output	• ASSUNZIONI / CONTRATTI DI COLLABORAZIONE • VERBALI DI FORMAZIONE
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• RECLAMI RELATIVI AL COMPORTAMENTO DEL PERSONALE
Prove e controlli	• SELEZIONE DEL PERSONALE • VERIFICA EFFICACIA ADDESTRAMENTO • VALUTAZIONE PRESTAZIONI COLLABORATORI • QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE OPERATORI (D.A. 890/2002)
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31.12.2023	• **CONTENIMENTO DEI COSTI DEL PERSONALE** • **RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE** • **MIGLIORAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PRESTAZIONI RIABILITATIVE DA ESEGUIRE**

Strategie per il conseguimento degli obiettivi

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
• RAZIONALE UTILIZZO DEL PERSONALE	• A.D.

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	CDR UFF.CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE
1.	n.ro di crediti ecm (personale sanitario)	CdR	monitoraggio requisiti DA 890/02 e d.Lgs 30/12/1992 n. 502	Triennale	150 ecm per singolo operatore (fatte salve le riduzioni stabilite dalla Commissione ECM)	DA
2.	performance personale	CdR	monitoraggio perfomance del personale (DA 436/2021)	annuale	≥30	DA - DMR
3.	n.ro di non conformità relative al processo	----------	monitoraggio del processo	annuale	non definito	RSQ
4.	ore di formazione per alimentaristi	tutti	rispetto legge haccp	triennale	≥12 ore	Resp.Le formazione
5.	reclami relativi a carenze nei rapporti interpersonali	tutti	DA 890/02	annuale	<10	URP

Processo G: MIGLIORAMENTO CONTINUO

Obiettivi del processo	• ASSICURARE IL MIGLIORAMENTO CONTINUO
Documenti che descrivono il processo	• MANUALE DELLA QUALITÀ • MAPPATURA DEI PROCESSI • GESTIONE DOCUMENTI PGSQ00 • CONTROLLO DELLE NON CONFORMITÀ E DEI RECLAMI. GESTIONE DELLE A. CORR. E PREV.E – PGSQ01 • VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE PGSQ02 • Monitoraggio dei processi PGSQ05
Variabili che influenzano il processo	• MOTIVAZIONE E SENSO DELLA POSIZIONE DA PARTE DEL PERSONALE
Cliente del processo	• ODA
Responsabile del processo	• RD -CSRQ
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• PIENA CONFORMITÀ DEL SERVIZIO

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
ASSICURARE L'APPLICAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ	RD
GESTIRE LA DOCUMENTAZIONE DEL S.Q. ED I RAPPORTI CON L'ENTE DI CERTIFICAZIONE	CRSQ
REGISTRARE LE NON CONFORMITÀ	RSQ
TRATTARE LE NON CONFORMITÀ	RESPONSABILE INDIVIDUATO
GESTIRE I RECLAMI DEI CLIENTI	URP/RSQ
RILEVARE I DATI PER IL MONITORAGGIO DEI PROCESSI	RESPONSABILE INDIVIDUATO

Attrezzature ed apparecchiature	• PERSONAL COMPUTER (CON MICROSOFT OFFICE)
Input	• INDICATORI DEI PROCESSI • RAPPORTI DI NON CONFORMITÀ • RECLAMI • RAPPORTI DI V.I.I. • RAPPORTI DI A.C. E A.P. • SODDISFAZIONE DEL CLIENTE • RAPPORTI VERIFICA ENTE DI CERTIFICAZIONE
Output	• PIANO DI MIGLIORAMENTO • AZIONE DI MIGLIORAMENTO • POLITICA PER LA QUALITÀ • RIESAMI DELLA DIREZIONE
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• RECLAMI • POLITICA PER LA QUALITÀ
Prove e controlli	• VERIFICA EFFICACIA AZIONI CORRETTIVE • VERIFICA CHIUSURA NON CONFORMITÀ • VERIFICA ATTUAZIONE PIANO ANNUALE VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE • VERIFICA ATTUAZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO
Obiettivi da conseguire entro il 31.12.2023	• DEFINIZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO AI SENSI DELLA LEGGE 231/2001 • EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE INTERNA: MIGLIORAMENTO DELLA COLLABORAZIONE / CONDIVISIONE TRA I VARI CDR • MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DEL BUDGET ASP ASSEGNATO ATTRAVERSO LA PROGRAMMAZIONE PREVENTIVA DELLE PRESTAZIONI DA ESEGUIRE

Processo G: MIGLIORAMENTO CONTINUO

Strategie per il conseguimento degli obiettivi	ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE
	----	• DIREZIONE GENERALE

	INDICATORI	CDR /CASE UFF. CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESP. RILEVAZIONE
1.	RAPPORTO TRA LE NC RILEVATE INTERNAMENTE E QUELLE RILEVATE DALL'ENTE DI CERT.	TUTTI I SERVIZI COMPLESSIVAMENTE	MONITORARE IL SISTEMA DI RILEVAZIONE DELLE NON CONFORMITÀ	ANNUALE	> 1/2	CRSQ
2.	N.RO DI RECLAMI (CALCOLATI IN % RISPETTO AL N.RO DI UTENTI)	SERVIZI / ISTITUTI	MONITORARE LA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE	ANNUALE	<= 10%	RSQ
3.	TEMPI DI RISPOSTA AI RECLAMI	SERVIZI / ISTITUTI	MONITORARE I TEMPI DI RISPOSTA ALLE SEGNALAZIONI DEGLI UTENTI	----	< 15 GG.	RSQ
4.	RISULTATI DEI QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE	TUTTI	MONITORARE LA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE	ANNUALE	>2	RSQ
5.	N.RO INCIDENTI CHE HANNO COINVOLTO UTENTI E / O OPERATORI	TUTTI I SERVIZI	MONITORARE LA SICUREZZA (DA 890)	ANNUALE	0	DA/DMR

PROCESSO H: GESTIONE DELLA SICUREZZA

Obiettivi del processo	• GARANTIRE L'AFFIDABILITÀ DELLE INFRASTRUTTURE ED IL RISPETTO DEI REQUISITI COGENTI DI S.G.S.L.
Documenti che descrivono il processo	• D.A. SANITÀ 17/06/2002 N. 890 (ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA) • LEGGI SULLA SICUREZZA E IGIENE (D. LGS. 81/2008 E S.M.I.) • NORMA ISO 45001:2018
Variabili che influenzano il processo	• GUASTI O MALFUNZIONAMENTI NELLE INFRASTRUTTURE • GUASTI DELLE APPARECCHIATURE • INFORTUNI E/O INCIDENTI
Cliente del processo	• ODA
Responsabile del processo	• RESPONSABILE UFFICIO TECNICO (RESPONSABILE MANUTENZIONE) • RESP.LE RISORSE UMANE (MONITORAGGIO INFORTUNI)
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• INFRASTRUTTURE EFFICIENTI • RISPETTO DELLE LEGGI SULLA SICUREZZA • RISPETTO DELLE LEGGI SULL'IGIENE DEGLI AMBIENTI • RIDUZIONE DEGLI INCIDENTI E DELLE NEAR MISS

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
APPARECCHIATURE ED IMPIANTI ANTINCENDIO	DITTA ESTERNA /PERSONALE INTERNO
ASSEGNAZIONE ED UTILIZZO DEI DPI	DA / CD/R.M.
FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI	UFFICIO TECNICO /CRSQ
SERVIZIO MANUTENZIONE	UFFICIO TECNICO
ANALISI INFORTUNI	UFFICIO PERSONALE
DVR - DUVRI - PIANI DI EVACUAZIONE	UFFICIO TECNICO

Attrezzature ed apparecchiature	• STRUMENTI TARATI • CASSETTE DEGLI ATTREZZI • DPI
Input	• ANALISI DEGLI INCIDENTI / SEGNALAZIONI E RECLAMI/CALENDARIO MANUTENZIONE
Output	• AGGIORNAMENTO SCHEDA ATTREZZATURA • RAPPORTO DI CONSUNTIVAZIONE INTERVENTO DI MANUTENZIONE • ANALISI DEI RISCHI / INCIDENTI
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• ----------
Prove e controlli	• CONTROLLO DISPOSITIVI ANTINCENDIO E ALTRE INFRASTRUTTURE • MANUTENZIONE PROGRAMMATA • FORMAZIONE DEL PERSONALE
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31.12.2023	ADEGUATA PRESENZE PER TURNO DI ADDETTI ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA RIDUZIONI DEGLI INFORTUNI RIDUZIONE DELLE NEAR MISS AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO PERSONALE L.81/2008

Strategie per il conseguimento degli obiettivi

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	CDR/CASE UFF.CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE
1.	N.RO DI NON CONFORMITÀ RELATIVE AL PROCESSO	ISTITUTI	MONITORAGGIO DEL PROCESSO	ANNUALE	< 5	RSQ
2.	N.RO INCIDENTI / INFORTUNI	UFFICIO RISORSE UMANE	CONTROLLO	ANNUALE	<10	UFFICIO PERSONALE
3.	N.RO QUASI INCIDENTI / NEAR MISS	ISTITUTI RISORSE UMANE	MONITORAGGIO	ANNUALE	<5	DA – DMR – UFF. PERSONALE
4.	N.RO ORE DI ADDESTRAMENTO ALL'EMERGENZA PER ADDETTO	UFFICIO TECNICO	Obbligo formativo d.lgs. 81/2008	ANNUALE	Ore secondo norma	UFFICIO TECNICO
5.	EFFICACIA DEGLI ADDESTRAMENTI	UFFICIO DA DMR	Obbligo formativo d.lgs. 81/2008	ANNUALE	80%	DA – DMR – RSPP
6.	N. GUASTI NELLE APPARECCHIATURE CRITICHE	UFFICIO TECNICO	monitoraggio	ANNUALE	<5	UFFICIO TECNICO
7.	COINVOLGIMENTO DEI LAVORATORI NELLA GESTIONE SICUREZZA E AMBIENTE DI LAVORO	DA – DMR – RSPP	MONITORAGGIO	ANNUALE	>10 SUGGER. SEGNALAZIO.	DA – DMR- RSPP – UFFICIO TECNICO

PROCESSO I: GESTIONE AMBIENTALE

Obiettivi del processo	• GARANTIRE L'AFFIDABILITÀ DEGLI IMPIANTI E DEGLI STRUMENTI IN TERMINI DI TUTELA AMBIENTALE
Documenti che descrivono il processo	• D.A. SANITÀ 17/06/2002 N. 890 (ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA) • LEGGI SULLA TUTALE AMBIENTALE (EMISSIONI IN ATMOSFERA, DIFESA DEL SUOLO E GESTIONE DELLE RISORSE IDRICHE, CONSUMO DI RISORSE ENERGETICHE, RIFIUTI) • NORMA ISO 14001:2015
Variabili che influenzano il processo	• GUASTI O MALFUNZIONAMENTI NELLE INFRASTRUTTURE CON RICADUTA SULL'AMBIENTE • GUASTI DELLE APPARECCHIATURE • OBSOLESCENZA DEGLI IMPIANTI • COMPORTAMENTI/PRASSI ERRATE
Cliente del processo	• ODA
Responsabile del processo	• RESPONSABILE UFFICIO TECNICO (RESPONSABILE MANUTENZIONE)
Requisiti del Cliente di ODA riferibili al processo	• INFRASTRUTTURE EFFICIENTI • RISPETTO DELLE LEGGI SULLA SICUREZZA • RISPETTO DELLE LEGGI DI TUTELA AMBIENTALE • CORRETTA GESTIONE AMBIENTALE

Risorse umane necessarie

ESIGENZA	ASSEGNAZIONE
CENTRALI TERMICHE	DITTA ESTERNA /PERSONALE INTERNO
IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE	DA / CD
SMALTIMENTO RIFIUTI	UFFICIO TECNICO /CRSQ
MANUTENZIONE IMPIANTI TERMICI – IDRICI ED ELETTRICI	UFFICIO TECNICO
MONITORAGGIO CONSUMI	UFFICIO TECNICO

Attrezzature ed apparecchiature	• ATTREZZATURE PER INSTALLAZIONE E MANUTENZIONE IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE • CASSETTA ATTREZZI • STRUMENTI DI MISURA
Input	• PIANO DI MANUTENZIONE PROGRAMMATA – RICHIESTE INTERVENTO
Output	• AGGIORNAMENTO SCHEDA ATTREZZATURA • RAPPORTO DI CONSUNTIVAZIONE INTERVENTO DI MANUTENZIONE • ANALISI DEI RISCHI / INCIDENTI
Elementi di comunicazione col Cliente di ODA	• ----------
Prove e controlli	• CONTROLLO PERIODICO DEGLI IMPIANTI • ANALISI CLINICHE SULLA QUALITÀ DELL'ARIA (LEGIONELLOSI) • MANUTENZIONE PROGRAMMATA • FORMAZIONE DEL PERSONALE
OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 31.12.2023	AGGIORNAMENTO DEGLI IMPIANTI SOSTITUZIONE DEI CONDIZIONATORI CON GAS INQUINANTI CON GAS A NORMA SMALTIMENTO DEI RIFIUTI E/O GAS INQUINANTI CON DITTA SPECIALIZZATA RIDUZIONE DEI RIFIUTI PRODOTTI RIDUZIONE CONSUMI RIDUZIONE EMISSIONE IN ATMOSFERA

Strategie per il conseguimento degli obiettivi

ATTIVITÀ	RISORSE ASSEGNATE

MAPPATURA DEI PROCESSI (MAP)

	INDICATORI	CDR/CASE UFF.CENTR.	SIGNIFICATO DELL'INDICATORE	FREQUENZA RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE
1.	N.RO DI NON CONFORMITÀ RELATIVE AL PROCESSO	ISTITUTI	MONITORAGGIO DEL PROCESSO	ANNUALE	< 5	RSQ
2.	SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE AL RISPETTO DEGLI ASPETTI AMBIENTALI	TUTTI	MONITORAGGIO	ANNUALE	>5 RIUNIONI FORMATIVE	UFFICIO TECNICO
3.	MONITORAGGIO CONSUMI	TUTTI	CONTROLLO	ANNUALE	Riduzione consumi annuale del 5%	UFFICIO RAGIONERIA
4.						
5.						
6.						
7.						

Elaborato dal C.R.S.Q. _____

Approvato dal Rappresentante della Direzione

_____