

PROGETTO CUSTOMER SERVICE

2008

REPORT CONCLUSIVO

- **REPORT SINTETICO FINALE**
- **TABELLA DI PIANIFICAZIONE OBIETTIVI E STATO DI AVANZAMENTO AL 31.12.2008 (Obiettivi Gestionali)**
- **VERIFICA SOSTENIBILITA' AZIONI PROGETTUALI INTRAPRESE**
- **TABELLA DI PIANIFICAZIONE 2009 (Obiettivi Gestionali 2009)**

Responsabili di Progetto
Simona Amadesi – Annarita Pellicciari

REPORT SINTETICO FINALE 2008

PREMESSA

In coerenza con i risultati conseguiti dal progetto Customer Service e con le conclusioni contenute nel report finale del 2007, nel 2008 si è inteso dare attuazione al piano delle azioni avviate in sperimentazione nell'ambito del sistema informativo strutturato: **capacità di risposta della struttura alle attese del cliente finale.**

Risultato atteso del progetto è stata la gestione del piano secondo i requisiti ISO 9001-Vison 2000.

AZIONI PIANIFICATE E CHIUSE 2008

1) Attuazione del progetto di adeguamento del sistema informativo su diversi livelli di dettaglio, con riferimento al bisogno informativo che lo strumento va a soddisfare:

a) Bisogno informativo: conoscere la struttura ed i suoi servizi, anche delocalizzati

- ✚ Incontri periodici staff di Direzione-utenti
- ✚ Guida al Servizio di integrazione lavorativa:
- ✚ Guida ai Punti cliente (Milano, Bari, Roma)
- ✚ Guida ai Servizi Filiale di Roma
- ✚ Guida al Servizio Ristorazione

b) Bisogno informativo: conoscere il proprio percorso per macrofasi

- ✚ Guida al Percorso ortesico-riabilitativo;

c) Bisogni informativi nelle fasi di dimissione e post dimissione del percorso cliente

- ✚ Tornare a casa

d) Bisogno informativo: aggiornamento lavori di ristrutturazione per orientamento

- ✚ Informazioni, mappe e segnaletiche
- ✚ Aggiornamenti periodici sul sito web

**2)Attuazione del progetto di miglioramento della qualità e del comfort alberghiero, :
evoluzione dei Gruppi di miglioramento (Igiene, Ristorazione,
Accoglienza:accessibilità - aspetti relazionali- privacy della persona) e in processi
di struttura mediante l'istituzione di Commissioni formalizzate.**

- ✚ Formalizzata Commissione Ristorazione
- ✚ Formalizzata Commissione Igiene
- ✚ In fase di formalizzazione Commissione Accessibilità (percorsi, aspetti relazionali e privacy)

3)Analisi della sostenibilità del Progetto Customer Service presso il Centro Protesi

- ✚ Presentato documento del progetto al FORMEZ per la valutazione dei requisiti secondo il modello CAF
- ✚ Valutazione del Progetto a cura del Formez
- ✚ Autovalutazione sostenibilità interna

AREA CURA CLIENTE/COMUNICAZIONE E MARKETING - PROGRAMMAZIONE 2008

Dott.ssa Pellicciari – Dott.ssa Amadesi B.4.1.4

OBIETTIVO GESTIONALE –			Struttura: Centro Protesi		
Progetto Customer service – valutazione sostenibilità. Prosegue da esercizio precedente					
Struttura	Macroattività	Risultati	%	Prodotti	Tempi
Centro Protesi	Attuazione del piano delle azioni avviate in sperimentazione nell'ambito del sistema informativo strutturato (capacità di risposta della struttura alle attese del cliente finale)	Gestione del piano secondo i requisiti ISO 9001 – Vision 2000	100	<ul style="list-style-type: none"> • Prodotti informativi rivolti al cliente finale • Gruppi di miglioramento Qualità e confort alberghiero. Evoluzione aree tematiche Accoglienza, Ristorazione, Igiene in “processi” di struttura • Relazione finale sulla sostenibilità del progetto Customer Service presso il Centro Protesi 	Dicembre 08
Verifica al 31 dicembre					
Struttura	Macroattività	Risultati	%	Prodotti	Tempi
Centro Protesi	Attuazione del piano delle azioni avviate in sperimentazione nell'ambito del sistema informativo strutturato (capacità di risposta della struttura alle attese del cliente finale)	Gestione del piano secondo i requisiti ISO 9001 – Vision 2000	100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prodotti informativi rivolti al cliente finale: <p>Realizzati fascicoli : Punti Cliente; Integrazione Lavorativa; Percorso ortesico riabilitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppi di miglioramento Qualità e confort alberghiero. Evoluzione aree tematiche Accoglienza, Ristorazione, Igiene in “processi” di struttura: <p>Formalizzata commissione igiene. In corso di formalizzazione commissioni ristorazione e accoglienza</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relazione finale sulla sostenibilità del progetto Customer Service presso il Centro Protesi: <p>Acquisita valutazione del Formez</p>	Dicembre 08

PREMIO QUALITÀ PPAA- AI EDIZIONE

RAPPORTO DI PREVALUTAZIONE

AMMINISTRAZIONE N° ISCRIZIONE: CENTRO PROTESI INAIL DI BUDRIO (BO)

- *Attività* : Produzione protesi arti inferiori e superiori e reinserimento lavoratori infortunati
- *Personale* :337
- *Certificazioni/ Accreditazioni* : ISO 9001-VISION 2000

Fascia di punteggio attribuita dal valutatore (intervallo di 50 punti)

Min 250 *Max* 300

Commenti generali

- L'**application** è ben strutturata e scritta in modo chiaro. La stesura segue puntualmente, lo schema del modello CAF e ciò permette la comprensione dell'organizzazione.. Qualche informazione sui risultati si trova nei fattori e viceversa ma è cosa di poco conto.
- I **fini istituzionali** sono molto chiari e chiaramente espressi così come la Mission; la struttura organizzativa è tagliata per adempiere al meglio i propri compiti.
- La **cultura della qualità** (nel senso di attenzione ai risultati, soddisfazione del cliente, collaborazione nella struttura) è ben radicata nell'organizzazione e dal 2001 è in vigore un sistema di qualità certificato ISO che ha permesso la ingegnerizzazione di alcuni processi. Alcuni principi sono stati recepiti altri un po' meno. Ad es. non c'è abitudine a rivedere in chiave critica gli approcci, misurandone l'efficacia e non c'è abitudine a riflettere sulle cause di non raggiungimento degli obiettivi (fattori critici d'insuccesso) o sul perché gli obiettivi sono stati raggiunti (fattori critici di successo)
- La **comprensione del modello CAF** è buona per quel che riguarda i fattori , un po' meno per quel che riguarda i risultati.
- La **Partnership** è costantemente perseguita e sono mantenuti proattivo rapporti con partner tecnici particolarmente importanti per le strategie della O., quali l' Istituto Ortopedico Rizzoli e l'Università di Bologna.

Fattori abilitanti

Punti forti

- La rilevazione dei bisogni degli utenti avviene secondo un modello consolidato basato sull'equipe multidisciplinare che ha il compito di identificare e valutare le necessità in termini di compensazione delle lesioni di recupero di autonomia e di vita indipendente, di partecipazione e reinserimento alla vita sociale.
- INAIL di Budrio cita 7 progetti di modernizzazione ed innovazione attuati o in via di attuazione chiarendone obiettivi e contenuti
- Il clima aziendale è tendenzialmente positivo ed è misurato da una apposita indagine....
- L'O. pone lodevole impegno nell'individuare, migliorare e riconoscere le competenze e le attitudini del personale attraverso un processo controllato di formazione.
- Particolare cura è riservata alle infrastrutture per garantire il raggiungimento delle stesse e facilitare l'accessibilità, l'orientamento e la fruibilità delle stesse
- L'O. ha coerentemente individuato i processi principali e relativi sottoprocessi, nonché i processi di gestione e di supporto. Gli stessi sono periodicamente rivisti e sono state citate proposte di miglioramento

Aree deboli

PREMIO QUALITÀ PPAA- ALI EDIZIONE

- Non esiste evidenza di come l'O. sia impegnata a sviluppare e applicare metodi per monitorare, misurare e/o valutare le performance dell'organizzazione a tutti i livelli; rivedere sistematicamente rischi e opportunità .
- Non esiste evidenza di come l'O. sia in grado di coinvolgere i portatori di interesse nel processo di diffusione di strategie e politiche, dando priorità ai loro bisogni ed aspettative, bilanciando contemporaneamente compiti e risorse con le scadenze di breve e lungo periodo
- Alcuni aspetti della gestione del personale destano qualche disagio come il riconoscimento del ruolo professionale, l'incertezza rispetto alle prospettive future ecc.
- Non tutti i processi identificati sono stati compiutamente descritti, non sempre si è citato il Process Owner (né sono indicate le priorità per una eventuale scelta), non sempre sono citati gli indicatori di efficienza ed efficacia individuati e i relativi obiettivi numerici (target).
- Non appare sistematizzata un'azione di rilevazione delle Best practice rilevate in azioni di benchmarking che appaiono del tutto assenti.

Risultati

Punti forti

- I risultati della misurazione della soddisfazione dell'utente sono state condotte dal 2001 e presentati risultati tendenzialmente positivi e trend crescenti per quasi tutti gli item La copertura è buona

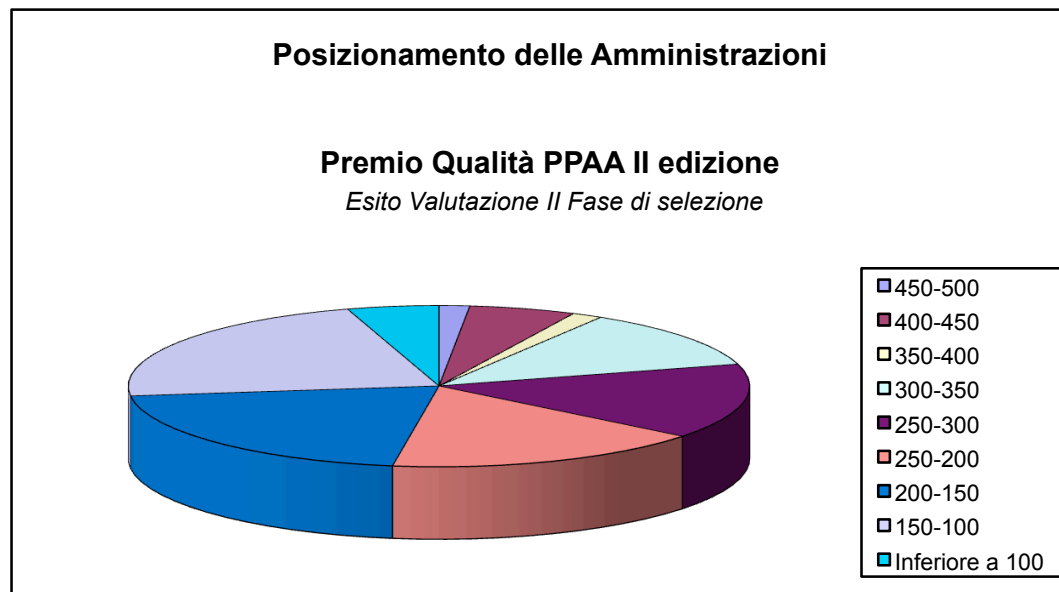
Aree deboli

- Nella parte Risultati devono comparire essenzialmente grafici, tabelle e numeri e commenti sui risultati presentati sia che essi siano positivi sia, a maggior ragione se essi siano negativi, con l'indicazione delle misure prese dall'O. per migliorarli
- In tutti i risultati presentati non vengono mai segnalati obiettivi (target)
- In tutti i risultati presentati non vengono mai segnalati confronti con i best in class
- In tutti i risultati presentati non vengono mai segnalati confronti con altre strutture analoghe
- In tutti i risultati presentati non vengono mai segnalati confronti interni
- La copertura è spesso molto scarsa
- Nessun dato segnalato è sufficientemente segmentato

**Premio Qualità PPAA II edizione
Posizionamento delle Amministrazioni per Fascia di Punteggio**

Fascia di Punteggio	Percentuale sulle amministrazioni che hanno partecipato alla II fase selettiva del Premio
450-500	2
400-450	6
350-400	2
300-350	12
250-300	15
250-200	17
200-150	21
150-100	22
Inferiore a 100	5

100



AREA PROGETTUALE CURA CLIENTE / COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE
Dr.ssa Pellicciari – Dott.ssa Amadesi

OBIETTIVO GESTIONALE 4.1.4 - 2008
Progetto Customer Service - Valutazione interna sostenibilità

PROGETTO CUSTOMER SERVICE				STRUTTURA ORGANIZZATIVA		
APERTURA AZIONE PROGETTUALE	OBIETTIVO DI PIANO /INDICATORE DI APPLICAZIONE	STANDARD DI QUALITA'	CHIUSURA AZIONE PROGETTUALE	STRUTTURA RESPONSABILE	DESCRIZIONE	RESPONSABILITA'
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 1 INDICATORE 2-1 CARTA DEI SERVIZI	2. INFORMAZIONE E TRASPARENZA	Chiusa 2007	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Prodotti informativi rivolti al cliente finale Bisogni informativi 1° LIVELLO	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 2 INDICATORE 6-1 GUIDA ALLE FASI PRINCIPALI DEL PROGETTO PERSONALIZZATO (PERCORSO PER MACROFASI)	6. TEMPESTIVITA' REGOLARITA' PUNTUALITA'	Chiusa 2008	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Prodotti informativi rivolti al cliente finale (guide per linee di prodotto) Bisogni informativi 2° LIVELLO	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 3 INDICATORE 3-1 DOCUMENTO DI PROGETTO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO	3. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE	Chiusa 2007	INTERFUNZIONALE: AREE SANITARIA, TECNICA PSICOSOCIALE, AMMINISTRATIVA	Prodotti informativi rivolti al cliente finale Bisogni informativi 3° LIVELLO	In sperimentazione Attivata a cura della struttura responsabile (2008)
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 2 INDICATORE 7-1 OPUSCOLI INFORMATIVI SU SPECIFICI SERVIZI	7. COMPLETEZZA E CHIAREZZA DELL'INFORMAZIONE	Chiusa 2008	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Prodotti informativi rivolti al cliente finale Bisogni informativi 1° LIVELLO	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	Implementazione di Piano n. 4 INDICATORE 1-2 PUNTO DI ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE (TUTOR DELL'ACCOGLIENZA)	1. ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO SUPPORTO	Chiusa 2007	RAPPORTI CON LA CLIENTELA	Capacità di risposta della struttura Servizio messo a regime in outsourcing	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	Implementazione di Piano n. 6 INDICATORE 1-3 PROGETTAZIONE STRUMENTI INFORMATIVI SEGNALETICA E MAPPE DI ORIENTAMENTO, AGGIORNAMENTI SITO	1. ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO SUPPORTO	Chiusa 2007	INTERFUNZIONALE: SICUREZZA, COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Prodotti informativi rivolti al cliente finale durante i lavori di ristrutturazione Bisogni informativi 1° LIVELLO	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile

Aperta 2006	Implementazione di Piano n. 7 INDICATORE 7-2 GUIDA ALL PERCORSO PROTESICO-RIABILITATIVO MANUALE TORNARE A CASA	7. COMPLETEZZA E CHIAREZZA DELL'INFORMAZIONE	Chiusa 2008	INTERFUNZIONALE SERVIZIO PSICOSOCIALE COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Prodotti informativi rivolti al cliente finale in fase di dimissione / post dimissione Bisogni informativi 1°LIVELLO	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2005	OBIETTIVO DI PIANO N. 8 PROGETTO DI MIGLIORAMENTO QUALITA' E COMFORT ALBERGHIERO – PERCORSO FORMATIVO GRUPPI DI MIGLIORAMENTO – EVOLUZIONE IN COMMISSIONI FORMALIZZATE INDICATORE 4-3 QUALITA' DEI SERVIZI DI COMFORT ALBERGHIERO	4. COMFORT E PRESTAZIONI ALBERGHIERE	Chiusa 2008	COMMISSIONI IGIENE COMMISSIONE RISTORAZIONE COMMISSIONE ACCESSIBILITA'	Capacità di risposta della struttura Sperimentazione commissioni Gestione attività secondo i requisiti ISO 9001 VISION 2000	In sperimentazione Attivata a cura della struttura responsabile (Ristorazione e Igiene 2008 Accoglienza2009)
Aperta 2005	OBIETTIVO DI PIANO N. 9 INDICATORE 5-2 GIUDIZIO SUL SERVIZIO PROGETTAZIONE NUOVO QUESTIONARIO ANONIMO AUTOCOMPILATO	5. GARANZIA TUTELA VERIFICA	Chiusa 2006	INTERFUNZIONALE AREA SANITARIA, RAPPORTI CON LA CLIENTELA	Capacità di risposta della struttura Sperimentazione nuovo strumento di rilevazione del grado di soddisfazione percepito: Da somministrare agli utenti in degenza al fine di implementare gli strumenti in uso e ampliare la platea dal 10% al 40%	In sperimentazione Da avviare in maniera sistematica a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 10 INDICATORE 3-2 INFORMAZIONE AL PERSONALE	3. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE	Chiusa 2007	INTERFUNZIONALE: COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE AREA PROGETTUALE CARE	Capacità di risposta della struttura. Coinvolgimento e sostegno rivolto agli operatori sul tema della qualità della relazione con l'utente	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	OBIETTIVO DI PIANO N. 11 INDICATORE 5-2 GIUDIZIO SUL SERVIZIO PROGETTAZIONE UNICO CENTRO RACCOLTA SEGNALI ASSISTITO DA SUPPORTO INFORMATICO	5. GARANZIA TUTELA VERIFICA	Chiusa 2007	RAPPORTI CON LA CLIENTELA	Capacità di risposta della struttura Sperimentazione nuovo sistema di reporting sulle segnalazioni ricevute dagli utenti (apprezzamenti, criticità, suggerimenti)	Da avviare la sperimentazione a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	Implementazione di Piano N. 12 INDICATORE 5-4 ATTIVAZIONE PUNTO D'ASCOLTO CENTRO DIRITTI DEL MALATO	5. GARANZIA TUTELA VERIFICA	Chiusa 2006	STAFF DI DIREZIONE	Capacità di risposta della struttura Ampliamento strumenti di ascolto e recepimento delle segnalazioni provenienti da organismi terzi	A regime. Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2006	Implementazione di Piano n. 13 INDICATORE 3-3 SPAZIO PICCOLI PAZIENTI	3. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE	Chiusa 2006	SERVIZIO PSICOSOCIALE	Capacità di risposta della struttura . A regime con risorse in outsourcing.	A regime. Manutenimento standard a cura della struttura responsabile
Aperta 2007	mplementazione di Piano n. 14 INDICATORE 5-2 GIUDIZIO SUL SERVIZIO INCONTRI MENSILI CON GLI UTENTI	5. GARANZIA TUTELA VERIFICA	Chiusa 2007	STAFF DI DIREZIONE	Capacità di risposta della struttura . Ampliamento strumenti di ascolto	A regime Manutenimento standard a cura della struttura responsabile

AREA PROGETTUALE CURA CLIENTE/ COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE – PROGRAMMAZIONE 2009

Dott.ssa Pellicciari – Dott.ssa Amadesi / Macro Area C (Sanitaria)

OBIETTIVO GESTIONALE 2.19 –				
Centro Protesi di Vigorso di Budrio. Rilascio progetto "Customer service".				
Struttura (4)	Macroattività	Prodotti/Risultato	% ⁽⁵⁾	Tempi ⁽⁶⁾
Centro Protesi	2.19.1 - Messa a regime delle azioni avviate in sperimentazione nell'esercizio precedente secondo i requisiti ISO 9001 - Vision 2000.	Finalizzazione del sistema informativo alla centralità del cliente, tramite una gestione delle azioni secondo lo strumento "Ruota di Deming" (Plan - Do - Check - Act) su valutazione di sostenibilità effettuata dal Formez.	100	31 Dic 2009

⁽⁴⁾ È la "struttura coinvolta". Deve essere indicata solo se diversa dalla struttura responsabile/proponente dell'obiettivo gestionale.

⁽⁵⁾ La sommatoria del peso percentuale attribuito a ciascun risultato relativo alla realizzazione delle singole macroattività deve essere pari a 100.

⁽⁶⁾ Non possono superare il 31 dicembre 2009.