



SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

INFORMAZIONI DI RITORNO DELLE PARTI INTERESSATE

Alcuni cenni relativamente a:
Non Conformità (NC)
Reclami (R)
e Azioni di Miglioramento (AM)

ANNO DI GESTIONE 2025 (dati al 31.12.2025)

Dati estratti da MDG01_RIESAME DEL SISTEMA
DI GESTIONE INTEGRATO

DA ENTE COMMITTENTE (PUBBLICO O PRIVATO)

OBIETTIVO DELLA DIREZIONE: 80% (BUONO) = RAGGIUNTO

Moduli utilizzati:

- MRSS06_questionario_sodd.ente (generico per tutti i settori)
- MRSS10_questionario_sodd.ente (settore accoglienza e inclusione)
- MRDP26_questionario_sodd.ente (specifico dipendenze patologiche)
- MRSI67_questionario_sodd.ente (comunità educativa minori - servizio a mercato)

Giudizio:	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Range:	>4 (scala da 1/5) >3 (scala da 1/3)		Obiettivo:	Buono (75% o 80%)	

Gli enti pubblici o privati hanno la possibilità di esprimere l'importanza che attribuiscono alla singola domanda.

Molto importante	Importante	Poco importante
------------------	------------	-----------------

Commento:

Sono rientrati **42 moduli** di soddisfazione da ente committente su **47**.

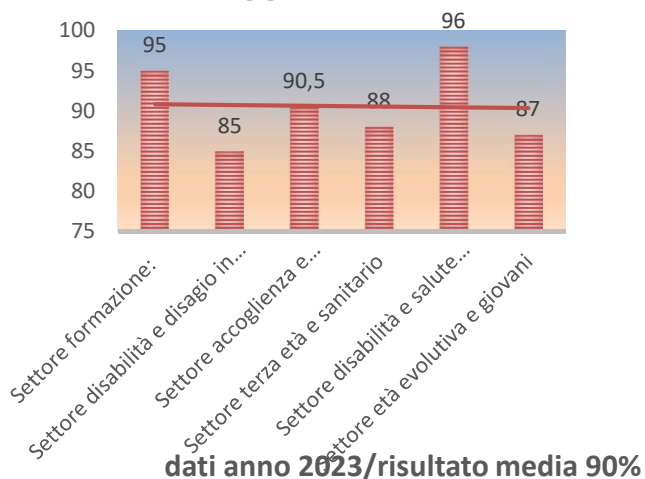
Totali per Settore di produzione

		Obiettivo raggiunto	Obiettivo da rag- giungere	Risul- tato
Formazione:	93%			
Disabilità e disagio in età evolutiva/pari opportunità	86%			
2025 Accoglienza e inclusione/dipendenze patologiche	92,5%	90%	Buono	POS
Terza età e sanitario	81%			
Disabilità e salute mentale in età adulta	98%			
Età evolutiva e giovani	89%			

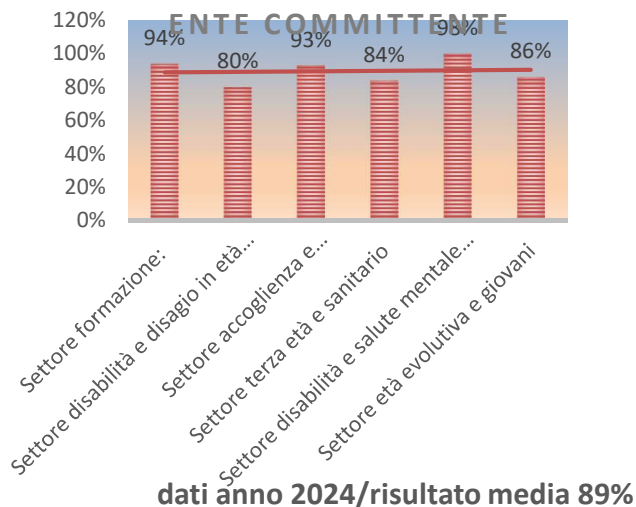
TABELLE PERCENTUALI SODDISFAZIONE ENTE COMMITTENTE 2023-2024-2025

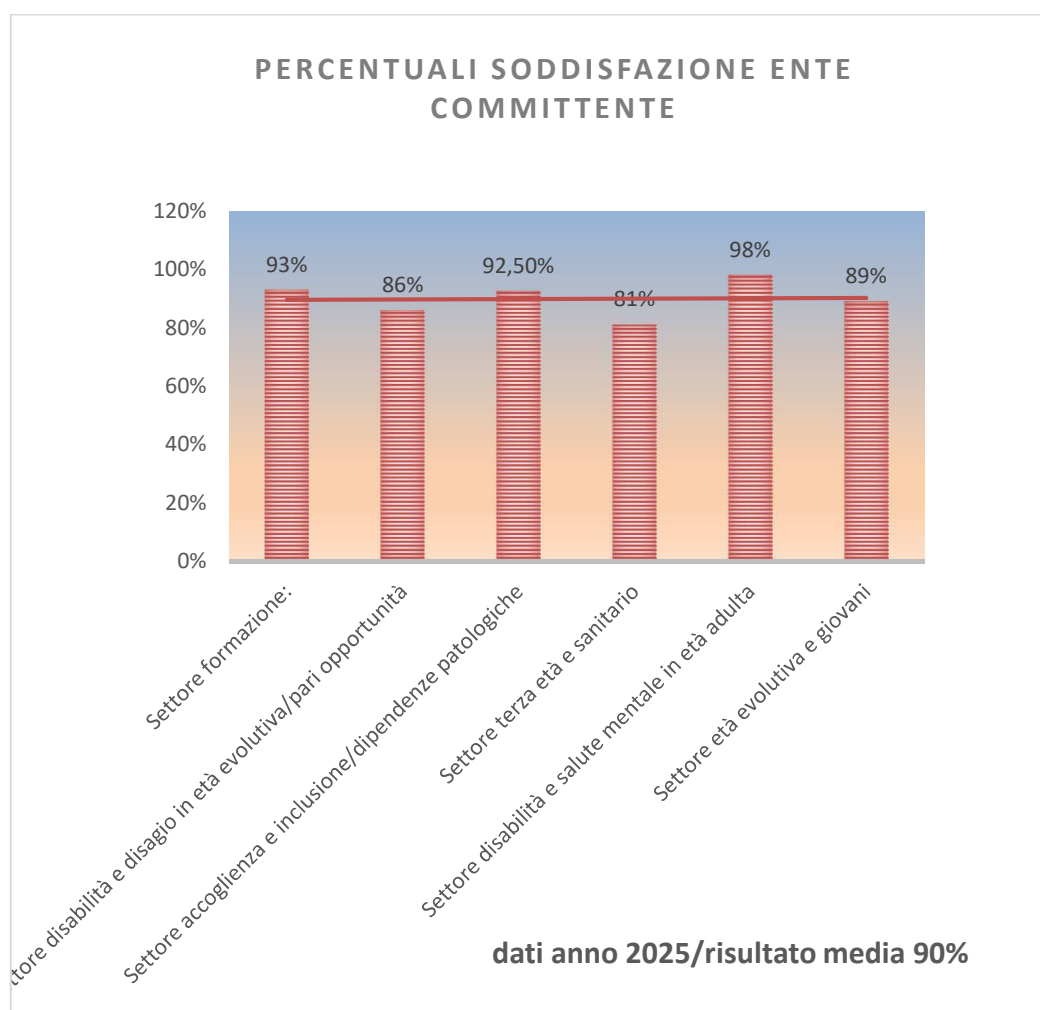


PERCENTUALI SODDISFAZIONE ENTE COMMITTENTE



PERCENTUALI SODDISFAZIONE ENTE COMMITTENTE





COMMENTI DA PARTE DELLA DIREZIONE

Il risultato restituito dalle indagini è tornato alla media dell'anno 2023.

Per l'anno 2025 quindi segnaliamo un trend positivo per tutti i servizi curati da Labirinto: la soddisfazione espressa dagli utenti-clienti in generale è buona, tendente in media a ottimo.

Il trend più che positivo per tutti i servizi, viene evidenziato in particolar modo nei servizi dedicati alla disabilità e salute mentale in età adulta, all'accoglienza e inclusione e alla formazione.

Gli enti committenti per alcuni servizi hanno evidenziato dei risultati DISCRETI:

Do- manda	FATTORE DI QUALITÀ (MRSS10 - MIGRANTI)	FATTORE DI QUALITÀ (MRSS06 - GENERALE)	COMMENTO
1	Organizzazione del servizio offerto (orari, prestazioni, progettazione, attività, ecc.)	Tempestività di sostituzione del personale	SED/SAD ATS 5 (accred) = APERTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO N. 518
2	Erogazione dell'attività di apprendimento della lingua italiana	La professionalità del personale	///

3	<i>Rendiconto dei beni forniti come vestiario, kit primo ingresso, lettere ecc.</i>	<i>Organizzazione del servizio offerto da Labirinto</i>	///
4	<i>Registro pocket money</i>	<u>Relazione tra operatore e utente/famiglia</u>	RSA ARESE = soddisfazione ente 85% (obiettivo direzione 80%) = POS – preso atto del risultato discreto in merito alla domanda 4 e vagliato con Referente/Responsabile del servizio
5	<u>Relazione tra operatore e utente/mediazione linguistica/culturale</u>	<i>Relazione tra operatore/referente servizio e responsabile ente committente</i>	SAI TANDEM – COMUNE PESARO = soddisfazione ente 80% (obiettivo direzione 86%) = POS. – preso atto del risultato discreto in merito alla domanda 5 e vagliato con Referente/Responsabile del servizio
6	<i>Aderenza tra le attività offerte e capitolato di gara</i>	<i>Le comunicazioni tra coordinamento e responsabile ente committente</i>	///
7	<i>Registrazione presenze ospiti</i>	<u>Informazione e correttezza delle ore effettuate</u>	NIDO D'INFANZIA LA TANA DEI CUCCIOLI – GRADARA = soddisfazione ente 80% (obiettivo direzione 80%) = POS – APERTA (COMUNQUE) AZIONE DI MIGLIORAMENTO N. 563
8	<i>Rendicontazione dei costi sostenuti</i>	<i>Ottemperanza alle leggi vigenti (sicurezza sul lavoro; privacy; ecc)</i>	

I/le Responsabili di settore e Coordinatori/trici hanno l'incarico di relazionarsi con i/le Referenti/Responsabili degli enti per comprenderne le motivazioni dei risultati discreti o insufficienti, in caso di necessità viene interpellata anche la Direzione:

- Si evidenziano dei risultati discreti relativamente alla relazione tra operatore e utente/mediazione linguistica/culturale e alla relazione tra operatore e utente/famiglia, entrambi vagliati con i Referenti/Responsabili del servizio da parte dell'ente.
- Più articolate le motivazioni in merito al risultato discreto relativo alla informazione e correttezza delle ore effettuate, ove è stata organizzata una riunione immediata con i Referenti/Responsabili del servizio da parte dell'ente per verificare gli accordi precedentemente presi.

Le problematiche relative alla tempestiva sostituzione del personale, anche evidenziata relativamente al tempo necessario all'individuazione degli educatori e la professionalità del personale, investe tutta la cooperativa come da riesame dell'ufficio riesame risorse umane.

Nel 2025 continua ad essere presente una grave difficoltà nel reperire personale con titoli adeguati come da normative socio-sanitaria e sociale (personale non formato in numero adeguato da soggetti pubblici e privati esterni alla cooperativa), oltre alle tipiche assenze per infortuni e malattia.

In particolare abbiamo riscontrato questa difficoltà per le figure:

- sanitarie: infermieri;
- socio-sanitarie: OSS;
- sociali: educatori professionali.

Labirinto dal 2006 è dotata di procedure dedicate per ogni ufficio e servizio della cooperativa, relative alla norma UNI EN ISO 9001, in particolare anche rispetto alla **gestione selezione, inserimento, addestramento e sviluppo del personale, nonché rispetto ai tirocini**.

Labirinto infatti si è dotata di accordi specifici con le Università ed è a disposizione per l'attivazione di tirocini ogni volta se ne presenti l'opportunità.

La formazione universitaria del personale (in specifico educatori, infermieri) non è a cura di Labirinto, anche se si volessero organizzare corsi con il centro di formazione e orientamento questi non risulterebbero validi.

Rispetto alla carenza di Operatori socio sanitari (OSS) Labirinto, fortunatamente, può contare sul supporto qualificato del Centro di Formazione e Orientamento (CFO) che coglie tutte le opportunità offerte dai bandi regionali per la formazione di OSS.

DA UTENTI-CLIENTI/FAMIGLIARI/ALLIEVI

OBIETTIVO DELLA DIREZIONE: 80% (BUONO) = RAGGIUNTO

Moduli utilizzati:

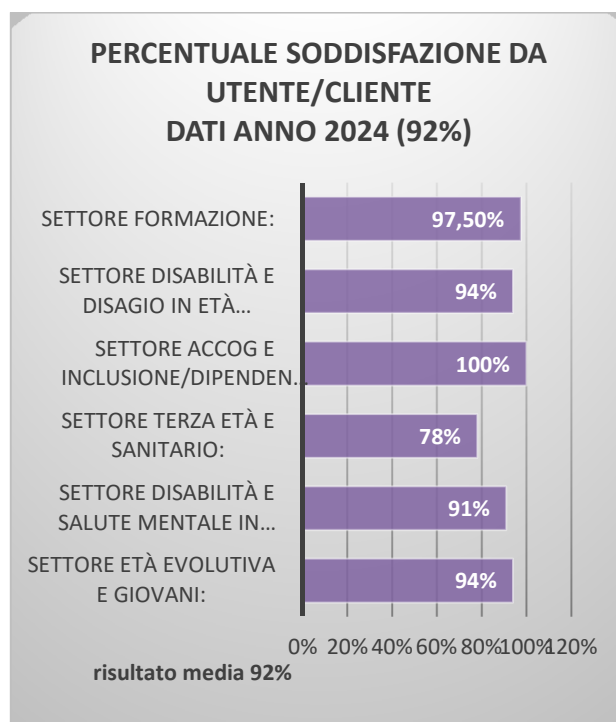
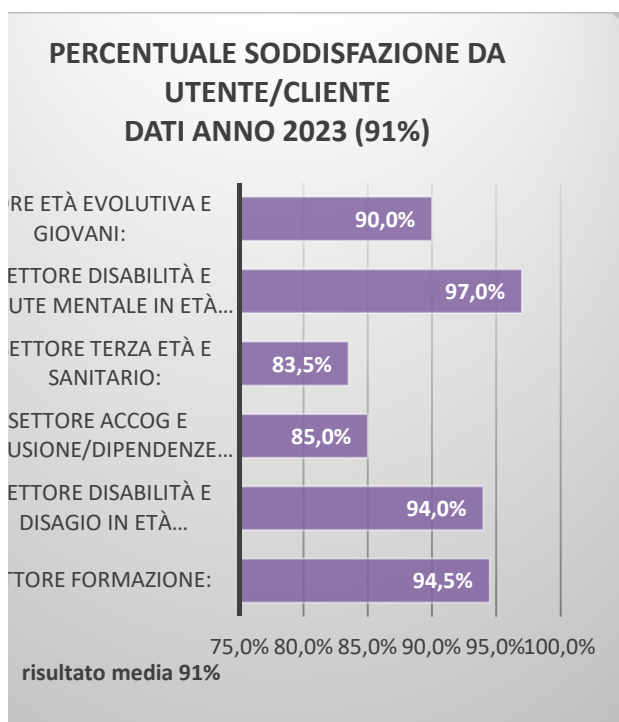
Sono diversi per ogni tipologia di servizio.

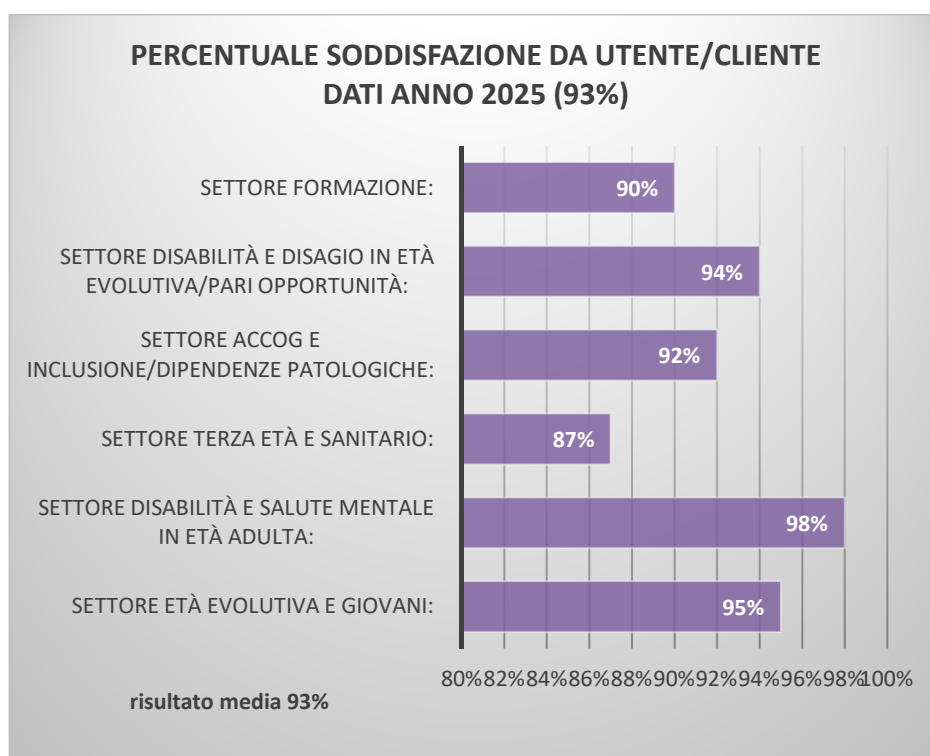
In alcuni servizi viene utilizzato il risultato dei dati rilevati direttamente da ente committente.

Commento:

	Settore di produzione	Obiettivo raggiunto	Obiettivo da raggiungere	Risultato
2025	- Età evolutiva e giovani: 95%	93%	Buono 80% Case di riposo/RSA 75%	POS
	- Disabilità e salute mentale in età adulta: 98%			
	- Terza età e sanitario: 87%			
	- Accoglienza e inclusione/dipendenze patologiche: 92%.			
	- Disabilità e disagio in età evolutiva/pari opportunità: 94%			
	- Formazione: 90%			

TABELLE PERCENTUALI SODDISFAZIONE UTENTI-CLIENTI/FAMIGLIARI/ALLIEVI 2023-2024-2025





SETTORE ETÀ EVOLUTIVA E GIOVANI

Nidi D'infanzia - Hanno 2 diverse valutazioni di soddisfazione:

Tramite **questionario ambientamento**/Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%

2023	2024	2025
RAGGIUNTO=99%	RAGGIUNTO=98%	RAGGIUNTO=99%

Tramite **questionario soddisfazione cliente**/Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%

2023	2024	2025
RAGGIUNTO=88%	RAGGIUNTO=91%	RAGGIUNTO=91%

Scuole Infanzia

È il comune di Pesaro ad effettuare la valutazione tramite **questionario soddisfazione cliente**. Labirinto prevede un obiettivo BUONO 80%

2023	2024	2025
RAGGIUNTO= 82%	RAGGIUNTO=92%	RAGGIUNTO=91%

SETTORE DISABILITÀ E SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

Disabilità:

RSSA COSER GIONA (residenziale autorizzato, accreditato L.R. 21/16), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **biennale**

	REPORT SULLO STATO DELLA QUALITÀ E RIESAME DELLA DIREZIONE IN CONFORMITA' ALLA NORMA UNI EN ISO 9001	
---	--	---

2022	2024	2025
RAGGIUNTO 100%	<i>Fase di accreditamento del servizio</i>	<i>In attesa di rientro dei questionari</i>

RSSA LA CASA SULL'ALBERO (residenziale autorizzato, accreditato L.R. 21/16), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **biennale**

2021	2023	2025
Accreditamento servizio e apertura	RAGGIUNTO 100%	RAGGIUNTO 100%

CSER del comune di Pesaro (MOVIMHANDICAP, VILLA VITTORIA, VIALE TRIESTE), la rilevazione è a cura del comune (lo stesso ha voluto gestirla direttamente con le famiglie richiedendola **biennalmente**, non tutte le domande sono attribuibili al lavoro svolto da labirinto). Range: >4,0 (scala da 1/5)=80%

2021	2023	2025
<i>Non consegnato causa pandemia</i>	RAGGIUNTO 94% (media dei 3 CSER)	<i>In attesa di rientro dei questionari</i>

SRDis2 Margherita di Casinina (semiresidenziale autorizzato, accreditato L.R. 21/16), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **annuale**

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 93%	RAGGIUNTO 91%	RAGGIUNTO 95%

CSER L'albero delle storie di Cagli, (semiresidenziale in fase di autorizzazione e di accreditamento), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **annuale**

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 100%	RAGGIUNTO 98%	RAGGIUNTO 98%

Salute mentale:

Servizio di sollievo salute mentale ATS VI e VII, rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **annuale**

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 99%	Servizio sospeso, poi riattivato, cambio coord interno ed esterno	<i>In attesa di rientro dei questionari</i>

Per i **SERVIZI dell'AST PESARO URBINO:**

- **Servizio Educativo e Assistenziale disabili c/o RSA Tomasello, il Servizio Educativo c/o SRR del DSM** (la gestione è passata ad altro soggetto, labirinto si occupa solo del personale); non eravamo comunque autorizzati alla somministrazione diretta del questionario ai famigliari degli utenti.
- **Centro Diurno del DSM, i CSER Gabbiano, Pegaso e Mosaico**, non siamo autorizzati dall'ente pubblico alla somministrazione diretta del questionario ai famigliari degli utenti.

SETTORE DISABILITA' E DISAGIO IN ETA' EVOLUTIVA / PARI OPPORTUNITA'

Disabilità e disagio in età evolutiva

Centro specialistico per l'età evolutiva "Labirinti Magici" - Struttura per la diagnosi di DSA (ambulatorio autorizzato, accreditato L.R. 21/16), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **annuale**

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 94%	RAGGIUNTO 94%	RAGGIUNTO 94%

Per i **SERVIZI DEDICATI ALLE PARI OPPORTUNITA'**

Vista la delicatezza degli interventi non si ritiene opportuno l'utilizzo di tali strumenti

SETTORE TERZA ETA' E SANITARIO

Residenziali

Servizio assistenziale anziani (CRA SANTA COLOMBA)

Gestito dal Consorzio Santa Colomba (CASA ROVERELLA e CASA AURA), la valutazione è a cura del Consorzio il range di valutazione è da sufficiente ad ottimo. Labirinto prevede un obiettivo BUONO 75%

2023	2024	2025
(2 servizi) RAGGIUNTO 55% (NEG) AM 472-473	(2 servizi) RAGGIUNTO 70% (NEG) – aperta AM 524	RAGGIUNTO 87,5%

Servizio assistenziale anziani (RSA GALLAZZI VISMARA)

Gestito Ser.coop GALLAZI VISMARA di ARESE, la valutazione è a cura dell'Azienda, il range di valutazione è da sufficiente ad ottimo. Labirinto prevede un obiettivo BUONO 75%

2023	2024	2025
(3 servizi) RAGGIUNTO 80%	<i>(3 servizi) RAGGIUNTO% (non ri- levato dalla nuova organizzazione)</i>	RAGGIUNTO 85%

Diurno

SRD - Centro Diurno per persone con demenza (semiresidenziale autorizzato, accreditato L.R. 21/16), rilevazione tramite questionario / Range di valutazione: punteggio medio scala valore tra 1/3 = obiettivo BUONO 80%, **annuale**

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 84%	RAGGIUNTO 95%	RAGGIUNTO 94%

SETTORE ACCOGLIENZA E INCLUSIONE MIGRANTI / DIPEND PATOLOGICHE

Migranti:

Presso i servizi del **SETTORE ACCOGLIENZA E INCLUSIONE MIGRANTI** non si è ritenuto possibile attivare la rilevazione soddisfazione dell'utente, vista la situazione esperienziale e sociale nei quali sono immersi i beneficiari.

Dipendenze patologiche:

STD2 - struttura terapeutico riabilitativa per dipendenza patologiche (residenziale autorizzato, accreditato L.R. 21/16), il range è 0/3: per niente 0; poco 1; abbastanza 2; molto 3; non saprei 0). Valutazione questionario: positiva: tot punteggio da 10 a 15; negativa tot punteggio da 0 a 9 - l'obiettivo è BUONO 80%

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 85%	RAGGIUNTO 100%	RAGGIUNTO 92%

SETTORE FORMAZIONE INTERNA ED ESTERNA

CENTRO DI FORMAZIONE E ORIENTAMENTO (accreditamento regionale e accreditamento ECM)

N° persone formate formazione complessiva/n. tot persone da formare

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 88%	RAGGIUNTO 89%	RAGGIUNTO 86%

% formazione sicurezza erogata entro i termini di legge

	REPORT SULLO STATO DELLA QUALITÀ E RIESAME DELLA DIREZIONE IN CONFORMITA' ALLA NORMA UNI EN ISO 9001	
---	--	---

2023	2024	2025
RAGGIUNTO 91%	RAGGIUNTO 94%	RAGGIUNTO 94%

COMMENTI DA PARTE DELLA DIREZIONE

La soddisfazione espressa dagli utenti/clienti in generale è ottima. Si rileva quindi un trend più che positivo per tutti i servizi.

In caso di criticità: i/le Coordinatori/trici e i/le componenti delle Equipe hanno l'incarico di relazionarsi con gli Utenti stessi o Genitori o Familiari (o chi ne fa le veci: tutori, amministratori di sostegno, curatori) per comprenderne le motivazioni dei risultati discreti o insufficienti. In caso si evidenzi necessario di aprire una Azione di Miglioramento (AM) dedicata.

GESTIONE DEI RECLAMI, NON CONFORMITÀ (31.12.2025)

I reclami e le non conformità vengono raccolte/i nel file informatizzato **MRGQ14_REGISTRO NC_OSS_NM_R_AM**

La procedura di riferimento è: **PRGQ02_gestione delle N.C. / Reclami**

I/le Coordinatori/trici e Responsabili inviano alla Responsabile di gestione qualità il registro **MRGQ18_Registro NC_Reclami_Near Miss** compilato in ogni colonna.

Rispetto ai near miss inviano anche a RSPP il modulo dedicato per l'analisi dell'evento MRGQ59.

COMMENTI DA PARTE DELLA DIREZIONE

Sono stati presi in esame tutti i settori di produzione.

Esiti reclami rispetto alle cause

C1	ERRATA ESECUZ. FORNITORE	0
C2	ERRATA ESECUZ. INTERNA	5
C3	ERRATA CONSEGNA FORNITORE	0
C4	ERRATA COMUN. INTERNA	0
C5	ERRATA ORGANIZ. INTERNA	0
C6	ERRORE UTENTE/CLIENTE	0
C7	PERSONALE NON ADEGUATO	1
C8	PERSONALE NON FORMATO	0
C9	ROTT/USURA ELETT/MACCH	1
C10	PERSONALE ALTRA ORGANIZZ	0
C13	ALTRO (reclamo utente/cliente)	3
		10

Si rilevano **n. 10 RECLAMI**:

Si ringraziano i/le colleghi/e che stanno rilevando con maggiore attenzione i reclami, anche non scritti.

In particolare per i servizi autorizzati/accreditati socio sanitari ed extra-ospedalieri (L.R. 21/16), dove tale attenzione rientra tra gli **indicatori obbligatori** da monitorare annualmente.

La rilevazione è da incrementare in ogni caso in tutti i settori/servizi.

(1) Settore disabilità e salute mentale in età adulta

- SRDis2 MARGHERITA CASININA (servizio socio sanitario autorizzato e accreditato), si riceve lamentela da parte di famigliari sullo stato "fatiscente" degli armadietti personali quali arredo della struttura, vengono sostituiti (si era in attesa del termine dei lavori dei locali a cura dell'ente committente);

(1) Settore età evolutiva e giovani

- Nido d'infanzia LA TANA DEI CUCCIOLI, evidenze scritte da parte della referente ente su modulo soddisfazione annuale. La Resp di Settore ha gestito il reclamo tramite incontro diretto con la referente dell'ente, seguirà un secondo incontro con l'Assessora.

(8) Settore terza età e sanitario (SERVIZI ASSISTENZIALI c/o residenze dedicate alla terza età)

In questa tipologia di servizi i reclami si evidenziano più facilmente rispetto ad altre tipologie di servizio ed è fondamentale rilevarli, in particolare:

- (2) SRD MARGHERITA FANO (servizio socio sanitario autorizzato e accreditato), entrambi evidenziati dopo l'apertura della scatola dei reclami presente presso il servizio:
 - sono state prese delle misure per andare incontro alle richieste;

- in uno dei casi per scarsa qualità del pasto consegnato dalla mensa, chiedendo di valutare un cambio ditta, è stata aperta una azione di miglioramento.
- (1) RSA ARESE, un reclamo di un familiare evidenziato dalla direzione, è stato affrontato attraverso colloqui con i diretti interessati da parte della Coordinatrice;
- (5) RP SANTA COLOMBA (CASA AURA/ROVERELLA):
tre reclami aperti per errata esecuzione interna (C2) segnalati dai Resp di struttura:
 - sono stati affrontati attraverso colloqui da parte della Coordinatrice del personale; di cui uno con lettera di richiamo con applicazione di un provv disciplinare;
 - in un quarto caso per personale non adeguato (C7): la dipendente si è dimessa.

ALTRI SERVIZI: Non si rilevano reclami.

Si evidenzia una più puntuale ed attenta rilevazione dei RECLAMI, tale obiettivo oltre che per una buona qualità del servizio erogato, rientra tra gli indicatori obbligatori per i servizi autorizzati sociali e autorizzati/accreditati socio sanitari ed extra-ospedalieri, da monitorare con attenzione;

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO:

Si rimanda ai/alle Coordinatori/trici – Referenti servizi, la necessità di aprire le NC in caso di RECLAMI da parte degli enti o clienti, scritti o a voce, in collaborazione con i responsabili di settore.

Se tali reclami riguardano il personale è necessario effettuare un'analisi con la resp risorse umane e in caso si confermi l'attendibilità del reclamo valutare l'apertura di provvedimento disciplinare.

Lo stesso criterio deve essere adottato in caso non vengano rispettate procedure/istruzioni relative alla sicurezza sul lavoro (come da D.Lgs 231/01).

NON CONFORMITÀ - OSSERVAZIONI - CODICI DISCIPLINARI (31.12.2025)

I reclami, le non conformità e le azioni di miglioramento vengono raccolte/i nel file **MRGQ14_REGISTRO NC_OSS_NM_R_AM**

La procedura di riferimento è: **PRGQ02_ gestione delle N.C. / Reclami**

I/le Coordinatori/trici e Responsabili inviano alla Responsabile di gestione qualità il registro **MRGQ18_Registro NC_Reclami_Near Miss** compilato in ogni colonna.

Rispetto ai near miss inviano anche a RSPP il modulo dedicato per l'analisi dell'evento MRGQ59.

Uffici:	2022	2023	2024	2025
DIRETTORE GENERALE (DG)	-	-	-	-
RESP AMMINISTRATIVO (RA)	-	-	-	-
RESP SVILUPPO RISORSE UMANE (RSRU)	-	-	-	-
RESP RISORSE UMANE (RRU)	30 (COD DI-SCIP)	27 (COD DI-SCIP)	20 (COD DI-SCIP)	27 (COD DI-SCIP)
RESP APPALTI E GARE (RAP)	-	-	-	-
RESP SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO (RSGI) – RESP AUTORIZZ E ACCRED – REFERENTE GESTIONE DATI	Durante audit 19 OSS – 1 NC; dopo audit 2 NC	Durante audit 35 OSS – 5 NC	Durante audit 43 OSS e 2 NC + 2 NC succes- sive	Durante audit 26 OSS – 1 NC aperta durante audit – 2 NC fuori audit
RESP SERVIZIO DI PREVENZIONE PROTEZIONE (RSPP)	1 NC	1 NC	3 NC	3 NC
RESP AMMINISTRAZIONE - FORNITORI/ACQUISTI (RFN)	-	-	-	-
RESP MANUTENZIONI (RB)	-	-	-	-
RESP FORMAZIONE INTERNA (RF)	1 NC	-	-	-
RESP COMUNICAZIONE INTEGRATA (CI)	-	-	-	-
Servizi:				
SETTORE ETA' EVOLUTIVA E GIOVANI	7 NC	7 NC	9 NC	5 NC
SETTORE DISABILITA' E DISAGIO IN ETA' EVOLUTIVA: (MINORI) (PARI OPPORTUNITA')	2 NC	2 NC	3 NC	2 NC
	0 NC	0 NC	0 NC	0 NC
SETTORE DISABILITA' E SALUTE MENTALE IN ETA' ADULTA	5 NC	8 NC	10 NC	9 NC
SETTORE ACCOGLIENZA E INCLUSIONE: (MIGRANTI ADULTI e COM EDUCAT MINORI) (DIPEND PATOL)	7 NC	6 NC	9 NC	2 NC
	2 NC	3 NC	4 NC	4 NC
SETTORE TERZA ETA' E SANITARIO	17 NC	12 NC	12 NC	16 NC
Totale complessivo	45 NC	43 NC + 35 OSS + 27 COD DI- SCIPL	49 NC + 43 OSS + 20 (COD DI- SCIP)	44 NC + 26 OSS + 27 (COD DI- SCIP)

COMMENTI DA PARTE DELLA DIREZIONE

Sono stati presi in esame tutti i settori di produzione.

Esiti non conformità rispetto alle cause:

C1	ERRATA ESECUZIONE FORNITORE	2
C2	ERRATA ESECUZIONE INTERNA	25
C3	ERRATA CONSEGNA FORNITORE	0
C4	ERRATA COMUNICAZIONE INTERNA	0

C5	ERRATA ORGANIZZAZIONE INTERNA	1
C6	ERRORE UTENTE/CLIENTE	0
C7	PERSONALE NON ADEGUATO	4
C8	PERSONALE NON FORMATO	1
C9	ROTTURA/USURA ELETT/MACCH	8
C10	PERSONALE ALTRA ORGANIZZAZIONE	0
C13	ALTRO	3
		44

Le OSS e NC aperte dal Resp sistemi di gestione qualità sono dovute in particolare a:

- mancata conclusione dei documenti per poter effettuare concludere gli audit interni nei tempi utili, come da calendario concordato e comunicato e in seguito per poter definire il riesame;
- mancato utilizzo l'informativa GDPR per la protezione dati;
- mancato utilizzo questionari soddisfazione utente nei tempi previsti;

Le NC aperte dal RSPP sono dovute a:

- in seguito ad ordinaria ispezione AST PU Dipartimento di prevenzione Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;

Rispetto alle NC aperte nei servizi:

- la causa principale è dovuta ad Errata esecuzione interna (C2), trattate dal Coord in collaborazione con Resp di settore o responsabile dedicato. Ove necessario, in particolare nei casi dovuti a personale non adeguato (C7) sono stati aperti Codici disciplinari da parte della resp risorse umane;
- la seconda causa è dovuta a rottura/usura attrezzature.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO:

Si rimanda ai/alle coordinatori/trici – referenti servizi, la necessità di aprire le NC su fatti che evidenzino una interruzione dell'attività, in collaborazione con i responsabili di settore.

Rispetto alle NC si evidenzia la necessità di COMPILARE CON PRECISIONE TUTTI GLI SPAZI UTILI DEL REGISTRO MRGQ18_ REGISTRO NC_RECLAMI_NEAR MISS, e in particolare per le colonne:

<i>breve descrizione n.c</i>	<i>breve descrizione trattamento immediato</i>	<i>breve descrizione analisi delle cause</i>
------------------------------	--	--

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO (31.12.2025)

Le azioni di miglioramento vengono raccolte/i nel file **MRGQ14_REGISTRO NC_OSS_NM_R_AM**

La procedura di riferimento per l'apertura delle AZIONI DI MIGLIORAMENTO è: **PRGQ03_gestione delle Azioni di miglioramento.**

MODALITA' OPERATIVE

Il/la Responsabile di funzione / settore individua il problema/non conformità da risolvere (anche sollecitato dai/dalle Coordinatori/tici-Impiegati) e ricerca le cause verificando gli effetti e l'eventualità del ripetersi della non conformità. L'azione di miglioramento (AM) può essere avviata anche al di là di cause specifiche e non conformità, al fine di evidenziare una azione di miglioramento. Si evidenzia che le AM devono essere concluse entro il termine stabilito, in caso di necessità possono essere riprogrammate ma è necessario evidenziare da parte del/da Responsabile le motivazioni che devono essere comunicate alla Resp Sistema di gestione integrato (RSGI).

Ogni Responsabile tiene monitorate le AM avviate.

Il/la Responsabile redige l'**Azione Correttiva (Miglioramento)** su **posta elettronica, indirizzata al/la Direttore generale e alla Resp Sistema di gestione integrato**, ove riporta:

- la data di apertura della AM
- la descrizione della/e non conformità che evidenziano la necessità di avviare un'azione di miglioramento (AM) o altra motivazione
- le cause individuate
- le azioni previste
- le date di chiusura e/o verifica previste
- e la persona incaricata di attuarla.

Il/la RSGI:

- compila il file excell (MRGQ14 REGISTRO NC_OSS_NM_R_AM) dedicato anche alle Azioni di Miglioramento, con tutti i dati della AM inviati dal/la Responsabile e attribuisce un numero sequenziale.
- verifica se sono stati inviati tutti i dati utili, in caso di necessità richiede chiarimenti al Responsabile.
- verifica alla data prevista se la AM è stata attuata contattando il/la Responsabile:
 - Se la verifica di attuazione ha esito NEG ripianifica con il/la Responsabile una nuova data di attuazione (mettendo in evidenza le motivazioni comunicate dal Responsabile) e la procedura riprende da capo ridefinendo le azioni per portarle a termine.
 - Durante i riesami con la Direzione/DdL le AM vengono verificate.
 - Se la verifica di attuazione ha esito POS chiude la AM sul file dedicato.

**STATISTICHE AZIONI DI MIGLIORAMENTO APERTE DURANTE
L'ANNO 2025/PRIMO TRIMESTRE 2026**

ANNO	TOT	Concluse	Non concludere
2022	26	25	1 (riprogrammata)
2023	24	23	1 (riprogrammata)
2024	57	49	8 (1 da chiudere nel 2026 – 7 riprogrammate, di cui 3 relative a PDR125)
2025	45	22	23 (4 riprogrammate del 2026)

STATISTICHE AZIONI DI MIGLIORAMENTO APERTE DURANTE L'ANNO 2025/PRIMO TRIMESTRE 2026			
ANNO	TOT	Concluse	Non concludere
2026	13	0	13

COMMENTI DA PARTE DELLA DIREZIONE

Per la maggior parte delle AM sono state aperte a fine anno 2025 o inizi 2026

COMMENTO: Si ricorda la necessità di aprire le AM ad inizio l'anno, inviando una mail al Direttore e Resp sistemi di gestione integrata come da procedura.

Per tutte le altre azioni aperte, vedi **MRGQ14_REGISTRO NC_OSS_NM_R_AM**

Nel 2025 al 31.12.25 sono state aperte **45** AZIONI DI MIGLIORAMENTO:

- 22 chiuse al 31.12.25
- 19 erano state programmate con chiusura nel 2026
- 4 riprogrammate con chiusura nel 2026

Aperte da:

- 6 Resp settore terza età e sanitario
- 1 Resp settore età evolutiva e giovani
- 5 Resp settore disabilità e disagio in età evolutiva/Pari opportunità
- 6 Resp settore disabilità e salute mentale in età adulta
- 3 Resp settore accoglienza e inclusione
- 1 Coord SAI adulti (settore accoglienza e inclusione)
- 1 Resp struttura CEM CANAAN (settore accoglienza e inclusione)
- 2 Responsabile servizio di prevenzione e protezione
- 2 Resp comunicazione integrata
- 2 Resp interno per Santa Colomba (settore terza età e sanitario)
- 1 Resp amministrazione
- 1 Resp formazione interna e esterna
- 2 Resp sistema di gestione integrato (referente interno gestione dati)
- 4 Resp sistema di gestione integrato (in seguito ad audit terza parte RINA)
- 2 Resp sistema di gestione integrato (mantenimento o requisiti per rilascio degli accreditamenti)
- 3 Funzione risorse umane e paghe
- 3 Comitato Guida Pdr 125

45

Cause rilevate:

CAUSA ORGANIZZATIVA: AGGIORNAMENTO DOCUMENTI	7
CAUSA ORGANIZZATIVA: FORMAZIONE/SUPERVISIONE ANNUALE O PERIODICA	3
CAUSA ROTTURA INFRASTRUTTURA/ATTREZZATURA/MACCHINARIO	2
CAUSA ORGANIZZATIVA: AGGIORNAMENTO DOCUMENTI	1
CAUSA: NUOVA ORGANIZZAZIONE SERVIZIO	12
CAUSA: NUOVA ORGANIZZAZIONE UFFICIO	8
CAUSA: NUOVE OPPORTUNITÀ	3
CAUSA: NUOVO SERVIZIO DA INTEGRARE NEL SGI	1
CAUSA: OSSERVAZIONE RINA	4
CAUSA: RECLAMO O OSSERVAZIONE DA PARTE DI ENTE	4
	45