



Fondazione San Gottardo
Rapporto di gestione
2022

Indice

1. Rapporto di gestione.....	3
a. Direzione e organizzazione	3
1. Andamento.....	3
2. Basi legali.....	5
3. Obiettivi 2022	6
4. Obiettivi 2023	8
5. Organigramma e organizzazione	9
6. Organico attuale	10
7. Comunicazione	10
8. Digitalizzazione e ottimizzazione risorse IT	12
b. Risorse.....	12
1. Finanze	12
2. Personale.....	12
3. Materiali e attrezzature	14
4. Produzione.....	16
c. Prestazioni	18
1. Utenti	18
2. Settore sanitario	18
d. Qualità	19
1. Sviluppo SGQ	19
2. Documentazione SGQ.....	20
3. Proposte di miglioramento, punti deboli	20
4. Audit.....	23
2. Allegato 1 – Rapporto raggiungimento obiettivi annuali 2022	24
3. Allegato 2 – Pianificazione obiettivi annuali 2023	34
4. Allegato 3 – Rapporto valutazione della soddisfazione 2022.....	42

S-D1.1 RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ – RIESAME

Anno	2022
Periodo preso in esame	01 Gennaio 2022 – 31 dicembre 2022

A. Direzione e organizzazione

A.1. Andamento

La Fondazione San Gottardo è un'organizzazione sana e dinamica, è infatti sempre in evoluzione. Le realtà presenti sono più che consolidate, i collaboratori operano con consapevolezza in linea con la carta dei principi condivisi (rispetto, responsabilità, professionalità, accoglienza e protezione), la missione e la visione, portando avanti uno spirito volto al continuo miglioramento, condiviso da tutte le persone coinvolte. La rete e la collaborazione con il Cantone ed altri enti è sempre intensa, positiva e determinante e anche quest'anno si è dimostrata strategica.

Il Sistema Gestione Qualità è aggiornato al 18.11.2021 ed è conforme alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 dell'Ufficio Invalidi. Gli **obiettivi** annuali prefissati sono stati fino a questo momento **pienamente raggiunti in misura del 42%**, il 36% è in corso, mentre il 22% non è ancora stato raggiunto o è stato posticipato per varie ragioni.

I documenti più significativi aggiornati o creati nel 2022 sono i seguenti:

- A1.1 Carta dei principi condivisi
- A1.3b Analisi dei rischi di produzione e HACCP
- A3.1 Concetto di comunicazione
- A3.6 Gestione comunicazioni interne
- C1/C2/C3 Procedure e strumenti relative ai PA ottimizzate e aggiornate
- C2.7 Gestione dell'affettività e della sessualità
- D3.1 Gestione delle proposte di miglioramento e delle non conformità
- Modulo di segnalazione non conformità / proposte di miglioramento online (Intranet)

Il 2022 della Fondazione San Gottardo è stato caratterizzato da un'ampia gamma di tematiche:

Il tema **covid-19** è purtroppo rimasto ancora d'attualità, abbiamo cercato di garantire la protezione a utenti e collaboratori dal virus con tutto ciò che ne è conseguito: organizzazione delle vaccinazioni, adeguamento delle direttive interne, costante comunicazione con i collaboratori e con i famigliari degli utenti, organizzazione dei test mirati e ripetuti per i collaboratori non immunizzati, costante rifornimento dei materiali di protezione, ecc. Le direttive interne si sono trasformate in un **Piano di protezione** generale a maggio 2022, secondo direttive cantonali. Si è lavorato molto per un **ritorno alla normalità** e assicurare un **contesto di vita positivo**.

È stata elaborata e pubblicata la **carta dei principi condivisi** FSG, documento rivisto con i collaboratori, con il Comitato di Gestione e con il Consiglio di Fondazione. Con questa carta la FSG si impegna a promuovere i principi di **rispetto, responsabilità, professionalità e protezione**. In alcune occasioni la carta dei principi è stata importante per ottimizzare e migliorare il lavoro svolto. Il documento è a disposizione e pubblico.

In ambito **educativo** si è lavorato molto per consolidare e migliorare il lavoro già ottimo delle **équipe di Cà Mia e dell'Orto il Gelso** al fine di adattare l'organizzazione e le attività ai bisogni in continua evoluzione dell'utenza. Sono inoltre state **riviste alcune procedure del settore progetti abitativi (PA)**. Il progetto **PA con maggior presa a carico (PA+)** avviato nel **2021** con l'Ufficio Invalidi è operativo da novembre.

Gli appartamenti con maggior presa a carico educativa (PA+) sono un'opportunità per utenti che hanno vissuto in foyer per intraprendere un percorso di autonomia in appartamenti propri con un accompagnamento educativo. Una nuova prestazione e un nuovo modello abitativo che cerca di rispondere al meglio ai bisogni dell'utenza in ottica di

autonomia e autodeterminazione. Per Casa Don Orione ci si confronta sempre più con il tema dell'invecchiamento dell'utenza e con la necessità di ottimizzare la presa a carico sanitaria.

Nei primi mesi dell'anno il Gestore Qualità, l'équipe del laboratorio Orto il Gelso e la Direzione, si sono occupati intensamente di eseguire **un'analisi dei rischi approfondita (micro) e specifica per il settore produzione** con particolare attenzione per gli aspetti di sicurezza e igiene alimentare (**HACCP**).

L'esigenza, scaturita da una non conformità riscontrata lo scorso anno, si è tramutata in opportunità ed in un progetto più ampio comprendente l'identificazione dei rischi con la relativa definizione del grado di rischio, la definizione di misure da intraprendere, il calcolo del rischio residuo, l'aggiornamento di procedure e strumenti esistenti, la creazione di nuove procedure e strumenti ed il monitoraggio. Il progetto è stato intrapreso anche come lavoro di diploma per la formazione cantonale di Gestore Qualità. Il secondo obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare se il passaggio da **un'analisi dei rischi generale (macro) ad una più specifica per settore (micro)** fosse sostenibile. A livello di risorse utilizzate, in questo ambito è stato sostenibile, potrebbe dunque essere un progetto da implementare nei prossimi anni anche per altri settori.

Si sono conclusi i lavori per la riattazione della **Casa di Airolo**. La struttura è ora pronta e dispone di due bellissimi appartamenti rinnovati con sei posti letto ciascuno. La Casa è a disposizione delle équipe e degli utenti per soggiorni, nonché dei collaboratori per uso privato. È stato creato un sistema di prenotazione online sulla intranet e si sta ultimando la preparazione della documentazione come ad esempio un regolamento. La casa è dotata di videosorveglianza esterna e di riscaldamento azionabile a distanza.

In ambito **informatico** si lavora costantemente per mantenere un adeguato livello di **sicurezza** e di buon funzionamento delle apparecchiature e ci si prepara per l'entrata in vigore della nuova Legge Protezione Dati. La rete IT diventa sempre più grande, essendo ormai più di 160 collaboratori e richiede continuamente **nuove riflessioni, adeguamenti ed investimenti**. Sono stati sostituiti diversi computer con sistemi operativi obsoleti, così come altre apparecchiature di rete e di sicurezza informatica.

Si sta espandendo l'utilizzo della cartella informatizzata **E-Clinic**, dopo Casa Don Orione, anche a Cà Mia e ai Centri Diurni. Si sta valutando il passaggio in cloud del sistema di archiviazione digitale **DocuWare**.

Si è lavorato con le ditte partner anche per adeguarsi alla nuova regolamentazione delle **fatture con codice QR**, sia per quanto concerne le fatture emesse sia per quanto concerne il pagamento delle fatture creditori.

Si sta lavorando anche sulla **cyber sicurezza**, con comunicazioni e consigli a tutto il personale. Si sta valutando la verifica approfondita su questo tema da parte di un'azienda esterna per definire il grado di sicurezza attuale e redigere un piano di protezione e di risposta agli incidenti.

A livello amministrativo continua il grande impegno richiesto dall'adeguamento delle procedure alla **legge sulle commesse pubbliche (LCPub) ed al rispettivo regolamento**. La legge richiede infatti un'attenta analisi dei fornitori nonché la richiesta semestrale di molta documentazione. Il processo è in corso, così come l'adeguamento delle procedure.

La Direzione ha indetto un'assemblea del personale per affrontare il tema della **previdenza professionale LPP** e per valutarne il cambio di modello. I collaboratori hanno votato e deciso per il passaggio al modello semi autonomo. Tuttavia la situazione incerta a livello nazionale ed internazionale ha reso meno interessanti le attuali proposte di mercato. La questione sarà rivalutata il prossimo anno.

Il **lavoro in rete** si conferma un tassello fondamentale per un'organizzazione come la FSG. A livello di Direzione si è lavorato in particolare con il Cantone (Ufficio invalidi), con ATIS, con la commissione Lispi, la commissione paritetica e i vari gruppi operativi cantonali. Fra i temi trattati il riconoscimento di titoli stranieri, la creazione della commissione etica di settore, il rinnovo del sistema contabile e altri temi che toccheranno il settore.

In occasione della **giornata cantonale sulla vita**, abbiamo collaborato con il DSS confezionando e fornendo, ai rappresentanti del Gran Consiglio, 90 piantine di rosmarino coltivate presso l'Orto il Gelso con vasi decorati dagli utenti di Casa Don Orione, dei CD e di Cà Mia, evento ripreso anche a livello mediatico.

Il 6 ottobre l'Onorevole Consigliere di Stato e Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità **Raffaele De Rosa** ha fatto **visita a Casa don Orione** con alcuni suoi collaboratori. Durante la visita hanno potuto conoscere la struttura, gli utenti ed i collaboratori presenti. Una visita molto apprezzata da utenti e collaboratori.

Il tema della **sostenibilità ambientale** continua ad essere importante anche per la FSG. Oltre a progetti già intrapresi lo scorso anno quali ad esempio la rimessa in funzione del grande **orto di Casa don Orione** a Lopagno, allo scopo di avere **verdure e ortaggi a km 0 per rifornire la cucina**, nel 2022 si è lavorato ancora per migliorare l'impatto ambientale della nostra organizzazione.

In primis è stata completamente **eliminata la plastica** dal prodotto che vendiamo maggiormente: le **tisane bio**. Da quest'anno, infatti, tutto l'imballaggio è interamente composto da materiali riciclati, riciclabili e compostabili. Siamo molto fieri di questo traguardo perché ha richiesto diversi anni di ricerche e studi prima di ottenere un risultato di qualità.

Il nostro partner certificatore dei prodotti regionali Alpinavera (Marchio Ticino regio.garantie) ha introdotto un nuovo sistema di punteggio sui prodotti relativo alla sostenibilità ambientale: **Ecoscore**, elaborato da Beelong. Una scala di valori da A fino a E (come per l'efficienza energetica) che indica il consumo di Co2 per la produzione di ogni prodotto. La maggior parte dei nostri prodotti ha un punteggio A.

Presso l'Orto il Gelso è iniziato un progetto per la produzione di **biogas** partendo dagli scarti vegetali, attualmente è in fase di test.

Durante l'anno sono state emanate diverse comunicazioni di sensibilizzazione al **risparmio energetico**.

Come negli scorsi anni anche nel 2022 partecipiamo al calendario dell'avvento **"24 sguardi sostenibili"** che mira a sensibilizzare sulla sostenibilità in Ticino.

Durante l'anno, come per tutta la popolazione sono emerse importanti preoccupazioni per **l'aumento dei costi dell'energia** le quali hanno portato ad attente riflessioni e all'introduzione di alcune misure di risparmio. Su questo tema sono state emanate alcune comunicazioni interne a tutti i collaboratori fornendo consigli utili sul lavoro e nella vita privata e invitando ad adottare comportamenti che permettano di contenere i consumi.

Anche quest'anno abbiamo potuto rimarcare nei collaboratori una grande **consapevolezza**, aspetto che si nota nell'operato quotidiano, nei valori promossi, nella coesione nei confronti della missione e della visione che la Fondazione San Gottardo propone. **Vivendo la quotidianità della Fondazione San Gottardo, si percepisce senza dubbi che tutte le persone che ne fanno parte lavorano sullo stesso percorso, al fine di raggiungere gli stessi obiettivi, per il benessere delle persone che accogliamo e accompagniamo.**

Anche nell'ambito dell'applicazione delle misure di protezione dal covid-19, nella partecipazione a proposte di miglioramento o modifiche al SGQ, nell'indagine di valutazione della soddisfazione, nella volontà di ridurre gli sprechi energetici per non gravare sull'organizzazione (e sull'ambiente), si è riscontrata una partecipazione attiva dei collaboratori.

A.2. Basi legali

L'elenco delle basi legali (A1.6 Basi legali) è aggiornato al 17.11.2022. Durante l'anno sono state apportate modifiche ai seguenti testi di legge:

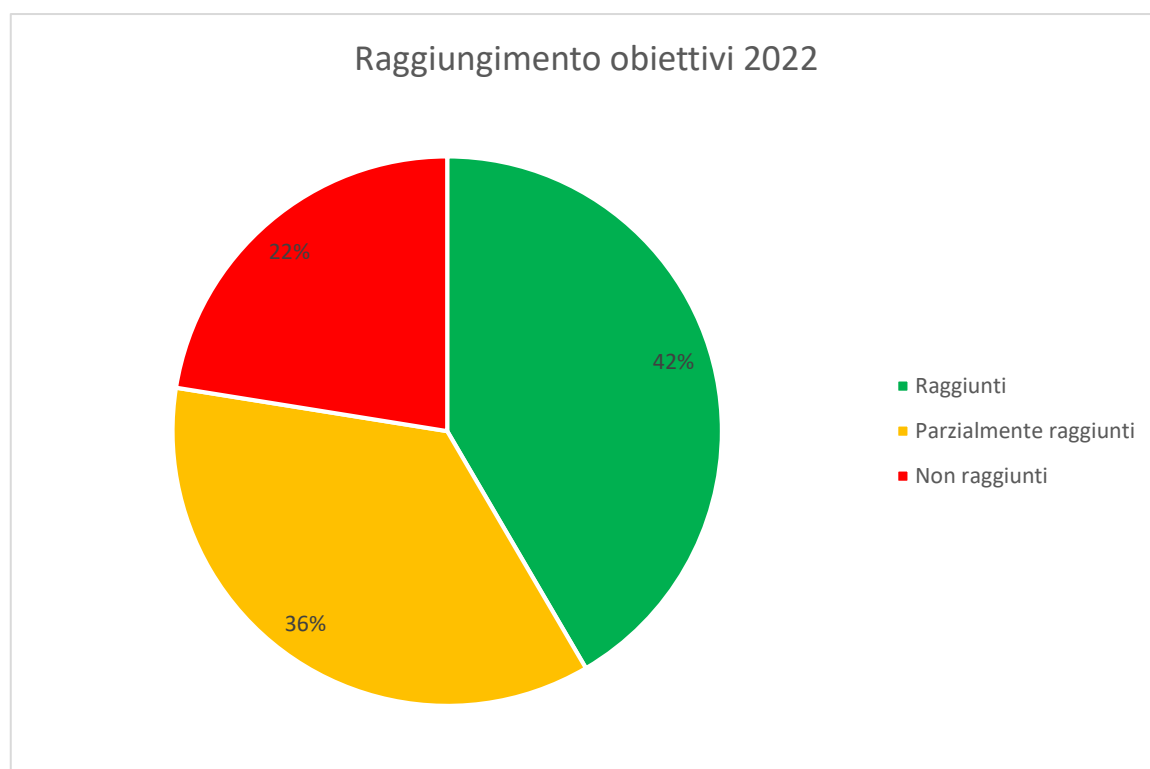
- Direttiva 5 contributo globale istituti per invalidi adulti, Dasf, 01.06.2022
- 210 - Codice civile Svizzero (CC) 01.07.2022
- 832.20 Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) 01.01.2022
- 830.1 Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) 01.01.2022
- 830.11 Ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA) 01.01.2022
- 831.20 Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) 01.01.2022
- 831.10 Legge federale su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS) 01.01.2022
- 817.02 Ordinanza sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso (ODerr) 15.07.2022
- RS 910.1 Legge federale del 29 aprile 1998 sull'agricoltura 01.03.2022
- Legge sulle commesse pubbliche (LCPubb) 01.03.2022

- Regolamento di applicazione della legge sulle commesse pubbliche e del concordato intercantonale sugli appalti pubblici (RLCPubb/CIAP) 02.02.2022
- 818.101 Legge federale del 28 settembre 2012 sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (Legge sulle epidemie, LEp) (01.07.2022)
- 818.101.24 Ordinanza 3 sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID-19) (Ordinanza 3 COVID-19) del 19 giugno 2020 (13.05.2022)
- Direttiva sulle attività nelle Case per Anziani, Istituti per invalidi, Centri diurni terapeutici e Centri Diurni Socioassistenziali sull'accesso e sulla gestione del personale curante e assistenziale durante l'epidemia COVID-19 (13.10.2022)

Legge sulle commesse pubbliche – LCPub: la nuova regolamentazione cantonale riguardo alle commesse pubbliche ha richiesto e richiede grande impegno per la raccolta della documentazione necessaria da tutti i fornitori. Il Direttore e la responsabile del settore amministrazione e servizi hanno partecipato alla formazione cantonale specifica, ottenendo la possibilità di autocertificare la FSG nel rispetto della LCPub.

A.3. Obiettivi 2022

Nel corso del 2022 sono stati pianificati 89 obiettivi primari e secondari, di seguito è riportata la descrizione dell'avanzamento di quelli primari. Per osservare il grado di avanzamento tutti gli obiettivi consultare il documento S-A1.1 Obiettivi annuali 2022 (allegato 1).



- **Riorganizzazione e ottimizzazione settore amministrazione e servizi. Rivisitazione luoghi di lavoro. Obiettivo completato al 90%.** Nel settore amministrativo è stata assunta a tempo parziale una nuova collaboratrice, quale importante supporto per la parte contabile, migliorando l'efficienza di questo settore. Per quanto concerne gli spazi di lavoro sono stati ridistribuiti, a Casa don Orione si è creato un ufficio al terzo piano dedicato a contabilità, finanza e risorse umane. La Direzione si è spostata al pian terreno condividendo lo spazio di lavoro con il Gestore Qualità, aspetto molto importante per entrambe le parti al fine di una gestione più efficiente degli aspetti legati a comunicazione e qualità. Alcune postazioni sono state dotate di scrivanie regolabili in altezza per migliorare l'ergonomia. Nel settore dei servizi sono in fase di attuazione alcuni cambiamenti che saranno definitivi a fine anno.

- **Riorganizzazione del settore Progetti abitativi (PA) sotto Cà Mia (nuovo settore residenziale). Obiettivo completato al 90%.** Nel settore amministrativo è stata assunta a tempo parziale una nuova collaboratrice, quale importante supporto per la parte contabile, migliorando l'efficienza di questo settore. Per quanto concerne gli spazi di lavoro sono stati ridistribuiti, a Casa don Orione si è creato un ufficio al terzo piano dedicato a contabilità, finanza e risorse umane. La Direzione si è spostata al pian terreno condividendo lo spazio di lavoro con il Gestore Qualità, aspetto molto importante per entrambe le parti al fine di una gestione più efficiente degli aspetti legati a comunicazione e qualità. Alcune postazioni sono state dotate di scrivanie regolabili in altezza per migliorare l'ergonomia. Nel settore dei servizi sono in corso alcuni cambiamenti che saranno definitivi a fine anno.
- **Ottimizzazione e valorizzazione del ruolo di referente d'équipe. Obiettivo completato al 75%.** Tutti i settori dispongono ora della figura di referente d'équipe. I ruoli sono stati meglio definiti e nel corso dell'anno si sono consolidati. Sono state svolte diverse riunioni tra la Direzione, i Responsabili di settore e i referenti d'équipe.
- **Ottimizzazione organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo. Obiettivo completato al 20%.** Si tratta di rivalutare la documentazione SGQ relativa al settore amministrativo, di aggiornarla e di creare eventuali procedure e strumenti nuovi mancanti. Questo processo è iniziato ma non si è riusciti a concluderlo a causa di altre priorità intercorse durante l'anno.
- **LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Obiettivo completato al 75%.** Il Direttore e la responsabile del settore amministrativo hanno seguito e superato la formazione cantonale in merito alla legge sulle commesse pubbliche. La direttiva è in fase di applicazione.
- **LcPUB – concorsi realizzati dove necessario. Obiettivo completato al 50%.** Dopo attenta analisi e valutazione degli ambiti interessati è in corso la preparazione dei concorsi.
- **LcPUB – realizzazione procedura acquisti in base a LcPub per SGQ. Obiettivo completato al 20%.** La bozza del documento è stata creata, ma data la complessità della legge e del suo regolamento di applicazione è rimasta in sospeso. Da riprendere e concludere.
- **LcPUB – applicazione per acquisti. Obiettivo completato al 60%.** La legge ed il suo regolamento vengono applicati, tuttavia come descritto nel punto precedente, non è ancora stata aggiornata la procedura in SGQ.
- **Avvio progetto PA con maggior presa a carico educativa (PA+), accompagnamento per acquisizione appartamenti utenti. Obiettivo completato al 100%.** Il progetto è stato approvato dall'Ufficio invalidi, gli appartamenti sono stati acquisiti, i primi due utenti sono stati inseriti in questo contesto il 15.11.2022.
- **Avvio utilizzo casa di Airolo. Obiettivo completato al 75%.** I lavori di ristrutturazione sono terminati ad inizio estate, la casa è pronta e ha già ospitato delle persone. Sono in corso di ultimazione le procedure di prenotazione ed il regolamento di utilizzo della casa.
- **Creato manuale procedure specifico per settore produttivo. Obiettivo completato al 50%.** In corso.
- **Ottimizzazione in seguito alla creazione dell'analisi HACCP produzione. Obiettivo completato al 75%.** L'analisi rischi e HACCP specifica per il settore produzione dell'Orto il Gelso è conclusa ed è stata approvata da Migros, SQTS e dal Laboratorio Cantonale. Miglioramenti e applicazione in corso.
- **Iscrizione prodotti al Laboratorio Cantonale. Obiettivo completato al 100%.** Dossier completato.
- **Rafforzamento concetto di "CASA", diritti e doveri nell'ambito del settore residenziale. Obiettivo completato al 75%.** In corso, ci si sta lavorando insieme al Cantone.
- **Informazione alle famiglie sul tema dell'autonomia e autodeterminazione e sull'aspetto legati ai ruoli delle "curatele". Obiettivo completato al 25%.** È stata avviata la riflessione e la condivisione con le famiglie.
- **Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori" Obiettivo completato al 25%.** Applicazione realizzata per ora a Cà Mia nel contesto delle vaccinazioni Covid-19.
- **È stato riorganizzato e ottimizzato il settore sanitario di Casa Don Orione: Cambio medico di riferimento CDO, Svincolo informazioni mediche (CDO, CàMia, AP), Definizione rappresentante provvedimenti sanitari (CDO, CàMia). Obiettivo completato al 70%.** Il medico di riferimento è stato cambiato, è stato aggiornato il foglio per lo svincolo di informazioni mediche, sono in corso gli incontri (con gli PSI) per definire i rappresentanti per i provvedimenti sanitari.

- **Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Dopo Casa Don Orione, implementazione progressiva nel resto della FSG. Obiettivo completato al 80%.** A Casa Don Orione il sistema è ora ben conosciuto e utilizzato, è in corso l'estensione a Cà Mia e ai Centri Diurni.
- **Formazione su rischi / SGQ (per avere poi un sistema bottom up di informazioni dai settori) - cultura del "rischio" come prevenzione. Obiettivo completato al 60%.** Obiettivo parzialmente raggiunto, la Direzione ha incontrato le équipes parlando di rischi nell'ambito della comunicazione.
- **Migliorare pianificazione (triennale) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ. Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina. Obiettivo completato al 20%.** Progetto iniziato poi sospeso a causa di altre priorità intercorse durante l'anno, da riprendere per fine anno o nel 2023.

Misure: mettere in atto le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi 2022 mancanti

A.4. Obiettivi 2023

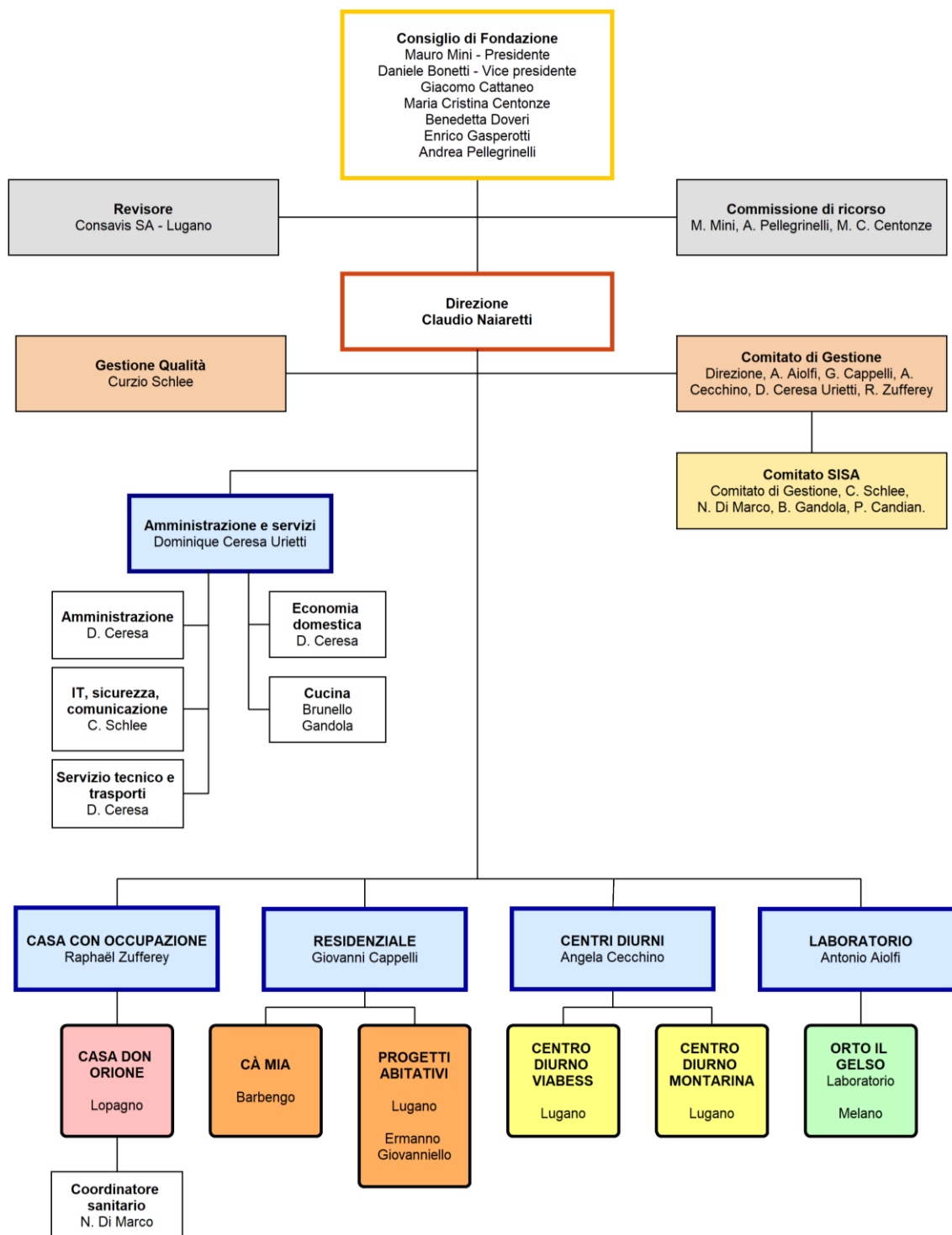
Gli obiettivi per l'anno 2023 sono stati elaborati dalla Direzione, dal Gestore Qualità e dal Comitato di Gestione (S-A1.1 Obiettivi annuali 2023) nel mese di novembre. Gli obiettivi principali pianificati riguardano:

- prosieguo dell'adeguamento alle normative cantonali in vigore sulle commesse pubbliche (LCPubb);
- adeguamento alla nuova legge federale sulla protezione dei dati che entrerà in vigore a settembre 2023;
- revisione dell'organigramma;
- riorganizzazione del settore amministrativo;
- riorganizzazione della gestione del magazzino e degli acquisti;
- avvio di riflessioni per un'eventuale costruzione a Casa Don Orione;
- avvio di un progetto sull'invecchiamento dell'utenza di Casa Don Orione;
- diversi progetti legati alla digitalizzazione e al miglioramento della sicurezza informatica;
- potenziamento dell'utilizzo della cartella sanitaria informatizzata;
- adeguamento del nuovo piano contabile;
- riorganizzazione del settore sanitario e del ruolo del referente sanitario;
- miglioramento della pianificazione degli audit interni;

oltre a molti altri obiettivi operativi, consultabili nell'allegato 2 a questo documento.

A.5. Organigramma e organizzazione

L'organigramma (A2.2 Organigramma) è stato modificato e ufficializzato il 31.01.2022. L'unico cambiamento avvenuto è stata la decisione staccare il settore dei Progetti Abitativi dal Laboratorio e di creare un settore denominato "Residenziale" con gli appartamenti ed il foyer Cà Mia. È in corso una rivalutazione dell'intero organigramma i cui cambiamenti saranno messi in atto ad inizio 2023.



Consiglio di Fondazione, comitato di gestione, comitato SISA

La comunicazione con il Consiglio di Fondazione è gestita dal Direttore, è diretta precisa, puntuale e costante. Nel 2022 ci sono state 8 riunioni strategiche, e una con i Responsabili di Settore, una per l'approvazione del preventivo e una per la chiusura dell'esercizio dell'anno contabile come previsto dalle direttive in vigore. Tutti gli aspetti strategici sono pianificati in seno al Consiglio di Fondazione che è costantemente informato e aggiornato sulle attività interne, la situazione degli utenti, del personale e i progetti in corso. Oltre alle riunioni del CdF, la collaborazione tra la Direzione e la Presidenza è intensa e regolare.

Il Comitato di Gestione si conferma un organo decisionale e strategico fondamentale per l'operato della FSG. Nel 2022 si è riunito 34 volte, di cui due volte con il comitato SISA, e una giornata speciale di lavoro per l'allestimento dei preventivi 2023. Vi è stato anche un incontro tra il Comitato di Gestione e l'Ufficio invalidi.

Il comitato SISA (Sicurezza e Salute) si è riunito 2 volte.

A.6. Organico attuale

A dicembre 2022 la Fondazione San Gottardo accoglie **129 utenti, in 5 strutture e 23 appartamenti protetti più un appartamento protetto con maggior presa a carico (PA+)**, con l'ausilio di **161 collaboratori**.

Settore	Prestazione	Utenti	Collab.
Casa don Orione	Residenziale con occupazione	34	40
Cà Mia	Residenziale senza occupazione	17+1	23
Centro Diurno Montarina	Centro Diurno	10	7
Centro Diurno Viabess	Centro Diurno	17	8
Orto il Gelso	Laboratorio agricolo + stireria	25	10
Progetti abitativi	Appartamenti protetti	23	5
Progetti abitativi plus	Appartamenti protetti con maggior presa a carico	2	1
Amministrazione e servizi	Amministrazione	-	6
	Cucina e aiuto cucina	-	7
	Economia domestica	-	6
	Trasporti e manutenzione	-	6
Direzione + Responsabili di settore	Comitato di Gestione	-	5
Apprendisti in formazione	Educativo e cucina	-	5
Supplenti		-	27
Personale in formazione /stage		-	5
Totale		129	161

Documenti di riferimento: Contratto di prestazione 2022, elenco utenti, elenco collaboratori.

A.7. Comunicazione

- I **famigliari ed i rappresentanti legali** degli utenti sono stati costantemente informati dell'evoluzione legata al covid, direttamente dagli educatori e dai responsabili di settore nonché dalla Direzione tramite lettera. Da ottobre a e dicembre sono stati indetti diversi momenti di incontro, a piccoli gruppi, con i famigliari.
- Il sito web **www.fsangottardo.ch** ha avuto un incremento delle visite del 19.30% rispetto allo scorso anno con 10278 visite (2021: 8615) con 8047 visitatori (2021: 6834), per un totale di 22943 pagine visualizzate (2021: 10132 +13.96%). (Dati Google Analytics)
- Le pagine più visualizzate sono state nell'ordine: La Fondazione, Legna da ardere, Contatti, Casa don Orione, Orto il Gelso, Cà Mia, Ordinazioni (online shop), Minigolf, Luoghi. Questo ordine, a parte la pagina sulla legna da

ardere in vendita (con uno strano aumento del 289.77%, dovuto quasi certamente alla scarsità di legna sul mercato durante il 2022) rispecchia il comportamento dei visitatori degli anni precedenti.

- L'online shop si trova al 8. posto nel numero di visite come nel 2021 e nel 2020, la pagina ha avuto un aumento delle visite rispetto al 2021 (+8%) e ha portato a 15 ordini diretti, più altri indiretti via telefono o e-mail. Diversi di questi ordini sono giunti dalla Svizzera tedesca e romanda, probabilmente grazie alla guida agli acquisti di Alpinavera. Lo stock disponibile online è molto ridotto, in quanto il nostro primo canale di smercio è Migros, la quale detiene anche la quasi totalità dello stock. Altri prodotti sono invece soggetti a disponibilità stagionale. L'online shop è un valore aggiunto alla nostra produzione, ma volutamente non è il canale primario di vendita, anche perché non avremmo le risorse per gestire la logistica di un grande volume di ordini.
- Nelle recensioni di Google il punteggio è di 5 su 5.
- La pagina Facebook Fondazione San Gottardo, è seguita da 539 persone (2021: 520). Il punteggio risultante dalle recensioni è di 4.6 su 5.
- La pagina Facebook relativa al Minigolf Lopagno, è seguita da 293 persone (2021: 303). La cifra è diminuita perché per il terzo anno il Minigolf è rimasto chiuso per evitare che visitatori esterni entrassero nella struttura, quale protezione verso i nostri utenti dal virus Covid-19. Il punteggio risultante dalle recensioni è di 5 su 5.
- La **intranet** interna rimane la piattaforma di comunicazione principale dalla Direzione/Amministrazione verso i collaboratori per le comunicazioni rilevanti. Ogni "news" pubblicata sul portale viene anche recapitata automaticamente via e-mail a tutti, nel 2022 sono state pubblicate e inviate 33 comunicazioni. Le tematiche più importanti sono state: gestione covid-19, cyber sicurezza e protezione dei dati, prodotti, sicurezza e salute, SGQ, eventi FSG, sostenibilità ambientale, risparmio energetico.
- Il bollettino San Gottardo Racconta è stato distribuito in 1100 copie ed inviato o consegnato a utenti, collaboratori, famigliari e rappresentanti legali degli utenti, donatori, clienti, fornitori, e partner su tutto il territorio.
- **Media:** Migros Ticino ha realizzato un bellissimo spot per la linea di prodotti I Nostrani del Ticino, girato all'Orto il Gelso. Lo spot è andato in onda sui canali RSI. <https://www.youtube.com/watch?v=qsf3R0SzYm8>
- Nel 2022 vi sono state alcune altre apparizioni sui media, quali un servizio sull'Orto il Gelso per la trasmissione Insieme (RSI) andato in onda il 22.01.2022, due articoli su Cooperazione ("Compagna di vita" 08.03.2022, "Amici e colleghi a quattro zampe" 24.08.2022) ed infine vari riferimenti in occasione della giornata cantonale sulla vita, voluta dal Gran Consiglio, per il quale sono state fornite 90 piantine di rosmarino bio preparate dagli utenti dell'Orto il Gelso con i relativi vasi decorati degli utenti di Casa don Orione (14.03.2022).
- Partecipazione attiva al calendario dell'avvento **24 sguardi sostenibili, che promuove la sostenibilità in Ticino** con la messa in palio di 4 set di prodotti dell'Orto il Gelso. www.sguardisostenibili.ch

Eventi

Riunione plenaria: il 18 maggio si è svolta l'assemblea del personale FSG a Melano. Si è fatto il punto della situazione riguardo alla Fondazione e si è parlato di previdenza professionale (LPP).

FSG Summer beach party: il 18 giugno è stata organizzata una giornata estiva e sportiva per i collaboratori presso il centro sportivo di Rivera con torneo di beach volley, giochi, grigliata, musica, ecc. Una bella giornata di sole trascorsa in compagnia dei tanti collaboratori delle diverse strutture FSG, importante per creare condivisione e unione.

Colonie e vacanze: dopo due anni, grazie alla situazione più tranquilla durante l'estate per quanto concerne il covid-19, gli utenti dei settori residenziali hanno finalmente potuto riprendere le tradizionali colonie e vacanze estive in gruppo.

Il Minigolf di Lopagno è rimasto chiuso quale precauzione e protezione dal covid-19 verso gli utenti della Casa. Era stata data disponibilità ad aprire in occasione dell'evento **Sportissima**, ma però poi non è stato organizzato in Capriasca per mancanza di società partecipanti.

Ad inizio dicembre è stato organizzato un momento di incontro informale per i collaboratori. Un'occasione per ritrovarsi tutti assieme e ringraziare i collaboratori per il grande lavoro realizzato durante l'anno.

A.8. Digitalizzazione e ottimizzazione delle risorse IT

- L'archiviazione digitale con DocuWare è ben gestita. Lo strumento è diventato fondamentale per l'amministrazione, in più situazioni si è dimostrato utile ed efficiente. È in corso un accompagnamento da parte del fornitore per l'ottimizzazione del programma e del modulo di interfaccia con la parte contabile. Si sta valutando lo spostamento da server proprio a Cloud. Ciò permetterebbe di sgravare una parte di hardware e della relativa manutenzione, nonché di avere a disposizione tutte i moduli e le funzionalità di DocuWare, ma con maggiori costi mensili. Sarà una riflessione per il 2023.
- Cartella informatizzata utenti: l'introduzione del software Eclinic per la gestione informatizzata degli utenti, sia in campo amministrativo, sia educativo, sia sanitario ha richiesto parecchi sforzi a livello organizzativo anche nel 2022 per estendere il progetto alle strutture Cà Mia e ai Centri Diurni Viabess e Montarina.
- Abbiamo dovuto adeguare gli strumenti informatici contabili alle nuove fatture con polizza QR, sia per quanto riguarda l'emissione di fatture ai debitori sia per l'elaborazione ed il pagamento delle fatture creditori.
- È già stato pianificato l'adeguamento del nuovo piano contabile e le nuove liste del personale, così come richiesto dall'ente sussidiante entro i termini stabiliti.
- A Casa don Orione, ai Centri Diurni e a Cà Mia sono stati sostituiti quasi tutte le postazioni PC per permettere di lavorare in modo adeguato ed in sicurezza, in particolare con Eclinic, che ora è diventato lo strumento principale di lavoro per gli operatori del settore educativo e sanitario.
- Cyber sicurezza: questo argomento è sempre più importante e di attualità. Abbiamo incontrato una ditta esterna la quale offre un servizio la valutazione completa dei rischi cyber con un relativo piano di risposta agli incidenti. A causa dei costi non indifferenti e di altri investimenti legati all'IT effettuati durante il 2022, questa valutazione è posticipata al prossimo anno. Il responsabile sicurezza e IT ha seguito una formazione sul tema.

Si è discusso del tema comunicazione e dei rischi legati ad essa con i collaboratori, sono state inoltre diffuse varie comunicazioni di sensibilizzazione inerenti la protezione dei dati, la sicurezza in internet e sul server di lavoro, sulle truffe online, ecc.

- Casa di Airolo: la casa è stata dotata di videosorveglianza e di collegamento internet per la gestione a distanza dell'impianto di riscaldamento.

B. Risorse

B.1. Finanze

L'esercizio 2022 della Fondazione chiude con un consuntivo presentato con un totale di bilancio di CHF 8'340'096.69.

Le spese totali d'esercizio ammontano a 10'393'503.17 i ricavi complessivi sono pari a 10'326'498.61 che portano ad un deficit complessivo provvisorio di CHF 67'004.56.

B.2. Personale

La Fondazione San Gottardo impiega 161 collaboratori, di cui 10 in formazione (apprendistati e stage). Nel 2022 i Responsabili di settore hanno svolto i colloqui personali con tutti i collaboratori. Sono stati organizzati gli incontri conoscitivi e formativi con i nuovi assunti. L'accompagnamento è effettuato direttamente dai referenti d'équipe o dai Responsabili di Settore. A tutti i nuovi assunti è stato consegnato il documento "Benvenuti alla Fondazione San Gottardo".

B.2.1. Soddisfazione dei collaboratori

L'indagine di valutazione della soddisfazione 2022 è conclusa. Per il terzo anno i questionari sono stati sviluppati in forma digitale interattiva, disponibili online sulla piattaforma "Survio", questo permette una raccolta dati molto più

rapida. I risultati hanno confermato un buon grado generale di soddisfazione. Il tasso di partecipazione è stato del 50.83%, 3.04% in meno rispetto al 2021 (61 questionari su 120, tutti online).

La media di tutte le risposte si situa a 4.03 su 5, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2021 il punteggio risulta più basso di 0.02 punti ed è il terzo punteggio più alto dal 2012 ad oggi.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

1. Direzione (4.35)
2. Ambiente di lavoro nel proprio settore (4.31)
3. Giudizio generale sulla FSG (4.28)
4. Responsabile di settore (4.24)
5. Possibilità di partecipare a formazioni (4.23)

Gli aspetti meno apprezzati dai collaboratori, sebbene con punteggi sopra la sufficienza, sono risultati:

- Manutenzione (3.46)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.56)
- Cucina (3.71)

Per quanto concerne la parte libera, si è contano molti contributi attivi, sia positivi, sia come proposte di miglioramento. Questo trend è iniziato tre anni fa, prima ciò avveniva in rari casi, ed è segno di consapevolezza nell'operato di tutti i collaboratori della Fondazione e nel sistema gestione qualità, inoltre è segno di comprensione dello scopo reale di questa indagine ossia quello di fornire alla Direzione e al Comitato di Gestione input per continuare a progredire positivamente nell'operato quotidiano, cercando di migliorare le condizioni lavorative di tutti i collaboratori e delle persone che accogliamo.

Per questioni di privacy le osservazioni sono raccolte in un documento separato e sono al vaglio del Comitato di Gestione, le stesse verranno discusse puntualmente, riprese nelle riunioni d'équipe o se del caso, riprese come obiettivi istituzionali per il 2023.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2022.

B.2.2. Formazione

Supervisione

Nel 2022 abbiamo potuto riprendere a pieno regime gli importanti momenti di supervisione d'équipe ed individuali. Si sono svolte 28 supervisioni con le équipe di tutti i settori.

Formazione interna

Sono state svolte alcune formazioni interne riguardanti l'utilizzo di E-clinic, la gestione dei rischi in particolare nell'ambito della comunicazione e delle informazioni, i piani di sviluppo individuali (PSI), nonché alcune giornate di formazione-lavoro nell'ambito della riorganizzazione delle attività e dell'équipe del laboratorio durante le quali sono stati trattati temi come i contenuti delle attività, i valori condivisi, il catalogo delle prestazioni ed il lavoro individuale.

Formazione esterna

La Fondazione San Gottardo promuove regolarmente la formazione continua, inviando a tutti i collaboratori delle proposte formative e dando la possibilità di effettuare delle formazioni esterne.

Le formazioni esterne Nel 2022, 20 collaboratori hanno effettuato formazioni esterne su diverse tematiche:

- Diploma cantonale di Gestore Qualità
- Formazione sull'agricoltura biologica Bio Suisse
- Psichiatria
- Bachelor in Lavoro Sociale
- Case Management

- Etica
- Protezione dei dati e sicurezza delle informazioni
- Autismo e sessualità
- Welfare e lavoro: nuovi modelli di integrazione
- La gestione trasformativa del conflitto
- La dimensione pedagogica nel laboratorio
- Convegno sulla psichiatria... "Io sono ancora qui", omaggio a Ettore Pellandini
- Addetta Economia Domestica con AFC
- Il disagio giovanile, il rapporto con la follia
- Gestione e trasformazione delle emozioni nella relazione di cura
- Cefalea e riabilitazione integrata
- Webinar su funzioni di DocuWare

Documenti di riferimento: S-B2.16 Pianificazione annuale formazione 2022, dossier formazioni.

B.3. Materiali e attrezzature

B.3.1. Salute e Sicurezza

La sicurezza è un aspetto molto importante per la FSG, nel 2022, data la situazione pandemia, si è lavorato ancora molto sulla sicurezza e la protezione degli utenti. Altri aspetti legati alla sicurezza trattati nell'anno sono stati i seguenti:

- Monitoraggio da parte dell'incaricato per la sicurezza antincendio e relative misure di miglioramento.
- Monitoraggio della manutenzione e dei controlli periodici degli impianti.
- Audit antincendio Swiss Safety Cener all'Orto il Gelso (29.04.2022): audit superato, ma con diversi spunti di miglioramento da valutare e sistemare (2023).
- Test allarmi, test lampade, esercitazioni di evacuazione.
- Controlli e manutenzione regolare degli impianti, delle apparecchiature di sicurezza e dei veicoli.
- Formazioni in ambito sicurezza per gli InSi.
- Dotazione di scrivanie regolabili in altezza per alcuni collaboratori del settore amministrativo, per migliorare l'ergonomia.
- Stipulazione di un abbonamento per il controllo regolare e professionale delle docce di Casa don Orione quale strumento di protezione dal contagio di legionella.

Documenti di riferimento: B3.2 Concetto generale di sicurezza, certificati, verbali, dossier formazioni.

B.3.2. Sostenibilità ambientale

Per quanto concerne la sostenibilità ambientale sono mantenuti e consolidati i miglioramenti introdotti negli scorsi anni (impianto fotovoltaico, caldaia a gasolio ecologico, compattatore rifiuti, raccolta differenziata, acquisto di materiali riciclabili e/o biodegradabili quando possibile, ecc.).

Vi è stato un importante sviluppo positivo per quanto concerne l'imballaggio delle tisane. Dopo diversi anni di ricerca e valutazione di materiali adeguati sostitutivi è stato trovato il modo di imballare le tisane senza plastica. Plastica che aveva lo scopo di garantire la qualità e le caratteristiche delle erbe contenute nelle bustine di tisana dato che non contengono conservanti.

Le produzioni 2022, già in vendita, utilizzano scatole e bustine in carta, le bustine di the contenenti le erbe non hanno più la graffetta in metallo. In questo modo l'intero imballaggio è biodegradabile / riciclabile al 100%. Questo è un importante passo avanti per la sostenibilità e lo è anche a livello di immagine, in passato abbiamo ricevuto diverse segnalazioni riguardo all'utilizzo di plastica negli imballaggi.

Un ulteriore passo avanti per quanto riguarda l'ecologia è stato quello di rimettere in funzione il grande spazio adibito ad Orto presso Casa don Orione a Lopagno, per la coltivazione di verdure che vengono poi utilizzate in cucina.

Sono state emanate alcune comunicazioni interne sul tema del risparmio energetico.

B.3.3. Strutture e progetti

Casa don Orione - Lopagno

Invecchiamento: è stata avviata una riflessione con UI sulle necessità di strutturare al meglio la presa a carico dell'utenza in base all'età, il processo continuerà nel 2023.

La cartella informatizzata E-clinic è utilizzata da più di un anno nella struttura, funziona, ma con l'utilizzo emergono talvolta alcuni adattamenti da apportare al sistema.

A Casa Don Orione si è consolidato il progetto di rivalutazione dello spazio adibito ad Orto, con una migliore collaborazione con la cucina per il bisogno di verdure e ortaggi. È stato inserito anche un utente del laboratorio con l'intenzione di ampliare l'accoglienza di utenza anche nell'ambito di centro diurno (progetto panorama).

Accoglienza temporanea: vi è stato un importante aumento delle richieste per questa prestazione (86 giornate di accoglienza).

Cà Mia – Barbengo

Nel foyer Cà mia vi è stata una riorganizzazione dell'équipe. L'ampliamento del progetto Cà Mia ha portato a dover riorganizzare il personale in due équipe: una che segue il piano terreno e l'altra che si occupa del primo e secondo piano + un appartamento esterno). Lo scopo è stato quello di ottimizzare la presa a carico dell'utenza e la qualità del lavoro da parte degli operatori (gruppi più piccoli, meno rotazione di personale in rapporto ai singoli utenti).

È in corso l'introduzione a Cà Mia della cartella informatizzata E-clinic, alcuni operatori hanno effettuato la formazione, sono stati sostituiti i PC. Nel mese di dicembre verranno formati gli altri operatori e verrà effettuata una fase di test. L'idea è di partire da gennaio 2023 con l'utilizzo del programma.

Nel mese di novembre è stato avviato il progetto PA+, con un appartamento e due utenti, accompagnati con maggiore presa a carico educativa. Lo scopo del progetto è valorizzare le autonomie e le autodeterminazioni di utenti inseriti in foyer che hanno le competenze per poter avviare una vita indipendente. L'appartamento è situato nel quartiere alle Brughettole per permettere un accompagnamento prossimo al foyer.

Centri Diurni

Principalmente si è lavorato per una ripresa dell'attività regolare, dopo due anni particolari a causa del covid. Sono riprese le attività in sinergia tra gli utenti dei due centri diurni.

È in corso l'introduzione nei Centri Diurni della cartella informatizzata E-clinic, alcuni operatori hanno effettuato la formazione, sono stati sostituiti i PC. Nel mese di dicembre verranno formati gli altri operatori e verrà effettuata una fase di test. L'idea è di partire da gennaio 2023 con l'utilizzo del programma.

Orto il Gelso

L'équipe del laboratorio, con la Direzione, ha lavorato molto su una riorganizzazione dell'attività per ottimizzare e trovare un migliore equilibrio tra l'attività socio educativa e quella socio lavorativa e produttiva.

È stato rivisto il modello di Piano di Sviluppo Individuale (PSI), ed è stata riorganizzata e rafforzata l'équipe, redistribuendo in modo più efficace i ruoli e le mansioni.

Si è lavorato per ottimizzare la produzione, sia con l'attuazione di un'analisi rischi micro, specifica per il settore con relativa analisi HACCP (spiegata meglio nel capitolo B4 Produzione), sia con adeguamenti della produzione quali ad esempio la modifica del packaging delle tisane per evitare la plastica.

Sono in corso riflessioni per effettuare un passaggio di consegne parziale tra il Gestore Qualità e gli operatori del laboratorio per quanto riguarda certi aspetti amministrativi della produzione.

Progetti Abitativi

Ad inizio anno sono stati rivalutati tutti i documenti SGQ legati a questo settore, creando nuove procedure, nuovi strumenti e aggiornando quelli già presenti.

Come già citato, si è lavorato sulla creazione del progetto PA+ che potrebbe diventare una opportunità, anche per gli utenti dei PA per i quali l'accompagnamento attuale può non essere più sufficiente, di poter beneficiare di una maggior presa a carico.

Casa di Airola

La riattazione della casa di Airola si è conclusa, sono stati creati due bellissimi appartamenti con 6 posti letto ognuno. È stato creato un sistema online (sulla intranet) per la prenotazione da parte dei collaboratori in forma privata o con gli utenti. È in corso l'affinamento del regolamento.

B.4 Produzione

La produzione dell'Orto il Gelso consolida la sua importanza, grazie soprattutto alla collaborazione con **Migros Ticino** per quanto concerne le tisane del mattino e della sera, la tisana malva e limone, l'origano essiccato ed i peperoncini interi essiccati, la miscela di erbe per carne e il trifoglio essiccato per piccoli roditori.

La zucca essiccata inserita in catalogo nel 2021 non ha dato i risultati di vendita sperati e non verrà più prodotta.

Nel 2022 si contano 90 clienti nei diversi ambiti.

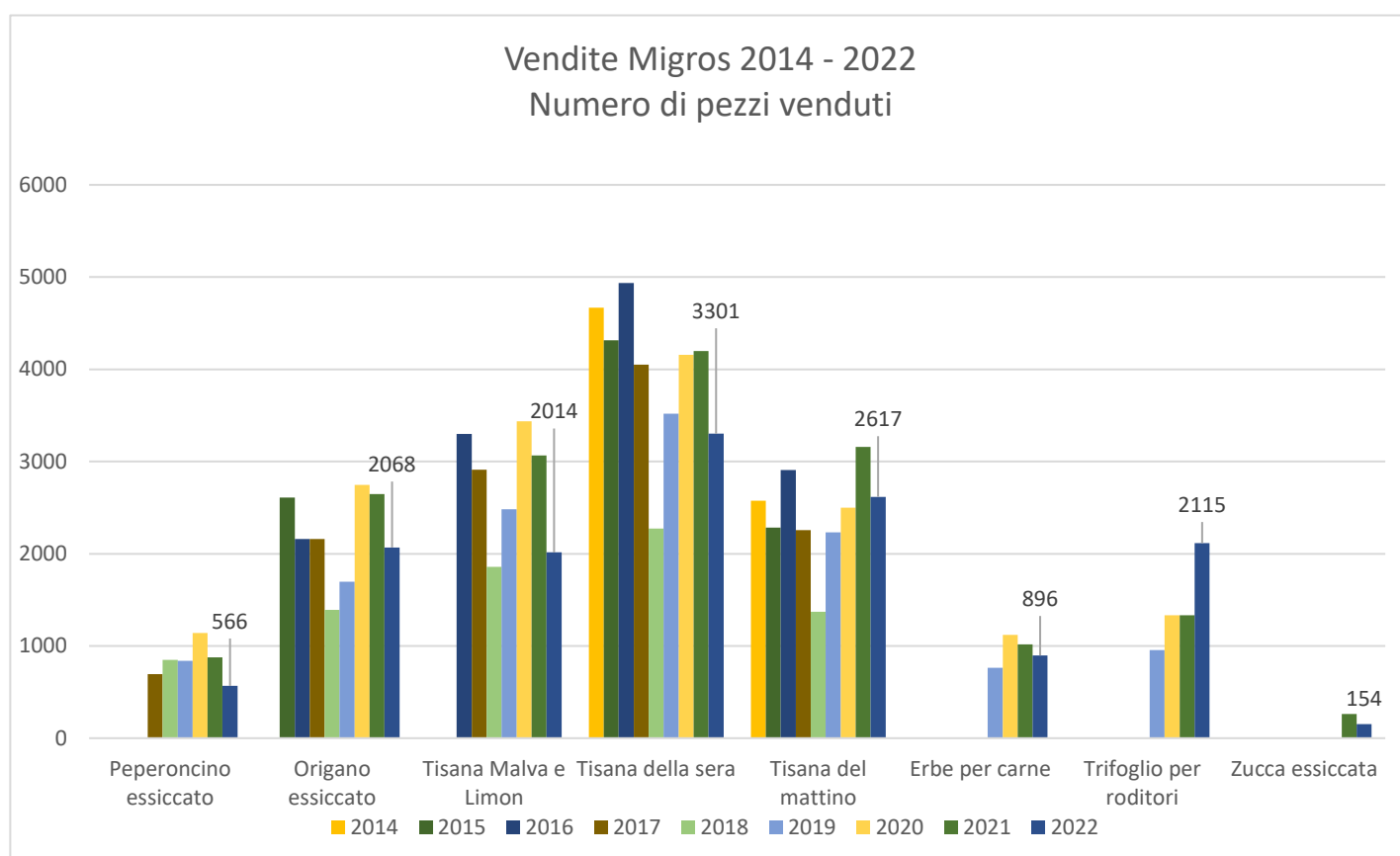
Il team dell'Orto il Gelso ha lavorato con il Gestore Qualità e con la Direzione per l'elaborazione di un'analisi rischi approfondita (micro) per il settore produzione, in particolare per quanto riguarda l'HACCP. Il progetto è stato sviluppato anche come lavoro di diploma del Gestore Qualità, elaborato dal titolo **“La valutazione dei rischi secondo HACCP, da macro a micro, nella produzione alimentare in un laboratorio agricolo protetto”**, il quale ha portato alla stesura del documento *A1.3b Analisi dei rischi produzione e HACCP*. Il documento è stato sottoposto a Migros e al Laboratorio Cantonale, è stato accettato da entrambi, risolvendo la non conformità riscontrata nel 2021 da Migros (SQTS). Il progetto è stato dunque completato nella sua prima parte, la seconda parte prevede infatti la messa in atto delle misure per ridurre i rischi ed il monitoraggio, nonché l'aggiornamento e la creazione di alcune procedure e istruzioni di lavoro.

L'analisi dei rischi specifica per la produzione ha portato **all'identificazione di 83 rischi, dei quali 33 riferiti alla HACCP**. Per quanto concerne il grado di rischio: 36 rischi di livello basso, 45 rischi di livello medio e 2 rischi di livello elevato (rischio di danni alla coltivazione per grandine e guasto dell'essiccatore). Dopo l'implementazione delle misure correttive il rischio residuo diminuisce: non rimangono più rischi elevati, i rischi di livello medio diminuiscono a 36 e i rischi di livello basso aumentano a 47.

Vi è stato un importante sviluppo positivo per quanto concerne la sostenibilità e l'imballaggio delle tisane. Dopo alcuni anni di ricerca e valutazione di materiali adeguati sostitutivi, abbiamo trovato il modo di **imballare le tisane senza alcuna plastica**. Plastica che aveva lo scopo di garantire la qualità e le caratteristiche delle erbe contenute nelle bustine di tisana dato che non contengono conservanti. Dalla quest'anno sono già in vendita le nuove confezioni con scatole e bustine in carta, le bustine di the contenenti le erbe non avranno più la graffetta in metallo. In questo modo

l'intero imballaggio è biodegradabile (compostabile) e riciclabile al 100%. Questo è un importante passo avanti per la sostenibilità e lo è anche a livello di immagine, anche quest'anno abbiamo ancora ricevuto alcune segnalazioni da clienti riguardo all'utilizzo di plastica negli imballaggi.

Le vendite presso Migros hanno dato finora buoni risultati, i dati di vendita mostrano che alcuni prodotti hanno venduto di più, altri di meno, difficile determinare le cause di queste variazioni. La zucca essiccata non ha dato i risultati sperati nei due anni in cui è stata in commercio, è perciò stato deciso di eliminare questo prodotto.



Come già citato in precedenza, abbiamo ottimizzato l'équipe, così come i ruoli e le attività, in modo da meglio equilibrare i compiti socio lavorativi e quelli socio educativi per renderli più efficaci.

Documenti di riferimento: Dossier produzione e vendite, verbali, fatture.

C. Prestazioni

C.1. Utenti

C.1.1. Soddisfazione degli utenti

Agli utenti è stato sottoposto un questionario di tipo aperto, dove è stato chiesto di descrivere 3 aspetti positivi, 3 aspetti da migliorare, 2 desideri per il futuro e Osservazioni libere. La maggior parte delle risposte fornite lascia presagire che gli utenti si ritengono soddisfatti o molto soddisfatti delle strutture che frequentano, del personale e delle cure a loro rivolte.

Come ultimo punto è stato richiesto quale sia la loro soddisfazione generale, con degli “smiley”, **la media delle risposte si situa a 4.52 su 5, dunque ben al di sopra del buono.**

I questionari sono a disposizione dei responsabili di settore e vengono discussi con i famigliari e/o rappresentanti legali in occasione degli incontri di valutazione dei PSI.

C.1.2. Piani di Sviluppo Individuale (PSI)

I Piani di Sviluppo Individuale sono uno strumento fondamentale per l'attività di accompagnamento, sul quale si basa l'attività quotidiana con gli utenti.

All'Orto il Gelso è stato rivisto e messo in pratica il modello di PSI, per meglio equilibrare gli obiettivi educativi e quelli lavorativi (S-C2.18).

A Casa don Orione il formulario dei Piani di Sviluppo Individuale è stato riportato nel software E-clinic, il quale dovrebbe facilitare il compito della stesura grazie anche ad alcune parti automatizzate. Essendo un modulo sviluppato ad hoc per noi e per la prima volta, si sono riscontrati dei difetti, alcuni sono stati corretti, altri sono in corso di modifica.

	Casa don Orione	Cà Mia	CD Viabess	CD Montarina	Orto il Gelso	PA
N. PSI	29	17	18	10	27	21
N. obiettivi	57	58	51	14	108	26
Obiettivi raggiunti	15	25	26	9	41	7
Obiettivi parzialmente raggiunti	39	20	17	4	40	14
Obiettivi non raggiunti	3	13	8	1	27	5

Documenti di riferimento: S-C2.2 Piano di sviluppo individuale – PSI, Verbali

C.2. Settore sanitario

A **Casa don Orione** il ruolo del coordinatore sanitario si sta sempre più definendo, è previsto un assestamento del suo programma orario per dare seguito ai bisogni sanitari dell'utenza (invecchiamento), anche il ruolo dei referenti sanitari si sta consolidando.

Si è lavorato su alcune questioni sanitarie importanti, discusse in rete con le famiglie ed i rappresentanti legali degli utenti, quali la sostituzione del medico e della psichiatra di riferimento della struttura, l'aggiornamento del consenso al rilascio di informazioni o documentazione medica (S-C3.39, 07.10.2022) e si sta inoltre lavorando per definire un rappresentante per le questioni sanitarie quale alternativa alle direttive anticipate, dato che gli utenti non possono sottoscriverle autonomamente.

Pandemia Covid-19: il 2022 è purtroppo ancora stato caratterizzato in parte dalla pandemia globale di covid-19, la protezione degli utenti è stato dunque uno degli obiettivi principali dell'anno, anche se si è potuto tornare quasi alla normalità.

- **Vaccinazione:** nel mese di novembre sono stati organizzati due momenti di vaccinazione per gli utenti di Casa don Orione, Cà Mia e dei Progetti Abitativi.
- **Direttive:** la direttiva interna covid-19 è stata aggiornata tre volte durante l'anno in seguito all'emanazione di nuove direttive cantonali e di una risoluzione governativa. A partire dal mese di maggio il documento è stato trasformato da Direttiva interna a "Piano di protezione Covid-19". La sua ultima versione è del 21.10.2022.
- **Casi:** nel corso dell'anno vi sono stati vari casi di contagio, senza particolari complicazioni, anche tra gli utenti delle nostre strutture. I casi sono stati trattati con le adeguate misure secondo il piano di protezione e secondo le direttive cantonali.

E-clinic: l'utilizzo del software E-clinic per la gestione sanitaria ed educativa degli utenti si è consolidato a Casa don Orione. Sono state richieste e apportate delle modifiche apposite al programma, scaturite da bisogni di utilizzo riscontrati nell'operatività quotidiana.

L'utilizzo di E-clinic sarà esteso tra novembre e dicembre anche a Cà Mia ed ai Centri Diurni. Per il momento non si ritiene necessaria l'estensione anche al laboratorio e ai progetti abitativi.

Il software garantisce molta più sicurezza nella gestione dei dati e nella tracciabilità delle azioni dei collaboratori, inoltre rende più rapide ed efficaci le procedure.

Il capitolo "**C3 Sanitario**" del **SGQ** avrebbe dovuto essere in gran parte rivisto in seguito ai cambiamenti operativi, tuttavia le modifiche sono state sospese poiché attendiamo che il progetto di introduzione della cartella sanitaria informatizzata si stabilizzi e che venga diffuso anche alle altre strutture.

D. Qualità

D.1. Sviluppo SGQ

- **Il Sistema è aggiornato al 17 novembre 2022.**
- Il Sistema è allineato alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 DSS/UI 2016. Il Sistema è conforme ai propri requisiti ed a quelli delle norme in vigore.
 - Ultima certificazione: 06 maggio 2021 (SQS)
 - Ultimo audit di mantenimento (stage 2): 7 dicembre 2022 (SQS): conferma del mantenimento della certificazione, nessuna non conformità riscontrata.
 - Prossimo audit di ricertificazione: 29 novembre 2023.
- I processi base sono stati valutati e aggiornati. Sono confermati e validi, nelle loro versioni più recenti:
 - A1.1 Concetto quadro (missione e visione) – 17.11.2022
 - A1.2 Obiettivi istituzionali – 17.11.2022
 - A1.3 Analisi rischi – 17.11.2022
 - A1.4 Contesto dell'organizzazione e parti interessate – 17.11.2022
 - A1.5 Analisi variabili del contesto – PESTEL – 17.11.2022
 - A2.2 Organigramma – 31.01.2022
- Riteniamo che il Sistema sia affidabile ed efficace, nonché ben conosciuto da tutti i collaboratori.
- Nel 2022 è stato auditato il 33% dei processi che compongono il SGQ.
- Durante l'anno sono stati pubblicati 7 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 44 documenti, dei quali 12 sono nuovi (ultima versione 17.11.2022).

Il Gestore Qualità ha superato con successo la formazione iniziata nel 2021, ottenendo il **Diploma cantonale di Gestore Qualità**. Questa formazione porterà un miglioramento del SGQ in generale nei prossimi anni nonché alla rivalutazione di alcuni processi.

Il gestore qualità riceve regolarmente segnalazioni in merito a modifiche della documentazione o richieste per nuovi documenti, segno che il Sistema di Gestione della Qualità è uno strumento fatto proprio dai collaboratori per la propria attività.

Per facilitare il passaggio di informazioni ai vari settori il Gestore Qualità partecipa regolarmente alle riunioni del Comitato di Gestione.

Nel 2022 è stata creata sulla Intranet aziendale una **pagina web di segnalazione** al GQ, questo per offrire a tutti i collaboratori uno strumento rapido, semplice e sempre disponibile per segnalare qualsiasi cosa al Gestore Qualità o alla Direzione. Il formulario web si chiama “Segnala / proponi”, nell’ottica del miglioramento continuo e della maggior consapevolezza permette a tutti di inviare velocemente segnalazioni di problemi operativi, reclami, situazioni non conformi al SGQ, proposte di miglioramento, modifiche a documenti SGQ, osservazioni.

La pagina invia automaticamente al Gestore Qualità una notifica e-mail e permette poi di gestire e monitorare le non conformità e tutte le proposte in modo più efficiente grazie ad un gestionale in backend.

Dalla sua messa in funzione sono giunte sette segnalazioni, probabilmente i collaboratori non sono ancora abituati ad utilizzare questo strumento, e hanno preferito inviare le loro proposte con i tradizionali questionari di valutazione della soddisfazione.

D.2. Documentazione SGQ

Il Manuale Qualità della Fondazione San Gottardo conta 375 documenti, di cui 122 processi e 253 strumenti.

Tutta la documentazione è sempre a disposizione dei collaboratori solo in forma digitale attraverso due canali: cartelle condivise sul server FSG e tramite la Intranet, che dispone di un sistema di ricerca facilitato e rapido. Ogni aggiornamento riguardante il Sistema di Gestione Qualità è accompagnato da una comunicazione interna a tutti i collaboratori.

Il Gestore Qualità partecipa regolarmente alle riunioni del Comitato di Gestione, in particolar modo in occasione di aggiornamenti della documentazione.

Durante l’anno sono stati pubblicati 7 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 44 documenti, dei quali 12 sono nuovi (ultima versione 17.11.2022).

La gestione ed il tracciamento della documentazione relativa al SGQ avviene tramite una banca dati creata dal GQ.

Documenti di riferimento: S-D2.4 Controllo versioni documenti MQ, Database SGQ, Intranet.

D.3. Proposte di miglioramento, punti deboli

- Le proposte di miglioramento continuo suggerite dalla relazione d’audit SQS 2021 sono state riprese negli obiettivi annuali, alcune sono state risolte, altre sono in corso. Lo stesso vale per gli esiti degli altri audit esterni ed interni, quelle suggerite nell’audit 2022 saranno inserite negli obiettivi 2023 nel corso dell’anno.
- Sono state registrate **4 non conformità** durante l’anno, **3 sono state risolte, una è in corso di risoluzione**.
- Vi sono stati alcuni reclami e non conformità riguardo a diversi aspetti, prontamente e adeguatamente risolti. Alcune segnalazioni hanno portato ad intraprendere dei progetti.
- Le proposte esplicitate nei questionari di valutazione della soddisfazione da parte di collaboratori, rappresentanti legali e utenti, sono attualmente in fase di valutazione da parte della Direzione e del Comitato di Gestione.
- Grazie alle molte occasioni di incontro (riunioni di équipe, riunioni del Comitato di Gestione, riunioni del Consiglio di Fondazione) le opportunità, la nascita di nuove idee e di proposte di miglioramento è un elemento costante e intrinseco all’attività della Fondazione San Gottardo.
- Tutte le proposte di miglioramento, così come le non conformità danno adito a riflessioni che sfociano con la modifica di documenti SGQ già esistenti, così come la creazione di nuovi processi o strumenti, oppure alla formulazione di obiettivi per l’anno in corso o per l’anno seguente.

Documenti di riferimento: diario non conformità e reclami, verbali, audit interni, relazioni d’audit SQS 2020/21/22.

D.4. Audit

D.4.1. Audit interni

Sulla base del programma annuale degli audit interni (S-D4.3 ultima versione 24.11.2022), sono stati effettuati audit interni da parte del Gestore Qualità.

I Responsabili di settore hanno effettuato colloqui personali con tutti i collaboratori.

È stato auditato internamente il 33% del totale dei processi SGQ, in base alla valutazione del rischio (A1.3) o alle segnalazioni. Sono stati auditati processi di Direzione (A1 Missione e contesto, A2 Organizzazione, A3 comunicazione e informazione), di risorse (B3 Materiali e attrezzature, B4 Produzione e servizi), di prestazione (C1 ammissione, C2 accompagnamento, C3 sanitario e di qualità (D1 concezione di sviluppo, D3 gestione delle proposte di miglioramento)). Sulla base degli audit non sono emerse particolari non conformità, ma regolari misure di miglioramento che sono state prontamente discusse e corrette, oppure modifiche sui processi e alla documentazione.

Uno degli obiettivi del 2022 era quello di ottimizzare e aggiornare il processo degli audit interni, in particolare introducendo una pianificazione triennale e aggiornando le check list. Questo obiettivo è stato sospeso a causa di altre priorità intercorse durante il periodo, verrà ripreso il prossimo anno.

Documenti di riferimento: S-D4.3 Programma annuale audit interni

D.4.2. Audit esterni

- SQS: il 07.12.2022 si è svolto il secondo audit di mantenimento della certificazione ISO:9001 / Direttiva 3 del ciclo 2020-2023. L'audit è stato superato con successo. Sono state identificate **due raccomandazioni per il miglioramento continuo** riguardanti la comunicazione interna e la gestione degli audit interni.
- Il 6 ottobre 2022 il Consigliere di Stato Raffaele De Rosa con il suo entourage ha visitato la struttura Casa Don Orione per mezza giornata, incontrando, oltre alla Direzione, collaboratori e utenti. Non si è trattato di un vero e proprio audit, ma comunque di una visita significativa.
- Laboratorio cantonale: il LC ha effettuato un audit il 19.09.2022 presso l'Orto il Gelso di Melano per quanto riguarda la produzione. L'audit è stato superato senza non conformità.
- Bio.Inspecta /Alpinavera (02.09.2022): audit annuale superato e la certificazione è stata riconfermata.
- Swiss Safety Center (29.04.2022): audit antincendio presso l'Orto il Gelso. Audit superato con diversi spunti di miglioramento da valutare ed implementare.
- Fourchette Verte: l'affiliazione a questa certificazione è stata disdetta nel 2022.

D.4.3. Soddisfazione

Per il terzo anno è stata data la possibilità di rispondere online ai questionari di valutazione della soddisfazione, i tassi di partecipazione al sondaggio sono stati i seguenti:

Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale questionari inviati	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rappr. legali	112	27	139	55.56%	44.44%	50.00%
Utenti	124	0	124	99.15%	0.85%	94.35%
Clienti	38	30	68	62.50%	37.50%	35.29%
Collaboratori	0	120	120	0.00%	100.00%	50.83%

Soddisfazione generale

I punteggi medi di tutti i gruppi di interesse sono rimasti pressoché invariati dal 2021. **Tutti i valori rilevati sono buoni**, si va infatti dai 4.03 punti (su 5) del gruppo collaboratori fino al 4.88 dei clienti, che sfiora l'ottimo, i famigliari si situano a 4.43 e gli utenti a 4.52. In generale questi valori rispecchiano l'intento della Fondazione San Gottardo di migliorarsi continuamente, e fanno dedurre che in generale l'operato è molto apprezzato sia dai contesti interni, sia da quelli esterni.

Famigliari e rappresentanti legali degli utenti

I famigliari e i rappresentanti legali hanno risposto all'indagine sulla loro soddisfazione in misura del 38.85% (54 su 112), 0.12% in più rispetto al 2021.

La media dei punteggi delle risposte si situa quest'anno a 4.42 su 5, risultato più basso di 0.01 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG, i responsabili di settore e la Direzione.

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono prontamente segnalati ai Responsabili di settore di riferimento. I questionari vengono discussi assieme ai rappresentanti legali durante i colloqui per la presentazione e la valutazione dei Piani di Sviluppo Individuali.

Clienti

Il tasso di partecipazione è stato del 35.29% (24 questionari rientrati su 68 inviati), vi è stato un calo del 13.02% rispetto all'anno precedente, ciò malgrado la possibilità di compilare il sondaggio online.

La media dei punteggi si situa a 4.88 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'88% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 13 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore.

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti complimenti.

Data: 25.04.2023

Firma Direzione: Claudio Naiaretti

Data: 25.04.2023

Firma Gestore Qualità: Curzio Schlee

S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2022

Stato: 11.11.2022

Numero di obiettivi non raggiunti / parzialmente raggiunti / raggiunti.

20

32

37

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Missione	1	Il concetto quadro è sviluppato dalla Direzione e ratificato dal Consiglio di Fondazione e precisa i principi essenziali per l'accompagnamento delle persone accolte.		a	Rafforzamento dei principi fondanti della FSG. Consapevolezza e responsabilità.	31.12	DIR	Tutti	Ripresa carta principi. Provvedimenti presi su comportam. non in linea.	100
					b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato. <i>Suggerimento SQS.</i>	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	Da affrontare.	25
		2	La Carta dei Principi è parte integrante dell'approccio interno della FSG.								
		3	È valorizzato il concetto di rispetto della persona all'interno della FSG.								
	A2 Organigramma	1	L'organigramma corrisponde alla realtà ed è costantemente a giorno.	R2	a	È stato riorganizzato e ottimizzato il settore amministrazione e servizi. Rivisitazione luoghi di lavoro: - Settore finanze/personale - Direzione/CdG/SISA	31.12	DIR, RS	Tutti	Uffici riorganizzati: PT DIR + GQ, 3. piano RS, CONT, RU. Rafforzamento competenze e CdG.	90
				R2	b	È riorganizzato il settore PA sotto CàMia (nuovo settore residenziale)	31.12	DIR, RS	Tutti	Organigramma aggiornato	90
		2	Valutare costantemente l'operato per apportare modifiche rispondenti alla situazione in evoluzione		a	È ottimizzato e valorizzato il ruolo di referente d'équipe. Ripresa obiettivi e valutazione esperienza	31.12	DIR, RS	Tutti	Ruoli meglio definiti e consolidati, riunioni referenti.	75
	A3 Comunicazione e informazione	1	I canali d'informazione sono ben definiti codificati e pertinenti al contenuto	R3	a	Rafforzamento strumenti: Cartella informatizzata. Esperienza di CDO da ampliare agli altri settori.	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	CDO funziona. In corso estensione a Cà Mia, CDV, CDM.	85
		2	Ricerca di miglioramento costante della comunicazione a tutti i livelli: da Direzione ai collaboratori, fra settori e all'interno dell'équipe.	R3	a	Miglioramento della comunicazione interna nei gruppi (comunicazione orizzontale – cartella informatizzata) e dai responsabili (verticale)	31.12	DIR, RS	Tutti	DIR: ripreso con équipe tema, come e cosa comunicare. Newsletter.	50

					b	Valutazione strumento adeguato per utilizzo calendari condivisi.	31.12	IT	Tutti	Google calendar funziona già con diversi gruppi. È attivo per tutti i gruppi ma alcuni non lo utilizzano.	70
	3	Svolgimento regolare riunioni/incontri:	R3								
	4	CdF: almeno 6/anno (almeno 1 con CdG)	R3	7 incontri (fino 11.11)							
	5	CdG: scadenza di regola quindicinale	R3	34 incontri 2022 - 2 con SISA, 1 con UI							
	6	Équipe: secondo programmi dei vari settori	R3	ok							
	7	Rappresentanti legali: almeno 1 incontro annuo	R3	ok							
	8	Almeno 1 colloquio annuo fra RS/DIR e ogni collaboratore	R3	in corso							
	9	San Gottardo Racconta – almeno 1 uscita annua	R3	dicembre							
	10	Partecipazione e collaborazione costante alla rete (UI, paritetica), associazioni di settore (ATIS, INSOS, ...),	R3	ok							
	11	Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG	R3								
	12	Monitorare Processo Protezione dati e monitorare utilizzo di messaggi nei gruppi.	R3		a	Rivalutare secondo Legge protezione dei dati.	31.12	AMM	Tutti	DIR ha incontrato équipes sul tema per sensibilizzare e ridurre uso msg.	60
	13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica.	R3		a	Valutate tempistiche mantenimento dati personali.	31.12	AMM	Tutti	In attesa nuova legge protezione dati. Set 23	20
					b	Individuare risorsa che in caso di assenza del gestore qualità e comunicazione possa garantire modifica e caricamento documentazione e caricamento SGQ + invio comunicazioni. Creare procedura.	30.06	COM, GQ	Tutti	In corso	75
					c	Creare procedura aggiorn. sito web + intranet.	30.06	COM, GQ	Tutti	In corso, difficile. Meglio una formazione.	50
					d	Creare procedura invio comunicazioni interne	30.06	COM, GQ	Tutti	A3.6 ok	100
Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %

B. RISORSE	B1 Acquisizione risorse: Personale e materiale	1	Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.	R5		a	Ottimizzata organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo.	31.12	DIR, AMM	Tutti	Da fare.	20
		2	Assunzioni realizzate con cura, profili e mansionari ben definiti. Consegna nuova brochure per le assunzioni "Benvenuto alla FSG" costantemente aggiornata. [verificare]			b	Ottimizzazione iter assunzione e dimissione (chiavi, account server, mail,...). Procedura da rivedere, ancora non funziona correttamente. Ricordarsi aggiornare "Benvenuti alla FSG" regolarmente.	31.12	DIR, AMM	Tutti	Migliorata, ma non ancora sistemata.	80
		3	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.		In corso adeguamento a LCPub, in generale ok.							
		4	Valutazione fornitori. Esigere i certificati di conformità per l'acquisto di ogni strumento – Valore fornitura > CHF 5'000	NC		a	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive.	31.12	DIR, AMM	Tutti	Seguite formazioni Cantone. Direttiva in fase di applicazione.	75
						b	Concorsi dove necessario realizzati.	31.12	DIR, AMM	Tutti	In corso.	50
						c	Realizzazione procedura acquisti in base a LCPub da inserire nel SGQ	31.12	DIR, GQ	Tutti	Iniziata ma molto complessa, da riprendere.	20
	B2 Gestione risorse	1	Monitoraggio e controllo regolare dei costi e delle spese. Controllo costi personale - 3 mesi, situazione finanziaria- 6 mesi									
		2	Responsabilità appropriate e ripartite in funzione della sostenibilità dell'istituzione. Sono rispettati i preventivi d'investimento. Rispetto delle risorse definite dal contratto di prestazione									
		3	Sono ridotti i rischi di incidenti sul lavoro e applicati i principi SUVA. Formazione interna sicurezza in tutte le strutture.									
		4	Il sistema informatico e il sistema e protocollo di archiviazione dei documenti è appropriato e adeguato ai bisogni nel rispetto delle normative.			a	Ottimizzati e implementati strumenti amministrativi e contabili - Sisma/Docuware, implementare gestione fatture QR	30.03	DIR, AMM, CDG	Amm	In corso.	75
						b	Dopo introduzione Eclinic in tutte le strutture rivedere organizzazione cartelle Server.	31.12	RS, REF, IT	Tutti	Attesa estensione Eclinic.	0
						c	Applicata Cartella informatizzata utenti progressivamente in tutti i settori dopo esperienza di CDO	30.06	DIR, RS, IT	Tutti	novembre formazione, dicembre introduzione a Cà Mia e CD.	80

				d	Verifica strumenti informatici per settore e adeguamento ai requisiti di funzionamento su E-Clinic in tutti i settori(Postazioni PC, portatili x équipe)	30.01	IT, AMM	Tutti	In corso.	80
				e	Valutare aggiornamento sistema backup server DW e valutare sostituzione server presenze	31.12	IT, AMM, DIR	Tutti	In valutazione.	20
5	Sono ridotti gli accessi agli spazi da parte di persone non autorizzate e sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune per prevenire i furti. È codificata la gestione delle casse e sono designati i rispettivi responsabili.		Controllo entrate ancor più rafforzato causa covid.							
6	Sostenute équipes e collaboratori con supervisioni regolari (tutte le équipes secondo programma) e sostegno alla formazione continua.			a	Formazione interna	31.12	DIR, RS	Tutti		
					Formazione dei collaboratori su analisi rischi (ambito educativo; autonomia/autodeterminazione)				Dicusso in équipe su tema comunicazione.	50
					Abusi e maltrattamenti – incontro con Mombelli				Ripreso in équipe senza Mombelli.	25
					Qualità e sicurezza				Effettuate con alcune équipes.	25
					Disagio Psicico – Incontro Dssa Colombo				Dicusso in équipe senza drssa	25
					Affettività – Incontro D. Oggier				C2.7 politica istituzionale	25
					Corso pratico di spegnimento (pompieri)				Riprendere 2023	11
					Formazione TI-Care, cartella informatizzata utenti				ok 21 e 24.11.2022	50
				b	Supervisioni regolari in tutti i gruppi	31.12	DIR, RS	Tutti	effettuate	100
				c	Supervisione casi se richiesto e necessario	31.12	DIR, RS	Tutti	effettuate dove necessario	100
7	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.				Soprattutto nell'ambito dei PA garantire tutela degli educatori per affermazioni diffamatorie o comportamenti inadeguati degli utenti. Sentire autorità, rivedere procedure.	31.12	DIR, RS	Tutti	Riviste procedure, adattata per ridurre i rischi. In corso.	40

	8	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs									
B3 Strutture, materiali, attrezzature	1	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.			a	Applicazione LcPubb per acquisti	31.12	DIR, CDF	Tutti	In corso. Viene applicata, ma bisogna definire procedura in SGQ.	60
					b	Avvio progetto PA con maggior presa a carico educativa, accompagnamento per acquisizione appartamenti utenti	31.12	RS	Tutti	Progetto approvato da UI, inizio 15.11.2022 con 2 utenti PA+	100
					c	Avvio utilizzo (organizzazione) casa di Airolo	31.12	DIR	Tutti	Casa pronta. In fase di ultimazione le precedure di riservazione e regolamento.	75
	2	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.			a	Gruppo SISA, incontri regolari	31.12	DIR, AS	Tutti	2 incontri per direttive covid.	50
					b	Valutazione inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	AS	Tutti	Rimandato 2023.	25
					c	Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2022).	31.12	DIR	Tutti	Rimandato 2023.	25
					d	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti	Rimandato per costi.	0
					e	Sostituzione canna fumaria bruciatore CDO	30.06	AS	Tutti	Progetto inoltrato. Domanda di costruzione approvata.Lavori 23	50
					f	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti	Rimandato	0
					g	Allineamento procedure emergenza CD con SwissLife	31.12	AS	Tutti	Valutare	0
				h	Riorganizzata gestione veicoli a CDO.	30.06	AS	Tutti	Gestione prenotazioni migliorata, tramite RS e AMM. Aggiunto un veicolo a CDO.	80	

					i	Superamento audit antincendio Swiss safety Center	30.05	AS	Tutti	Ok, ma entro 2023 risolvere punti di miglioramento (Orto il Gelso)	75
					j	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti	Incontro con Ufficio tecnico e municipio. Inoltrata valutazione variante di piano regolatore in Cantone.	50
		3	Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.								
	B4 Produzione e servizi	1	La proposta di attività lavorative e di produzione è adatta al Target.		a	Creato manuale procedure specifico per settore produttivo	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti	In corso	50
					b	Ottimizzazione in seguito alla creazione dell'analisi HACCP produzione.	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti	HACCP ok e approvata. Miglioramento in corso.	75
					c	Iscrizione prodotti al Laboratorio Cantonale	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti	OK, era già ok dal 2012. completato dossier con HACCP.	100
		2	Il Tasso di occupazione è ottimale.								
		3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.								
		4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna (vedi lavoro SSEA)		a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano (miele e pacchettaggio Tisane).	31.12	DIR, RS	Tutti	Considerata per investimenti, ma non abbiamo i mezzi.	25
					b	Passaggio a imballaggio senza plastica, con solo carta, ecosostenibile e biodegradabile.	31.12	DIR, RS	Tutti	Tisane ok. Altri prodotti da valutare.	75
					c	Valutare implementazione Eco-Score sui prodotti.	31.12	DIR, RS	Tutti	Migros non vuole. Altri prodotti verrà fatto, correggere diciture e punteggi dopo audit bio inspecta	50
					d	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione.	31.12	RS, GQ	Tutti	In corso	35

					e	Avviata la produzione nuova "Tisana da l'ort".	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti	Progetto temporaneamente sospeso. Rivalutare 2023 per vendita in altri negozi del territorio.	0
		5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"		f	Ottemperare requisiti audit Migros SQTS - Creare documentazione HACCP, Creare procedura ritiro e richiamo merce. Inoltre a LC.	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti		100
Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
C. PRESTAZIONI	C1 Ammissione	1	Applicazione dei criteri di ammissione (RS quale responsabile) e di esclusione.		a	Ottimizzata la cartella documentazione completa FSG per nuovi utenti da consegnare all'ammissione	31.12	DIR, CDG	Tutti		
		2	Presentazione completa e oggettiva dell'offerta.								
		3	Avere a disposizione informazioni recenti e oggettive sulla persona che dev'essere ammessa.								
		4	Piena occupazione delle strutture secondo Contratto di prestazione con ottimizzazione collocamento utenza casistica-prestazioni								
		5	Continuazione del progetto "posti accoglienza temporanea".								
	C2 Prestazioni di accompagnamento	1	Identificazione dei bisogni corretti degli utenti		a	Avvio progetto PA con maggior presa a carico educativa, accompagnamento per acquisizione appartamenti utenti	30.03	DIR, RS	Tutti	Progetto approvato da UI, inizio 15.11.2022 con 2 utenti PA+	100
		2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.		a	Applicate le nuove procedure per PSI secondo formazione 2021. Valutazione e nuovo progetto annuo sottoscritti da curatori.	31.12	CDG, REF	Tutti	ok	80
		3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.		a	Sviluppo progetti o adeguamenti delle attività per utenti confrontati con il tema dell'invecchiamento.	31.12	RS, REF	Tutti	Discusso in Cantone, in corso.	50
					b	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti	Si sta lavorando, anche col Cantone.	75
					c	Informazione alle famiglie sul tema dell'autonomia e autodeterminazione e sull'aspetto legati ai ruoli delle "curatele".	31.12	DIR, RS	Tutti	Avviata riflessione e condivisione alle famiglie. Tema da	25

										riprendere e applicare.	
					d	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti	Applicaz. realizzata a Cà Mia ambito vaccinazioni covid	25
	4	Rafforzamento comunicazione e collaborazione con la rete legata alla persona (famiglia, ambito sanitario, ...) e con "Servizio d'informazione e coordinamento ...									
	5	Riduzione del rischio di errori professionali.			a	Continuato il tema della gestione dell'affettività partendo dalle richieste emerse – consulenza D. Oggier	31.12	DIR, RS	Tutti	In corso, creata procedura C2.7. avviata riflessione formazione di formatori 2023	70
	6	Verificare processi/linee guida e monitorare utilizzo Internet da parte degli utenti									
C3 Prestazioni sanitarie	1	Garantito un accompagnamento sanitario ottimale a tutte le persone accolte nella FSG			a	È stato riorganizzato e ottimizzato il settore sanitario di Casa Don Orione: Cambio medico di riferimento CDO, Svincolo informazioni mediche (CDO, CàMia, AP), Definizione rappresentante provvedimenti sanitari (CDO, CàMia).	31.12	DIR, RS, SAN	Tutti	Medico ok, svincolo ok, rappresentante sanitario in corso con gli incontri PSI.	70
					b	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	In attesa estensione Eclenic altri settori.	25
					c	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).	31.12	RS, IT	Tutti	ok, secondo esigenze	80
					d	Valutare modalità di inserimento note / eventi significativi all'interno dei piani di cura (Cà Mia)	31.12	RS, IT	Tutti	Discutere con INF e Ticare (costi nuovo modulo piani cura)	50
	2	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG			a	Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Dopo Casa Don Orione, implementazione progressiva nel resto della FSG	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	CDO OK. Cà mia + CD in corso	80
					b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle	31.12	RS	Tutti	Verificare formazioni 2022 + diplomi scaduti	0

C4 Prestazioni alberghiere						emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)				(ogni 2 anni). Verificare 2023.		
					c	Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipes. Considerare anche la tutela degli educatori.	31.12	DIR / CDG	Tutti	Ok.	100	
	1	Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.			a	Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina e documentare.	31.12	RS, CUC, GQ	Tutti	Per RS ok, discutere con Chef.	20	
	2	Rispetto delle date limite di acquisto e di consumo dei prodotti. Gestione stock pianificato e validato. Messa in atto delle norme HACCP nel momento della preparazione e dello stoccaggio degli alimenti, controllo dei DLC.			a	Allineamento con Orto (di CDO) per prodotti agricoli	31.12	CUC, OIG	Tutti	Ok, in corso	60	
	3	Autocontrollo temperature in camera fredda.										
	4	Info al personale sull'igiene - rispetto delle procedure per il lavaggio della biancheria.										
	5	Riduzione dei rischi di contagi.										
	6	Riduzione rischio di perdita o danneggiamento di effetti personali.										
	7	Migliorare l'apprezzamento dei servizi alberghieri (cucina e pulizia) nella scheda di valutazione dei collaboratori.										
Processo		N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
D. QUALITÀ	D1 Cconcezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29		a	Inserire nel riesame lo stato di avanzamento nel periodo dei progetti.	31.12	DIR, GQ	Tutti	Inserito in scehda obiettivi e riesame.	100
		2	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.			b	Formazione su rischi / SGQ (per avere poi un sistema bottom up, info dai settori) - cultura del "rischio" come prevenzione.	30.06	DIR, GQ	Tutti	DIR incontri con équipes su tema rischi comunicazione.	60
		3	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015		Certificazione rinnovata il 06.05.2021	c	Introdurre spunti miglioramento 2022 SQS, (già inseriti in questa scheda secondo i relativi capitoli).	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	Ok	100

D2 Gestione documentale	1	Comunicazione chiara e ottimale sugli strumenti. Sono adottati strumenti di comunicazione appropriati e adeguati ai bisogni per un'ottimale gestione della documentazione. Sistema di facile utilizzo e accessibili.			a	Non verranno più accettate richieste, segnalazioni, procedure o strumenti non conformi al SGQ.	30.04	GQ, CDG	Tutti	In generale ok.	100
	2	Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato									
	3	Mantenimento e aggiornamento Database documentale			a	Rivalutare documenti e procedure "date".	31.12	GQ	Tutti	Posticipato.	0
					b	Uniformare terminologia AQ -> GQ.	30.06	GQ	Tutti	OK	100
					c	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti	Da fare.	0
					d	Creare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti	Da fare.	0
	1	I responsabili di settore sono abilitati e formati per raccogliere, trattare e dar seguito alle proposte di miglioramento e correggere le disfunzioni.	R27		a	Finalizzare un'informazione capillare nelle strutture, con i referenti d'équipe, al fine di migliorare il rilevamento del dato relativo alle disfunzioni/non conformità lievi.	30.03	GQ, CDG	Tutti	CdG. Creata scheda su intranet e comunicato come usarla, per ora usata poco. Riprendere tema con formazioni interne Q.	75
					b	Sviluppo nuovo metodo raccolta segnalazioni non conformità, reclami, ecc. (Intranet).	30.03	GQ, CDG	Tutti	vedi punto a.	100
					c	Aggiornamento sistema di monitoraggio e valutazione reclami e non conformità. Perfezionamento con scadenze temporali delle azioni condivise e relativi milestones.	30.03	GQ, CDG	Tutti	Sostituito da excel automatico da form intranet.	100
	2	Presenza del GQ negli incontri di CdG per discutere modifiche SGQ.	R27								
	1	Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.	R29								
	2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.			a	Migliorare pianificazione (triennale*) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ. *Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina.	31.12	GQ, CDG	Tutti	Iniziato poi sospeso per altri progetti, riprendere 2023.	20
					b	Formazione RS audit interni.	31.12	GQ, CDG	Tutti	Accantonato. Fa GQ	0

					c	Segnalare competenze RS acquisite riguardo audit interni.	31.12	GQ, CDG	Tutti	Accantonato. Fa GQ	0
					d	Aggiornamento checklist audit (S-D.4.4).	30.06	GQ	Tutti	Riprendere 2023.	0
					e	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti	ok	100
					f	creare scheda piano audit	31.12	GQ	Tutti	Da fare	0
	D5 Soddisfazione prestazioni		Costante miglioramento delle soddisfazioni auspicato	R30						Indagine conclusa, rapporto in preparazione. Risultati in linea ultimi anni.	100

S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2023

Stato: 23.11.2022

Numero di obiettivi non raggiunti /
parzialmente raggiunti / raggiunti.

0

0

0

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Missione	1			a	Rafforzamento dei principi fondanti della FSG. Consapevolezza e responsabilità.	31.12	DIR	Tutti
					b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti
		2							
	A2 Organigramma	3			a	Rafforzamento del concetto di rispetto della persona con integrazione del lavoro della COMED (Commissione etica)	31.12	DIR, CDG	Tutti
		1	R2		a	Riflessione generale e ottimizzazione trasporti e manutenzione	31.12	DIR, CDG, RS	Tutti
					b	Sostituzione ottimale A. Dill (gestione del personal settore amministrativo)		DIR, RS	Tutti
			R2		c	Riorganizzazione Cà Mia con 2 équipe	31.12	DIR, RS	Tutti
					d	Organizzata équipe settori PA+	31.12	DIR, RS	Tutti
					e	Preparazione sostituzione responsabile Orto			
		A3 Comunicazione e informazione	R3		a	Rafforzamento strumenti: Cartella informatizzata. Esperienza di CDO avviata a CàM e CD	31.12	DIR, RS, IT	Tutti
					a	Miglioramento della comunicazione interna nei gruppi (comunicazione orizzontale – cartella informatizzata) e dai responsabili (verticale)	31.12	DIR, RS	Tutti
			R3						
			R3						
			R3						
			R3						
			R3						
			R3						
			R3						

		10	Partecipazione e collaborazione costante alla rete (UI, paritetica), associazioni di settore (ATIS, INSOS, ...), COMED	R3						
		11	Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG	R3						
		12	Protezione dati	R3		a	Messa in regola nuova legge protezione dati. Valutazione interna del rischio Cyber (Assidu) secondo Legge protezione dei dati (tempistiche mantenimento dati personali?)	31.12	AMM	Tutti
		13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica, monitorare utilizzo di messaggi nei gruppi.	R3		a	Individuare risorsa sostituto GQ	30.06	COM, GQ	Tutti
					b	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti	
					c	Individuare sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti	
Processo		N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
B. RISORSE	B1 Acquisizione risorse: Personale e materiale	1	Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.	R5		a	Ottimizzata organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo.	31.12	DIR, AMM	Tutti
		2	Assunzioni realizzate con cura, profili e mansionari ben definiti. Consegna nuova brochure per le assunzioni "Benvenuto alla FSG" costantemente aggiornata. [verificare]			b	Assunzioni in linea con formazioni standard contratto di prestazioni (personale formato)			
		3	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.							
		4	Valutazione fornitori. Esigere i certificati di conformità per l'acquisto di ogni strumento – Valore fornitura > CHF 5'000	NC		a		31.12	DIR, AMM	Tutti
		5	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.			b	Realizzazione procedura acquisti in base a LCPub da inserire nel SGQ	31.12	DIR, AMM; GQ	Tutti
	B2 Gestione risorse	1	Monitoraggio e controllo regolare dei costi e delle spese. Controllo costi personale - 3 mesi, situazione finanziaria- 6 mesi			a	Messa in funzione nuovo modello contabile UI/SUPSI			
		2	Responsabilità appropriate e ripartite in funzione della sostenibilità dell'istituzione. Sono rispettati i preventivi d'investimento. Rispetto delle risorse definite dal contratto di prestazione	R6-7						
		3	Sono ridotti i rischi di incidenti sul lavoro e applicati i principi SUVA. Formazione interna sicurezza in tutte le strutture.							

		4	Il sistema informatico e il sistema e protocollo di archiviazione dei documenti è appropriato e adeguato ai bisogni nel rispetto delle normative.	R12		b	Applicata Cartella informatizzata utenti a CàM e CD dopo esperienza di CDO	30.06	DIR, RS, IT	Tutti
						c	Dopo introduzione Eclinic a CàM e CD rivedere organizzazione cartelle Server.	31.12	RS, REF, IT	Tutti
						e	Valutare aggiornamento sistema backup server DW e valutare sostituzione server presenze	31.12	IT, AMM, DIR	Tutti
		5	Sono ridotti gli accessi agli spazi da parte di persone non autorizzate e sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune per prevenire i furti. È codificata la gestione delle casse e sono designati i rispettivi responsabili.							
		6	Supervisioni regolari gruppi e équipes.							
		7	Supervisioni individuali se richieste e approvate da Direzione							
		8	Supervisioni casi se richiesto e necessario							
		9	Sostegno e promozione alla formazione continua individuale.							
		10	Promozione formazioni interne			a	Formazione TI-Care, cartella informatizzata utenti a CD e CàM			
						b	Affettività e sessualità – Formazione di formatori in collaborazione con OTAF - D. Oggier			
						c	Formazione dei collaboratori su analisi rischi (ambito educativo; autonomia/autodeterminazione)			
						d	Abusi e maltrattamenti – incontro con Mombelli			
						e	Qualità e sicurezza			
						f	Disagio Psicico – Incontro Dssa Colombo			
						g	Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti
		11	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.			a	Soprattutto nell'ambito dei PA garantire tutela degli educatori per affermazioni diffamatorie o comportamenti inadeguati degli utenti. Sentire autorità, rivedere procedure.	31.12	DIR, RS	Tutti
		12	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs							
	B3 Strutture, materiali, attrezzature	1	Gestione ottimale delle strutture			a	Ottimizzazione delle risorse energetiche: riscaldamento consumo elettrico			

						b	Avvio utilizzo (organizzazione) casa di Airolo			
		2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.							
			LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.							
		3	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.			a	Valutazione inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	AS	Tutti
						b	Rendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2021-22 Insos).	31.12	DIR	Tutti
						c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti
						d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	AS	Tutti
						e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti
						f	Allineamento procedure emergenza CD con SwissLife	31.12	AS	Tutti
						g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	AS	Tutti
						h	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti
		4	Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.							
	B4 Produzione e servizi	1	La proposta di attività lavorative e di produzione è adatta al Target.			a	Creato manuale procedure specifico per settore produttivo dopo creazione manuale HACCP	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti
						b	Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare attività socio-lavorative con socio-educative			
		2	Il Tasso di occupazione è ottimale.							
		3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.							
		4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna			a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano.	31.12	DIR, RS	Tutti
						b	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione. Passaggio della gestione amministrativa da Lopagno a Melano	31.12	RS, GQ	Tutti

C. PRESTAZIONI						c	Avviata la produzione nuova "Tisana da l'ort".	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti
		5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"							
	Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
	C1 Ammissione	1	Applicazione dei criteri di ammissione (RS quale responsabile) e di esclusione.			a	Ottimizzata la cartella documentazione completa FSG per nuovi utenti da consegnare all'ammissione	31.12	DIR, CDG	Tutti
		2	Presentazione completa e oggettiva dell'offerta.							
		3	Avere a disposizione informazioni recenti e oggettive sulla persona che dev'essere ammessa.							
		4	Piena occupazione delle strutture secondo Contratto di prestazione con ottimizzazione collocamento utenza casistica-prestazioni							
		5	Continuazione del progetto "posti accoglienza temporanea".							
	C2 Prestazioni di accompagnamento	1	Identificazione dei bisogni corretti degli utenti			a	Avvio progetto invecchiamento utenza Casa Don Orione. Riflessione avviata con UI da portare avanti per 10 utenti gruppo A5.	31.12	DIR, RS	Tutti
						b	Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari	31.12	DIR, RS	Tutti
						c	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti
						d	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti
		2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.							
		3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.							
		4	Rafforzamento comunicazione e collaborazione con la rete legata alla persona (famiglia, ambito sanitario, ...) e con "Servizio d'informazione e coordinamento. 1 incontro/anno con UI							
		5	Riduzione del rischio di errori professionali.			a	Continuato il tema della gestione dell'affettività partendo dalle richieste emerse – consulenza D. Oggier	31.12	DIR, RS	Tutti
		6	Verificare processi/linee guida e monitorare utilizzo Internet da parte degli utenti							

C3 Prestazioni sanitarie	1	Garantito un accompagnamento sanitario ottimale a tutte le persone accolte nella FSG			a	È stato riorganizzato e ottimizzato il settore sanitario di Casa Don Orione: Cambio medico di riferimento CDO, Svincolo informazioni mediche (CDO, CàMia, AP), Definizione rappresentante provvedimenti sanitari (CDO, CàMia).	31.12	DIR, RS, SAN	Tutti	
					b	Riorganizzazione ruolo del referente sanitario	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti	
					c	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	
					d	Valutare modalità di inserimento note / eventi significativi all'interno dei piani di cura (Cà Mia)	31.12	RS, IT	Tutti	
	2	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).								
	3	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG			a	Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Dopo Casa Don Orione, implementazione a CàM e CD	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	
					b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)	31.12	RS	Tutti	
					c	Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipe. Considerare anche la tutela degli educatori.	31.12	DIR / CDG	Tutti	
	C4 Prestazioni alberghiere	1	Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.			a	Visite regolari della cucina ai vari settoi	31.12	RS, CUC, GQ	Tutti
		2	Rispetto delle date limite di acquisto e di consumo dei prodotti. Gestione stock pianificato e validato. Messa in atto delle norme HACCP nel momento della preparazione e dello stoccaggio degli alimenti, controllo dei DLC.			a	Allineamento con Orto (di CDO) per prodotti agricoli	31.12	CUC, OIG	Tutti
3		Autocontrollo temperature in camera fredda.								
4		Info al personale sull'igiene - rispetto delle procedure per il lavaggio della biancheria.								
5		Riduzione dei rischi di contagi.								
6		Riduzione rischio di perdita o danneggiamento di effetti personali.								

		7	Migliorare l'apprezzamento dei servizi alberghieri (cucina e pulizia) nella scheda di valutazione dei collaboratori.						
Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
D. QUALITÀ	D1 Cconcezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29					
		2	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.		a	Riprendere formazione interna su rischi / SGQ - cultura del "rischio" come prevenzione.	31.10	DIR, GQ	Tutti
		3	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015		a	Introdurre negli obiettivi gli spunti di miglioramento dopo audit 2022 SQS	30.01	DIR, CDG, GQ	Tutti
	D2 Gestione documentale	1	Comunicazione chiara e ottimale sugli strumenti. Sono adottati strumenti di comunicazione appropriati e adeguati ai bisogni per un'ottimale gestione della documentazione. Sistema di facile utilizzo e accessibili.						
		2	Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato		a	Valutare inserimento documenti specifici Villino Casa Don Orione in SGQ	30.08	DIR, GQ	Tutti
		3	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure "datate".	31.12	GQ	Tutti
					b	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti
					c	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti
	D3 Gestione proposte di miglioramento	1	I responsabili di settore sono abilitati e formati per raccogliere, trattare e dar seguito alle proposte di miglioramento e correggere le disfunzioni.	R27	a	Promuovere la schea intranet di Segnalazione. Incremento del 50% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti
		2	Presenza del GQ negli incontri di CdG per discutere modifiche SGQ.	R27					
	D4 Gestione audit interni	1	Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.	R29	a	Aggiornamento checklist audit (S-D.4.4).	30.06	GQ	Tutti
		2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.		a	Migliorare pianificazione (triennale) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ. *Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina.	31.12	GQ, CDG	Tutti
					b	Esecuzione audit interni più efficace.	31.12	GQ, CDG	Tutti

					c	Segnalare competenze RS acquisite riguardo audit interni.	31.12	GQ, CDG	Tutti
					d	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti
					e	creare scheda piano audit	31.12	GQ	Tutti
D5 Soddisfazione prestazioni		Costante mantenimento o miglioramento del grado di soddisfazione auspicato	R30						

FONDAZIONE SAN GOTTARDO



SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ
RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE
2022

CURZIO SCHLEE

Introduzione

Per la Fondazione San Gottardo la misurazione del grado di soddisfazione di tutti gli attori coinvolti è un aspetto cruciale e di primaria importanza al fine di garantire un servizio che si possa ritenere di qualità e volto al miglioramento continuo. Valutiamo da undici anni la soddisfazione con lo stesso metodo per poter garantire una continuità e una solidità dei dati raccolti monitorandone le tendenze.

L'indagine di valutazione della soddisfazione viene effettuata tramite dei questionari codificati nel Sistema Gestione Qualità, che si compongono di una parte a scelta multipla per valutare il giudizio dei vari criteri e di una parte descrittiva di tipo aperto per dare adito ad osservazioni di qualunque tipo, siano essi spunti di miglioramento, complimenti, reclami, ringraziamenti o altro. Ogni questionario viene analizzato singolarmente, facendo tesoro di ogni parola scritta. Le osservazioni significative vengono generalmente riprese dal Comitato di Gestione e diventano parte degli obiettivi istituzionali per l'anno successivo. La valutazione tiene conto dei principali portatori di interesse: rappresentanti legali e famigliari degli utenti, utenti, collaboratori e clienti dei nostri prodotti o servizi. La riservatezza dei dati è garantita.

Questionari digitali online

Per il terzo anno è stata data la possibilità di compilare i questionari online tramite una apposita piattaforma (Survio), rendendo la compilazione più interattiva e più rapida. Questo metodo inoltre permette una raccolta e analisi dei dati quasi immediata, cosa che invece con i questionari cartacei risulta difficoltosa. A tutti i gruppi sono state proposte entrambe le possibilità (cartacea e digitale), sulla lettera di accompagnamento è stato inserito in codice QR che rimandava direttamente al sondaggio. Ai collaboratori è stato consigliato di compilarlo online, ma citando comunque la possibilità di stamparsi e compilare il formulario cartaceo.

Hanno utilizzato il sondaggio digitale online:

- il 44% dei famigliari e rappresentanti legali degli utenti (+13% dal 2021)
- il 38% dei clienti (-9% dal 2021)
- il 100% dei collaboratori (+12% dal 2021)
- l' 1.4% degli utenti (-7.2% dal 2021).

Tassi di risposta

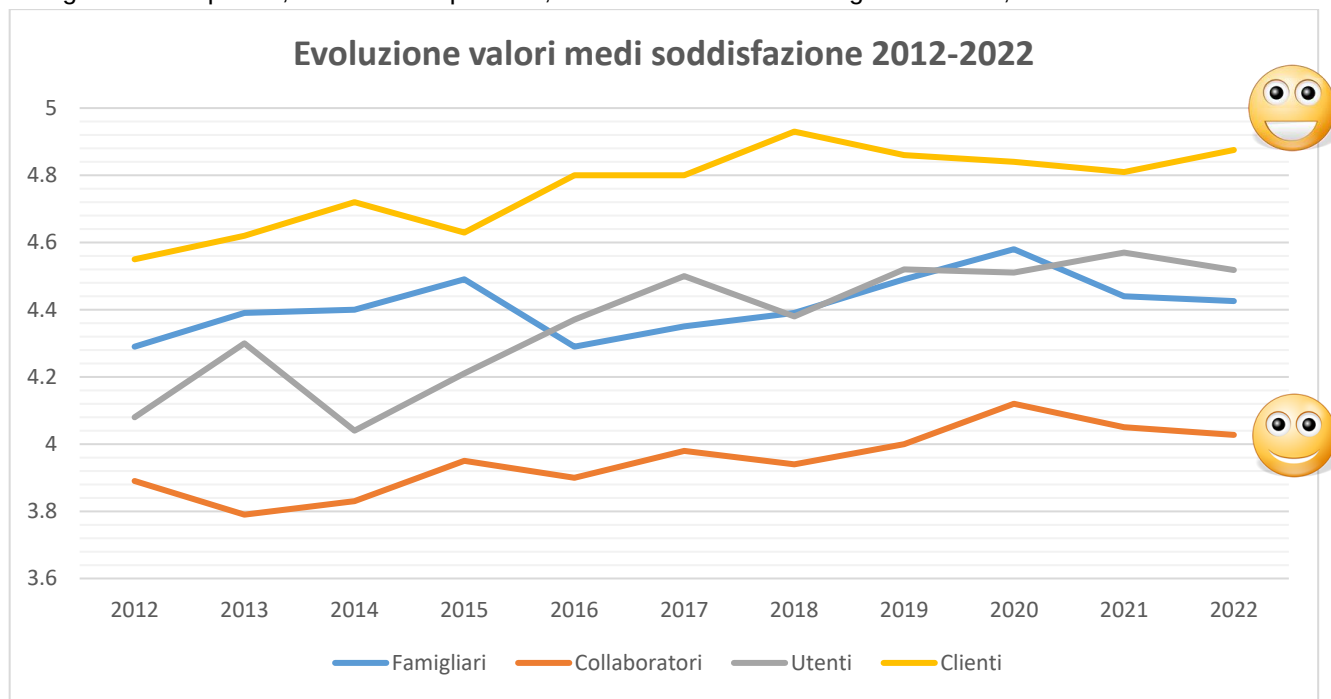
Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale questionari inviati	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rappr. legali	112	27	139	55.56%	44.44%	50.00%
Utenti	124	0	124	99.15%	0.85%	94.35%
Clienti	38	30	68	62.50%	37.50%	35.29%
Collaboratori	0	120	120	0.00%	100.00%	50.83%

Evoluzione tassi di soddisfazione

I valori dei giudizi che è possibile assegnare sui formulari di valutazione sono i seguenti:

0	Non applicabile	3	Sufficiente
1	Pessimo	4	Buono
2	Insufficiente	5	Ottimo

Di seguito sono riportati, in modo comparativo, i dati delle valutazioni degli ultimi anni, dal 2012 al 2022:



	Famigliari	Collaboratori	Utenti	Clienti
2012	4.29	3.89	4.08	4.55
2013	4.39	3.79	4.30	4.62
2014	4.40	3.83	4.04	4.72
2015	4.49	3.95	4.21	4.63
2016	4.29	3.90	4.37	4.80
2017	4.35	3.98	4.50	4.80
2018	4.39	3.94	4.38	4.93
2019	4.49	4.00	4.52	4.86
2020	4.58	4.12	4.51	4.84
2021	4.44	4.05	4.57	4.81
2022	4.43	4.03	4.52	4.88

Con il grafico precedente si paragonano i valori medi delle risposte ricevute nei questionari di valutazione dei vari stakeholder dal 2012 al 2022. I punteggi medi sono rimasti quasi invariati rispetto allo scorso anno. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.03 punti del gruppo collaboratori fino al 4.88 dei clienti, che sfiora l'ottimo. In generale questi valori rispecchiano l'intento della Fondazione San Gottardo di migliorarsi continuamente, e fanno dedurre che in generale l'operato è molto apprezzato sia dai contesti interni, sia da quelli esterni.

Soddisfazione rappresentanti legali e famigliari

Il questionario per i famigliari e i rappresentanti legali è strutturato con una serie di otto domande a scelta multipla, due domande aperte ed un ampio spazio per le osservazioni libere. Il grafico seguente rappresenta la media delle risposte ricevute dai famigliari e dai rappresentanti legali degli utenti nella prima parte del questionario. Ad ogni domanda era possibile assegnare una risposta in base alla seguente scala di valori:

0	Non applicabile	3	Sufficiente
1	Pessimo	4	Buono
2	Insufficiente	5	Ottimo

I famigliari e i rappresentanti legali hanno risposto all'indagine sulla loro soddisfazione in misura del 38.85% (54 su 112), 0.12% in più rispetto al 2021.

La media dei punteggi delle risposte si situa quest'anno a 4.42 su 5, risultato più basso di 0.01 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG, i responsabili di settore e la Direzione.

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono prontamente segnalati ai Responsabili di settore di riferimento. I questionari vengono discussi assieme ai rappresentanti legali durante i colloqui per la presentazione e la valutazione dei Piani di Sviluppo Individuali.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2022, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Grafico dei punteggi medi:

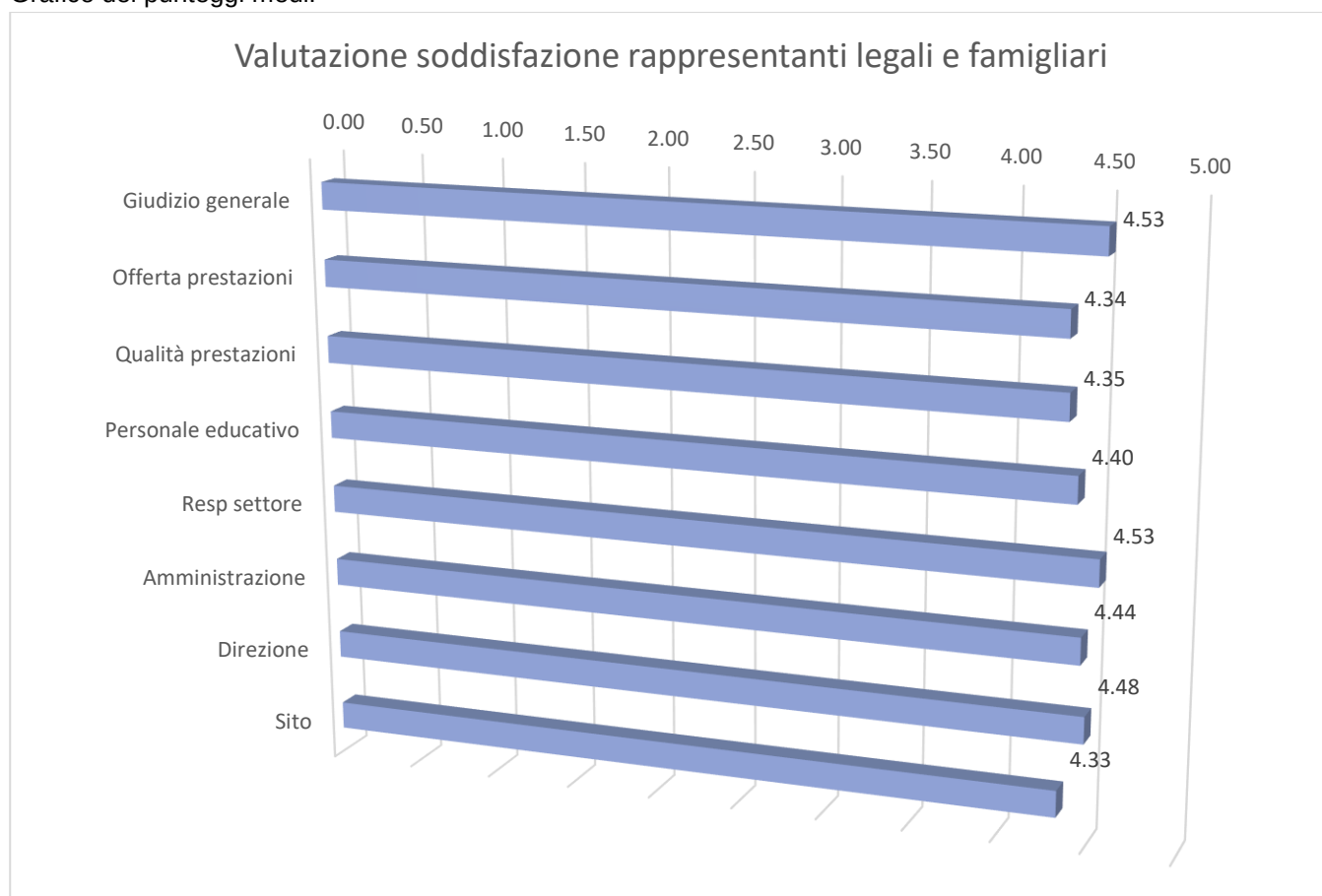
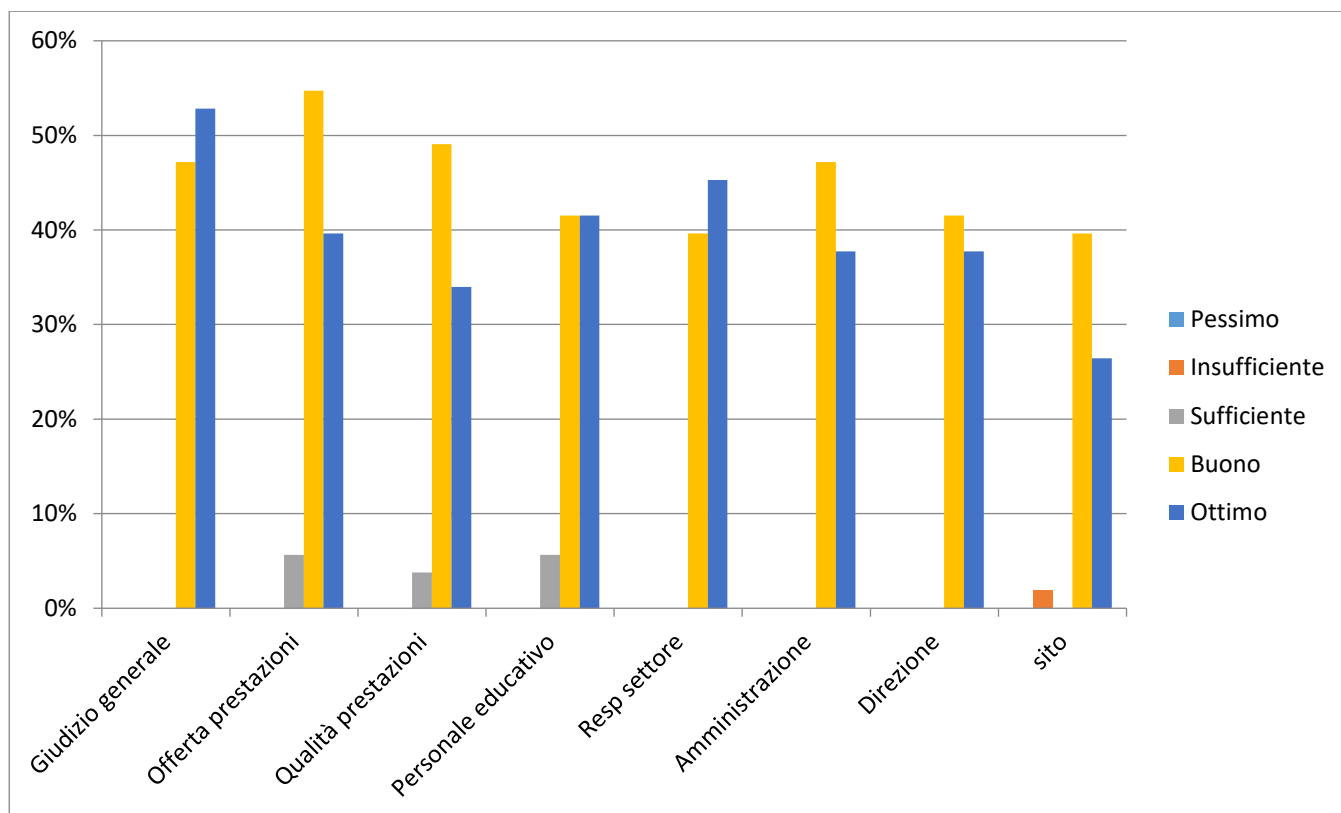


Grafico dei giudizi per ogni risposta:



Soddisfazione clienti

Ai clienti che hanno usufruito dei servizi da noi offerti quali la legna da ardere, la stireria l'altra piega, i prodotti bio dell'Orto il Gelso, il Minigolf e l'affitto dello Spazio San Gottardo è stato proposto un formulario molto semplice unicamente con degli smiley da triste (1) a molto felice (5) e uno spazio per le osservazioni.

Il tasso di partecipazione è stato del 35.29% (24 questionari rientrati su 68 inviati), vi è stato un calo del 13.02% rispetto all'anno precedente, ciò malgrado la possibilità di compilare il sondaggio online.

La media dei punteggi si situa a 4.88 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'88% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 13 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore.

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti complimenti.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2022, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Soddisfazione utenti

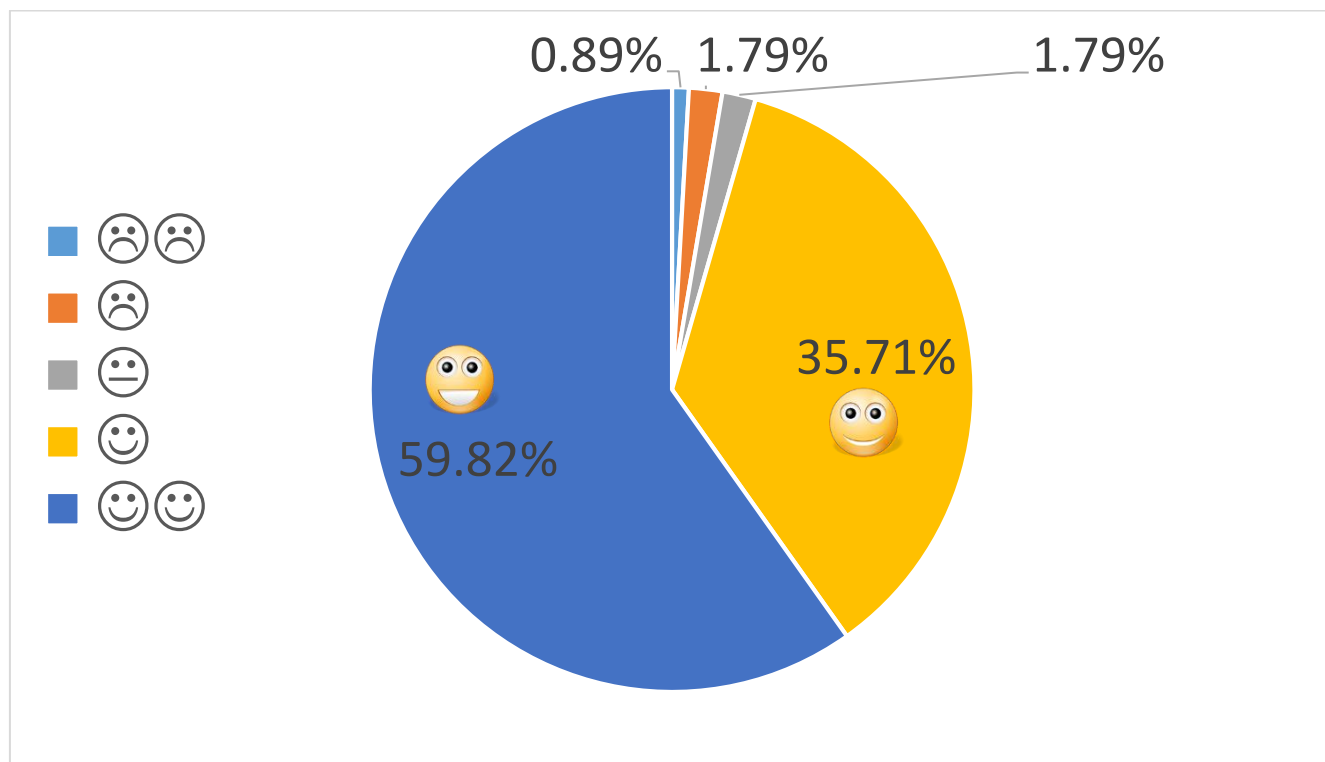
Agli utenti è stato sottoposto un questionario di tipo aperto, dove è stato chiesto di descrivere 3 aspetti positivi, 3 aspetti da migliorare, 2 desideri per il futuro e Osservazioni libere. La maggior parte delle risposte fornite lascia presagire che gli utenti si ritengono soddisfatti o molto soddisfatti delle strutture che frequentano, del personale e delle cure a loro rivolte. Come ultimo punto è stato richiesto quale sia la loro soddisfazione generale, con degli “smiley”, la media delle risposte si situa a 4.52 su 5, dunque ben al di sopra del buono.

Ecco i risultati sui 117 questionari rientrati:

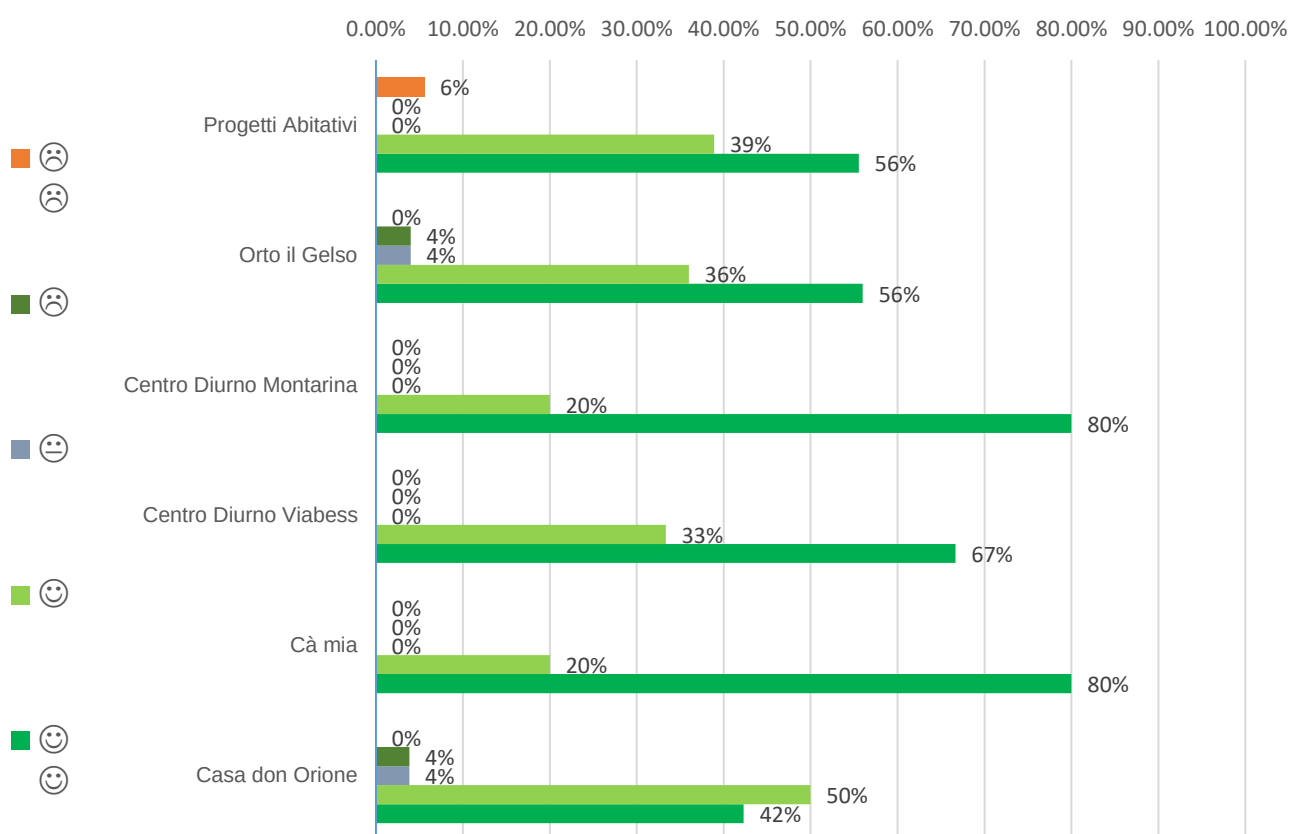
	Molto soddisfatto	Più che soddisfatto	Soddisfatto	Poco Soddisfatto	Per niente soddisfatto
					
2013	39.60%	52.00%	11.00%	1.00%	1.00%
2014	45.20%	51.00%	6.00%	1.00%	0.00%
2015	57.40%	41.50%	1.10%	0.00%	0.00%
2016	45.50%	46.50%	8.10%	0.00%	0.00%
2017	56.4%	38.3%	4.3%	1.1%	0.00%
2018	46.2%	50%	3.8%	0.00%	0.00%
2019	60.7%	33.9%	3.6%	0.00%	1.80%
2020	59.09%	34.55%	5.45%	0.00%	0.91%
2021	63.48%	31.30%	3.48%	1.74%	0.00%
2022	59.82%	35.71%	1.79%	1.79%	0.89%

Documenti di riferimento: Dossier e rapporti soddisfazione 2012-2022.

Grafico soddisfazione utenti 2022



Soddisfazione utenti per struttura



Soddisfazione collaboratori

Il grafico seguente rappresenta la media delle risposte ricevute dai collaboratori. Come per i rappresentanti legali ed i clienti, ad ogni domanda era possibile assegnare una risposta in base alla seguente scala di valori:

0	Non applicabile	3	Sufficiente
1	Pessimo	4	Buono
2	Insufficiente	5	Ottimo

I questionari presentano una prima parte di domande a scelta multipla ed una seconda parte libera alle osservazioni personali. Il tasso di partecipazione è stato del 50.83%, 3.04% in meno rispetto al 2021 (61 questionari su 120, tutti online).

La media di tutte le risposte si situa a 4.03 su 5, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2021 il punteggio risulta più basso di 0.02 punti ed è il terzo punteggio più alto dal 2012 ad oggi.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

6. Direzione (4.35)
7. Ambiente di lavoro nel proprio settore (4.31)
8. Giudizio generale sulla FSG (4.28)
9. Responsabile di settore (4.24)
10. Possibilità di partecipare a formazioni (4.23)

Gli aspetti meno apprezzati dai collaboratori, sebbene con punteggi sopra la sufficienza, sono risultati:

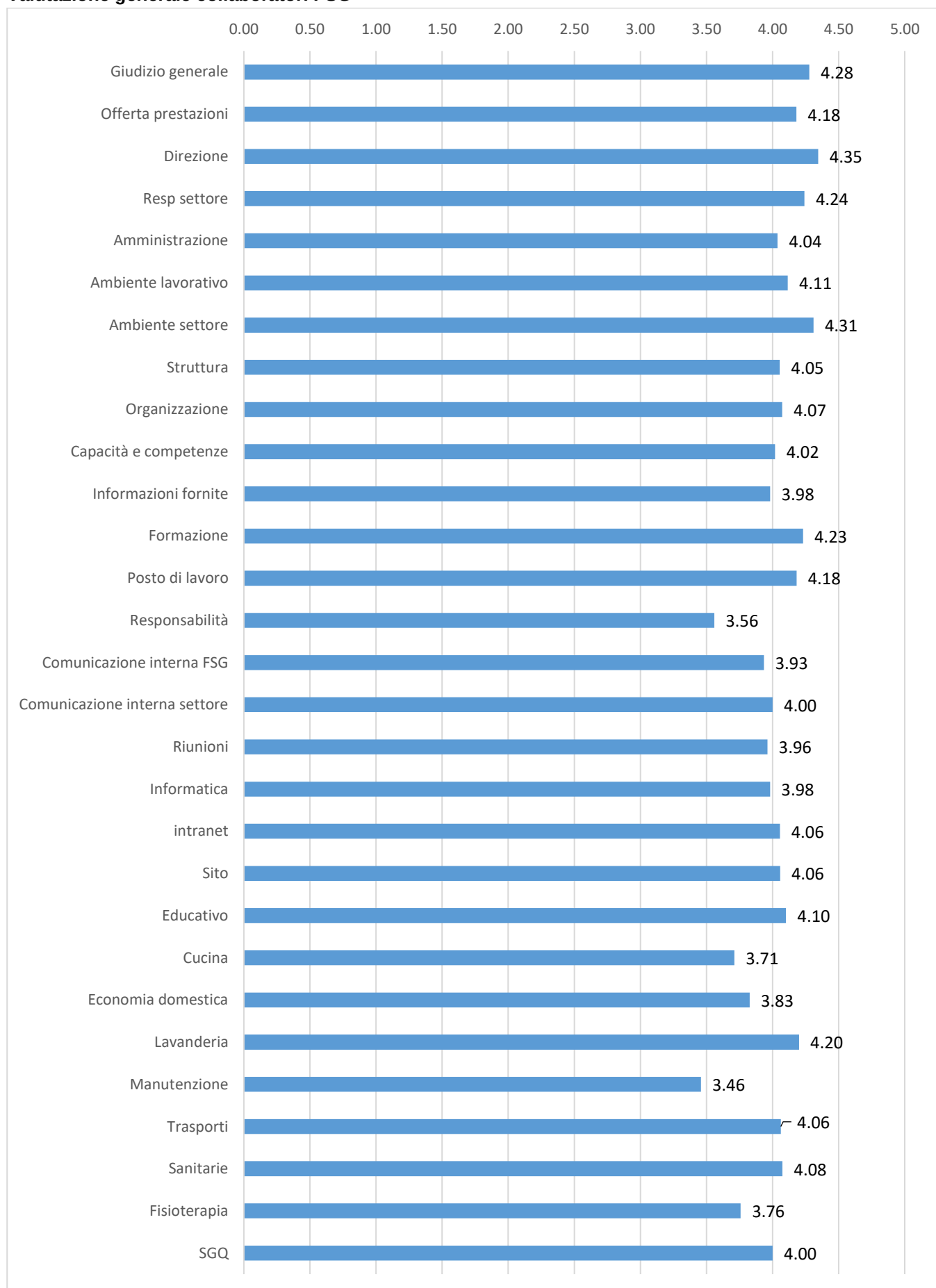
- Manutenzione (3.46)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.56)
- Cucina (3.71)

Per quanto concerne la parte libera, si è contano molti contributi attivi, sia positivi, sia come proposte di miglioramento. Questo trend è iniziato tre anni fa, prima ciò avveniva in rari casi, ed è segno di consapevolezza nell'operato di tutti i collaboratori della Fondazione e nel sistema gestione qualità, inoltre è segno di comprensione dello scopo reale di questa indagine ossia quello di fornire alla Direzione e al Comitato di Gestione input per continuare a progredire positivamente nell'operato quotidiano, cercando di migliorare le condizioni lavorative di tutti i collaboratori e delle persone che accogliamo.

Per questioni di privacy le osservazioni sono raccolte in un documento separato e sono al vaglio del Comitato di Gestione, le stesse verranno discusse puntualmente, riprese nelle riunioni d'équipe o se del caso, riprese come obiettivi istituzionali per il 2023.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2022.

Valutazione generale collaboratori FSG



Osservazioni

I dati raccolti sono trattati con la dovuta riservatezza dal Gestore Qualità.

I dati presentati in questo rapporto hanno un valore puramente statistico e indicativo, comprendono tutte le realtà della Fondazione e non tutte le persone che hanno ricevuto i questionari hanno risposto a tutte le domande. Così come non tutte le persone interpellate hanno risposto al questionario.

Per la Direzione, il Consiglio di Fondazione ed il Comitato di Gestione, così come per tutti i collaboratori questi dati sono però importanti perché permettono di capire gli ambiti dove, grazie alla collaborazione di tutti, è possibile valutare correttivi e strategie nell'ottica del miglioramento continuo.

Ringraziamo quindi le persone che hanno risposto all'indagine permettendoci di poter migliorare le prestazioni offerte nei diversi ambiti della Fondazione.

La Direzione della Fondazione San Gottardo