



Fondazione San Gottardo
Rapporto di gestione
2021

Indice

1. Rapporto di gestione.....	3
a. Direzione e organizzazione	3
1. Andamento.....	3
2. Basi legali.....	4
3. Obiettivi 2021	4
4. Obiettivi 2022	6
5. Organigramma e organizzazione.....	6
6. Organico attuale.....	7
7. Comunicazione	7
8. Digitalizzazione e ottimizzazione risorse IT	8
b. Risorse.....	9
1. Finanze	9
2. Personale.....	9
3. Materiali e attrezzature	11
4. Produzione.....	12
c. Prestazioni	13
1. Utenti	13
2. Settore sanitario	14
d. Qualità	15
1. Sviluppo SGQ	15
2. Documentazione SGQ.....	15
3. Proposte di miglioramento, punti deboli	16
4. Audit.....	16
2. Allegato 1 – Rapporto raggiungimento obiettivi annuali 2021	19
3. Allegato 2 – Pianificazione obiettivi annuali 2022	27
4. Allegato 3 – Rapporto valutazione della soddisfazione 2021	36

S-D1.1 RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ – RIESAME

Anno	2021
Periodo preso in esame	01 Gennaio 2021 – 31 dicembre 2021
Riesame intermedio	Pubblicato il 24 marzo 2022

A. Direzione e organizzazione

A.1. Andamento

La Fondazione è sana e malgrado la spiacevole e impegnativa situazione globale legata alla pandemia di covid-19, è sempre in crescita. Le realtà presenti sono più che consolidate, i collaboratori operano condividendo 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 positiva e determinante e anche quest'anno si è dimostrata strategica.

Il Sistema Gestione Qualità è aggiornato al 24.11.2021 ed è conforme alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 dell'Ufficio Invalidi. Gli **obiettivi** annuali prefissati sono stati **pienamente raggiunti in misura del 52%**, il 33% è in corso, mentre il 15% non è ancora stato raggiunto o è stato posticipato per varie ragioni.

Nel 2021 la Fondazione San Gottardo si è vista impegnata su vari temi: in primis si è continuato a lavorare per cercare di garantire la protezione a utenti e collaboratori dal virus **covid-19** con tutto ciò che ne è conseguito: organizzazione delle vaccinazioni, costante aggiornamento 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. Si è comunque lavorato anche per cercare di trovare una nuova normalità e assicurare un contesto di vita positivo.

Nell'ambito **educativo** si è lavorato sui **piani di sviluppo individuali**, aggiornandone lo strumento di stesura e organizzando delle formazioni interne specifiche con le équipes di tutti i settori e con il personale in formazione per la ripresa dei principi educativi legati agli PSI.

Nelle **strutture** si è come già detto lavorato principalmente per mantenere gli utenti protetti dalla pandemia, tuttavia alcuni progetti sono comunque stati portati avanti: a Casa don Orione sono stati riorganizzati i gruppi residenziali con lo spostamento interno di alcuni ospiti, passando da 3 a 4 gruppi, a Cà Mia è stato aggiunto un appartamento a quelli già esistenti per accogliere ed accompagnare un utente. Sono state inoltre lanciate le basi, con la collaborazione di Pro Infirmis e dell'Ufficio degli Invalidi per l'avvio di un progetto di appartamenti protetti con maggior carico educativo. Il progetto dovrebbe prendere avvio nella seconda metà del 2022. Nei Progetti Abitativi vi è stato un cambio di personale, inoltre si sta lavorando per aggiornare le procedure relative al settore. Nella casa di Airolo sono continuati e terminati i lavori di ristrutturazione.

A livello operativo, sia sanitario sia educativo la grande novità è stato il **passaggio alla cartella informatizzata sanitaria ed educativa** per la gestione degli utenti (software Eclinic di Ti-Care), per il momento è attiva solo a Casa Don Orione, ma successivamente verrà introdotta anche nelle altre strutture.

In ambito **informatico** è stato sostituito il server principale al quale tutti i collaboratori si connettono per lavorare, successivamente è stato fatto un grosso sforzo per introdurre Eclinic, la cartella informatizzata sanitaria ed educativa per la gestione degli utenti, per il momento attiva solo a Casa don Orione come progetto pilota. Nella struttura sono stati sostituite varie postazioni PC e messi a disposizione dei computer portatili per lavorare in modo più efficiente con il programma dato che diventa lo strumento principale di lavoro.

A livello amministrativo un grande impegno ha richiesto e sta richiedendo tuttora, l'adeguamento delle procedure alla **legge sulle commesse pubbliche (LCPub)**. La nuova legge richiede infatti un'attenta analisi dei fornitori nonché la richiesta regolare di molta documentazione. Due persone hanno seguito una specifica formazione e possono ora autocertificare la Fondazione San Gottardo. Il processo è in corso, così come l'adeguamento delle procedure.

Per quanto concerne la **sostenibilità ambientale** sono stati intrapresi alcuni progetti quali la ricerca di una soluzione per utilizzare materiali di imballaggio senza plastica per le tisane, la ripresa del grande spazio adibito ad orto presso la Casa don Orione, per fornire ortaggi a km zero alla cucina e la partecipazione al calendario dell'avvento che promuove la sostenibilità in Ticino: 24 sguardi sostenibili.

Anche quest'anno abbiamo potuto rimarcare nei collaboratori una grande **consapevolezza**, condivisione dei valori comuni e coesione nella missione e nella visione che la Fondazione San Gottardo porta avanti. Lo si è visto nell'adeguamento e senza particolari reclami ai continui cambiamenti delle misure di protezione dal covid-19, dall'alto tasso di adesione alla vaccinazione, dalla partecipazione continua nell'opera che la Fondazione porta avanti, nella coesione della ricerca di una nuova normalità. Non si sono verificate particolari situazioni difficili. Questa consapevolezza traspare anche sempre di più dall'indagine di valutazione della soddisfazione dei collaboratori (ma anche degli utenti), nella quale si nota una maggior maturità generale e la comprensione che si tratta di uno strumento utile per tutti al miglioramento continuo.

A.2. Basi legali

L'elenco delle basi legali (A1.6 Basi legali) è aggiornato al 23.11.2021. Durante l'anno sono state apportate modifiche ai seguenti testi di legge:

- Direttiva 5 contributo globale istituti per invalidi adulti, Dasf, giugno 2021
- 210 - Codice civile Svizzero (CC) 01.01.2021
- 832.20 Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) 01.01.2021
- 830.1 Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) 01.01.2021
- 830.11 Ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA) 01.01.2021
- 831.20 Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) 01.01.2021
- 831.10 Legge federale su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS) 01.01.2021
- RS 910.1 Legge federale del 29 aprile 1998 sull'agricoltura 01.01.2021
- 818.101.24 Ordinanza 3 sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID-19) (Ordinanza 3 COVID-19) del 19 giugno 2020 28.10.2021
- 818.101.27 Ordinanza sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID-19) nel settore del traffico internazionale viaggiatori del 2 luglio 2020 – 01.02.2021
- 818.102 Legge federale sulle basi legali delle ordinanze del Consiglio federale volte a far fronte all'epidemia di COVID-19 (Legge COVID-19) del 25 settembre 2020 01.02.2021
- Direttiva concernente l'attività negli Enti per invalidi, sull'accesso e sulla gestione del personale socio-educativo e curante, durante l'epidemia COVID-19 (14.10.2021)

Legge sulle commesse pubbliche – LCPub: la nuova regolamentazione cantonale riguardo alle commesse pubbliche ha richiesto grande impegno per la raccolta da tutti i fornitori della documentazione necessaria.

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.

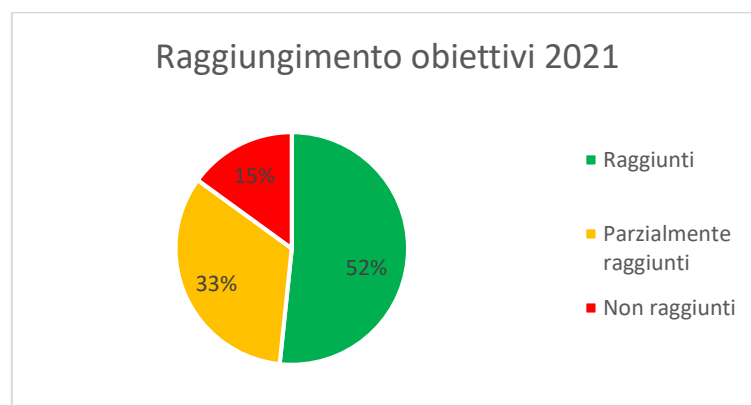
A.3. Obiettivi 2021

- **Riorganizzazione settore sanitario di Casa Don Orione:** il nuovo coordinatore sanitario assunto a fine 2020 sta conducendo molto bene il settore con il supporto di due infermieri. Avendo un background in ospedale e pronto soccorso ha portato una notevole ottimizzazione delle attività e delle procedure di questo settore, grazie anche all'introduzione della cartella sanitaria informatizzata (Eclinic).
- **Riorganizzazione settore amministrazione e servizi:** da settembre 2021 è stata assunta una nuova contabile al 20%, sono stati effettuati alcuni cambi logistici per ottimizzare l'attività del settore amministrativo.

- **Ottimizzazione organizzazione procedure e strumenti del settore amministrativo:** questo obiettivo è stato posticipato al 2022.
- **LCPub – seguire gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive:** è stata svolta un'analisi dei fornitori, è stata richiesta e raccolta tutta la documentazione necessaria secondo la legge, due persone sono state formate e sono abilitate ad autocertificare la FSG. È in corso l'aggiornamento della procedura acquisti in base alla LCPub.
- **Ottimizzazione e implementazione strumenti amministrativi e contabili (Sisma/DocuWare):** in corso.
- **Formazioni interne:** sono riprese le formazioni interne in tutti i settori, alcune sono state rimandate al 2022.
- **Progetti abitativi - garantire la tutela degli educatori per affermazioni diffamatorie o comportamenti inadeguati degli utenti:** è stata creata la specifica procedura *C2.5 Protocollo intervento situazioni critiche o anomale*. Sono in corso ulteriori riflessioni per ottimizzare le procedure del settore PA, il 15.12 si terrà l'audit SQS nel settore.
- **Trasformazione organizzazione residenziale Casa Don Orione:** questo obiettivo è stato rivalutato, sono stati creati 4 gruppi, vi è stata una parziale riorganizzazione delle camere e dei gruppi. Gli atelier sono rimasti chiusi anche nel 2021 quale misura di protezione dalla pandemia.
- **Implementazione nuovo gruppo RG Cà Mia – Barbengo:** il gruppo è stato creato.
- **Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Inizialmente Casa don Orione, progressivamente nel resto della FSG:** il software Eclinic è stato installato tra febbraio e marzo 2021, nel mese di marzo e aprile sono stati formati 12 collaboratori (key user) i quali hanno in seguito formato le équipe internamente. Dopo un periodo di test la cartella è entrata in attività a pieno regime in settembre. Nel mese di novembre sono state effettuate dal coordinatore sanitario ulteriori formazioni alle équipe in seguito alla creazione di nuovi importanti moduli nel programma (PSI, Ammissione, ecc.). Tutti i contenuti formativi relativi alla cartella informatizzata sono a disposizione dei collaboratori sulla Intranet FSG.
- **Revisione delle procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti:** questo obiettivo è stato sospeso in quanto alcune parti del programma sono state sviluppate ed implementate nel mese di novembre, i capitoli C1, C2, C3 verranno rivalutati dopo che l'utilizzo del software sarà esteso a tutti i settori (2022).
- **Formazione sui rischi / SGQ per avere un sistema bottom up dai settori, cultura del rischio come prevenzione:** queste formazioni sono state sospese a causa del covid-19 e anche perché il gestore qualità sta frequentando un corso specifico che permetterà di migliorare queste formazioni interne.

Per consultare l'evoluzione di tutti gli obiettivi consultare il documento S-A1.1 Obiettivi annuali 2021.

Su 60 obiettivi fissati per il 2021, 31 obiettivi sono stati pienamente raggiunti, 20 parzialmente raggiunti o ancora in corso, 9 non sono ancora stati raggiunti, accantonati o posticipati al 2022, soprattutto a causa della pandemia di Covid-19 che ha portato a rivalutare le priorità d'azione.



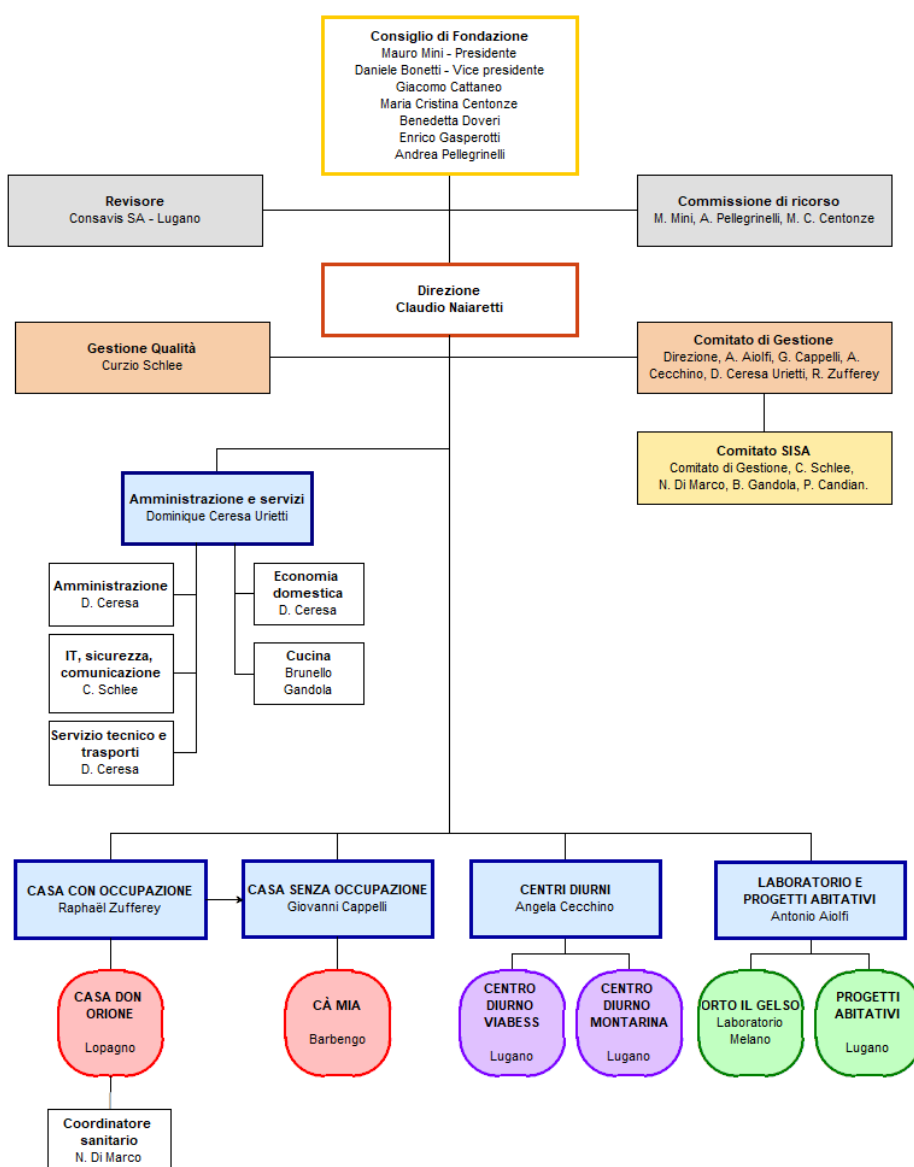
Misure: mettere in atto le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi 2021 mancanti

A.4. Obiettivi 2022

Gli obiettivi per l'anno 2022 sono stati definiti durante il mese il 10 dicembre 2021 (S-A1.1 Obiettivi annuali 2022) e affinati il 31 gennaio 2022, per una gestione degli obiettivi più efficace si è passati da una tabella word ad un foglio excel. Gli obiettivi primari riguardano la riorganizzazione del settore PA e del settore amministrazione e servizi con le relative procedure e strumenti, la valorizzazione del ruolo del referente d'équipe, l'implementazione degli aspetti legati alla nuova Legge sulle commesse pubbliche ed al suo regolamento di applicazione, l'implementazione della cartella sanitaria informatizzata nelle altre strutture, la ripresa delle formazioni interne, il rafforzamento del concetto di "Casa", l'avvio dell'utilizzo della casa di Airola, la riorganizzazione del settore produttivo per quanto riguarda l'analisi rischi, l'HACCP, le procedure e la gestione amministrativa, la revisione delle procedure sanitarie in seguito all'introduzione del software informatico ed il miglioramento della procedura relativa agli audit interni. Tutti gli altri obiettivi sono consultabili nell'allegato 2 a questo rapporto.

A.5. Organigramma e organizzazione

L'organigramma (A2.2 Organigramma) è stato modificato e ufficializzato il 24 novembre 2021. La gestione della qualità è stata spostata al livello dello staff di Direzione. Il 07.10.2021 è stato creato un organigramma specifico per esplicitare le funzioni legate alla sicurezza e alla salute sul posto di lavoro (A2.2a).



Consiglio di Fondazione, comitato di gestione, comitato SISA

La comunicazione verso il Consiglio di Fondazione è diretta e costante, oltre al contatto telefonico e tramite e-mail, nel 2021 la Direzione ha incontrato di persona il CdF in 7 occasioni, di cui una con i Responsabili di Settore.

Il Comitato di Gestione si conferma ogni anno sempre più importante, strategico ed efficace, nel 2021 si è riunito 28 volte, di cui due volte con il comitato SISA, più una giornata di lavoro per l'allestimento dei preventivi 2022. 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 novembre 2021 la Fondazione San Gottardo accoglie **127 utenti, in 5 strutture e 23 appartamenti protetti**, con l'ausilio di **164 collaboratori**.

Settore	Prestazione	Utenti	Collab.
Casa don Orione	Residenziale con occupazione	34	43
Cà Mia	Residenziale senza occupazione	17+1	20
Centro Diurno Montarina	Centro Diurno	10	6
Centro Diurno Viabess	Centro Diurno	17	6
Orto il Gelso	Laboratorio agricolo + stireria	25	7
Progetti abitativi	Appartamenti protetti	23	5
Amministrazione e servizi	Amministrazione	-	5
	Cucina	-	7
	Economia domestica	-	6
	Trasporti e manutenzione	-	6
Direzione + Responsabili di settore	Comitato di Gestione	-	5
Apprendisti in formazione	Educativo e cucina	-	8
Supplenti		-	8
Personale in formazione /stage		-	32
Totale		126	164

Documenti di riferimento: Contratto di prestazione 2021, 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 in alcune occasioni tramite lettera. Nel corso del mese di novembre e dicembre sono stati indetti sette diversi momenti di incontro con i famigliari.
- Il sito web www.fsangottardo.ch ha avuto finora un incremento delle visite del 2.94% rispetto allo scorso anno con 8615 visite (2020: 8369) con 6834 visitatori (2020: 6613), per un totale di 20132 pagine visualizzate (2020: 21195, -5.46%). (Dati Google Analytics)
- Le pagine più visualizzate sono state nell'ordine: La Fondazione, Contatti, Casa don Orione, Orto il Gelso, Cà Mia, Minigolf, Ordinazioni (online shop), Luoghi. Questo ordine rispecchia il comportamento dei visitatori degli anni precedenti.
- L'online shop si trova al 8. posto nel numero di visite come nel 2020, la pagina ha avuto meno visite rispetto al 2020 (-6.26%) e ha portato a 12 ordini. Diversi di questi ordini sono giunti dalla Svizzera tedesca e romanda, probabilmente grazie alla guida agli acquisti di Alpinavera. Lo stock disponibile online è 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 non è il canale primario di vendita, anche volutamente, perché non avremmo le risorse per gestire un grande volume di ordini.

- Nelle recensioni di Google il punteggio è di 5 su 5.
- La pagina Facebook Fondazione San Gottardo, è seguita 520 persone (2020: 461). Il post con maggiore copertura è stato visualizzato da 1600 persone. Il punteggio risultante dalle recensioni è di 5 su 5.
- La pagina Facebook relativa al Minigolf Lopagno, è seguita da 303 persone (2020: 306). La cifra è leggermente diminuita perché per il secondo anno il Minigolf è rimasto completamente 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 2021 sono state pubblicate e inviate 24 comunicazioni.
- Il bollettino San Gottardo Racconta è stato pubblicato, stampato in 1120 copie ed inviato il 21 dicembre.
- Media: nel 2021 vi sono stati alcuni momenti di apparizione nei media quali intervista al Direttore Claudio Naiaretti riguardo all'accesso alla vaccinazione contro il covid-19 per gli utenti degli istituti sociali del Canton Ticino (Cronache della Svizzera italiana, RSI Rete uno, 11.02.2021), un articolo sul Corriere del Ticino sempre riguardo alla vaccinazione (CdT Catholica, 23.01.2021), servizio del Quotidiano RSI a Cà Mia (08.02.2021).
- 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

Data la situazione particolare legata al Covid-19, al lockdown e successivamente alla priorità data alla protezione dei nostri utenti e dei nostri collaboratori, nel 2021 non sono stati indetti né si è partecipato ad eventi pubblici.

A.8. Digitalizzazione e ottimizzazione delle risorse IT

- Si è continuato il percorso di digitalizzazione intrapreso ormai da alcuni anni. L'archiviazione digitale con DocuWare è ben gestita ed è diventato uno strumento fondamentale per l'amministrazione.
- Server di lavoro: nel corso del mese di gennaio è stato sostituito il server principale al quale tutti i collaboratori si connettono per lavorare, si è trattato di un lavoro importante poiché ha richiesto la migrazione di tutti i profili personali con tutti i relativi file ed impostazioni.
- 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, ma porterà notevoli benefici sull'efficienza e la sicurezza della gestione degli utenti. Il software è stato adattato ai nostri bisogni specifici, in particolare per quanto concerne l'ambito educativo.
- A Casa don Orione sono state sostituite vari postazioni PC per permettere di lavorare in modo adeguato con Eclinic, che ora è diventato lo strumento principale di lavoro. Sono stati messi a disposizione anche dei computer portatili.

B. Risorse

B.1. Finanze

Il consuntivo 2021 chiude in linea al preventivo presentato. Il totale di bilancio ammonta a 8'391'455, le spese totali d'esercizio di CHF 10'049'241 e sono pari alle entrate.

B.2. Personale

La Fondazione San Gottardo impiega 164 collaboratori, di cui 32 in formazione (apprendistati e stage). L'età media si situa a 41.00 anni.

Sono stati organizzati gli incontri conoscitivi e formativi con i nuovi assunti, ma l'accompagnamento è stato 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" aggiornato.

Nel 2021 il Direttore ha svolto colloqui personali con tutti i collaboratori.

B.2.1. Soddisfazione dei collaboratori

L'indagine soddisfazione 2021 è conclusa. Per il secondo 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 53.57%, 5.75% in più rispetto al 2020 (75 questionari su 140, dei quali 66 online e 9 cartacei).

La media di tutte le risposte si situa a 4.05 su 5, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2020 il punteggio risulta più basso di 0.07 punti ed è il secondo punteggio più alto ottenuto dal 2012 ad oggi.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

1. Direzione (4.41)
2. Giudizio generale sulla FSG (4.32)
3. Responsabile di settore (4.30)
4. Ambiente di lavoro nel proprio settore (4.29)
5. Gestione della situazione legata al covid-19 (4.27)

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

- Manutenzione (3.47)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.62)
- Trasporti (3.78)

Per quanto concerne la parte libera, si è notato un notevole incremento generale di quantitativo e qualitativo di osservazioni, sia positive, sia come proposte di miglioramento. Questo trend è iniziato due anni fa, prima ciò avveniva in rari casi, ed è segno di consapevolezza nell'operato 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 2022.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2021.

B.2.2. Formazione

Formazione interna

A Casa Don Orione si sono svolti vari momenti di formazione interna per équipe sull'introduzione e sul funzionamento del nuovo software di gestione degli utenti, **Eclinic** (cartella informatizzata). Dapprima sono stati formati dal fornitore 12 key user, i quali hanno poi a loro volta formato i colleghi nei mesi di maggio-giugno. Nel mese di novembre si sono svolte ulteriori formazioni interne dopo l'introduzione di alcuni nuovi moduli nel programma (parte di ammissione, PSI, crisi epilettiche).

Durante il corso dell'anno sono state effettuate delle formazioni interne con tutte le équipe riguardanti l'aggiornamento e la ripresa dei principi educativi legati ai **Piani di Sviluppo Individuali**. Sono state svolte due formazioni interne con gli **apprendisti** in formazione, una sugli **PSI** e una sul settore **LISPI**.

La Direzione con i Responsabili di settore ed una persona dell'amministrazione hanno partecipato ad una formazione interna, con un supporto legale esterno, legata alle curatele, per meglio comprendere il ruolo dei curatori, le tipologie di **curatele** e le relative responsabilità.

Documenti di riferimento: S-B2.15 Pianificazione annuale formazione interna 2021, dossier formazioni.

Supervisione

Nel 2021 sono riprese le supervisioni d'équipe ed individuali, che erano parzialmente state sospese a causa della pandemia. Si sono svolte supervisioni con le équipe dei Centri Diurni, dell'Orto il Gelso.

Formazione esterna

La FSG dà regolarmente la possibilità ai propri collaboratori di effettuare delle formazioni esterne, oltre a quelle proposte internamente. Nel 2021, 28 collaboratori hanno effettuato formazioni esterne su diverse tematiche:

- Diploma cantonale di gestore qualità per istituti per invalidi.
- Esercitazione pratica di spegnimento.
- Legge sulle commesse pubbliche (LCPub)
- Attività psicoeducative nel CPR.
- Comunicazione interpersonale, disabilità e bisogni complessi della comunicazione.
- Stimolazione basale.
- Curare la notte, curare di notte.
- Eclinic - cartella informatizzata utente.
- Eclinic – Magazzino
- Eclinic – Moduli Ammissione, PSI, crisi epilettiche.
- I disturbi del pensare.
- Implementazione nuova ordinanza OSA 2021.
- La dimensione pedagogica nel laboratorio.
- La relazione terapeutica con il paziente grave.
- L'importanza del saper essere nella relazione terapeutica con l'ospite psichiatrico.
- L'intimità nelle cure.
- Presa a carico con pazienti psicotici.
- Sessualità e affettività.
- Specialista in attivazione.
- Tecnico di analisi del comportamento.
- Aggiornamento certificato BLS-DAE.

Documenti di riferimento: S-B2.16 Pianificazione annuale formazione esterna 2021, dossier formazioni.

B.3. Materiali e attrezzature

B.3.1. Sicurezza

La sicurezza è un aspetto molto importante per la FSG, nel 2021, data la situazione pandemia, si è lavorato 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.
- Audit INSOS Securit: esito positivo, ma con alcune proposte di miglioramento che verranno valutate il prossimo anno con il comitato SISA.
- Test allarmi, test lampade, esercitazioni di evacuazione.
- Controlli e manutenzione degli impianti e delle apparecchiature di sicurezza.
- Inizio analisi e creazione manuale sicurezza in 10 punti
- Creazione Direttiva per aziende esterne B3.10, fatta firmare a tutti i fornitori
- Creazione organigramma sicurezza A2.2a
- Creazione scheda manutenzione e controlli periodici impianti SB3.32
- Creazione scheda identificazione dei pericoli S-B3.31
- Inserimento in SGQ scheda interventi servizio tecnico S-B3.33
- Formazioni in ambito sicurezza per gli InSi.

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 alcuni anni di ricerca e valutazione di materiali adeguati sostitutivi, finalmente 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. Dalla prossima produzione verranno utilizzate 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 sarà biodegradabile / riciclabile al 100%. Questo è un importante passo avanti per la sostenibilità e lo è anche a livello di immagine, infatti quest'anno 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.

B.3.3. Strutture e progetti

Casa don Orione - Lopagno

A Casa Don Orione vi è stata una parziale riorganizzazione dei gruppi e delle camere degli utenti. Gli atelier sono rimasti chiusi tutto l'anno quale prevenzione per il covid, si sta pensando ad una riapertura nel rispetto della situazione di invecchiamento dell'utenza.

Il progetto più importante per Casa Don Orione è stata l'introduzione della cartella informatizzata sanitaria ed educativa per la gestione degli utenti e delle attività educative e sanitarie, questo progetto ha richiesto grande impegno da parte di tutti i collaboratori, dopo una fase di test ora il programma funziona bene e permette una gestione più sicura ed efficace dei dati e della presa a carico degli utenti.

A Casa Don Orione si è inoltre ritenuto opportuno recuperare e valorizzare il grande spazio adibito ad orto, che negli ultimi anni era andato in disuso per mancanza di risorse. A partire dalla primavera una persona si dedica a questa attività,

Cà Mia – Barbengo

A Cà Mia è stato aggiunto un appartamento ad inizio anno per un progetto educativo inerente un utente.

Orto il Gelso

Il gruppo esterno che era distaccato a Lopagno è stato spostato a Melano, presso l'Orto il Gelso, mentre un collaboratore è stato spostato a Lopagno per occuparsi del progetto orto di Casa don Orione.

Progetti Abitativi

Con l'ufficio dedicato agli educatori di questo settore è migliorata notevolmente la gestione, vi è anche stato un cambio nel personale. Durante la pandemia gli operatori sono stati molto sollecitati in quanto la gestione degli utenti si è rivelata molto impegnativa con visite a domicilio regolari, con tutte le misure di protezione del caso. Il settore è in crescita, giungono continuamente nuove richieste e vi è una lista d'attesa.

È in corso una rivalutazione e un aggiornamento delle procedure relative a questo settore.

Casa di Airolo

La riattazione della casa di Airolo si è conclusa e potrà dunque essere utilizzata dagli utenti dal prossimo anno.

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, nel 2021 è stato messo sul mercato un nuovo prodotto per Migros: la zucca essiccata. Il progetto di apicoltura ha portato ad una terza produzione di miele di castagno e tiglio, da quest'anno certificato Bio Suisse.

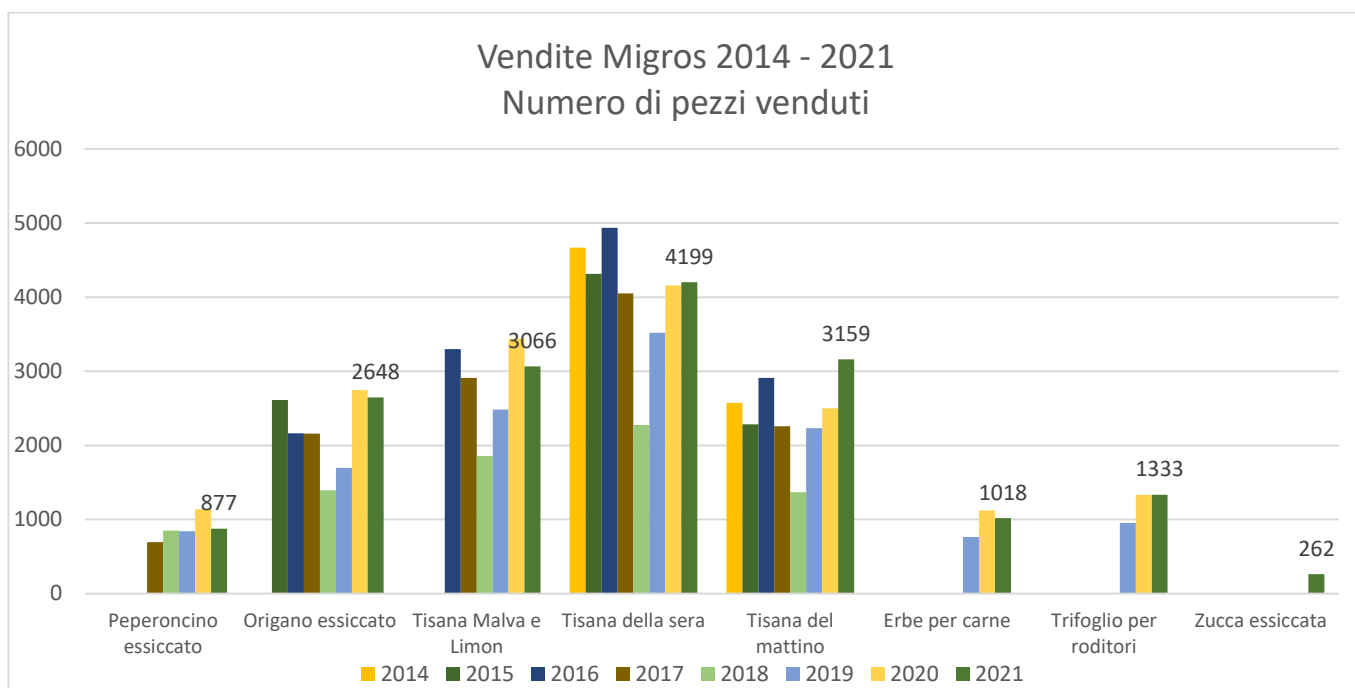
Per quanto concerne il comparto legna da ardere, si è constatato ancora un aumento del volume delle vendite. Anche se il beneficio economico è contenuto, questa attività è di grossa valenza per gli utenti coinvolti nei vari processi. Vi è inoltre un'importante relazione con il territorio nell'ambito del servizio esterno.

Le vendite presso Migros hanno dato buoni risultati, i dati di vendita si allineano con quelli del 2020, alcuni prodotti hanno subito un incremento delle vendite (Es. tisana del mattino + 26%).

Nel 2021 si contano 95 clienti nei diversi ambiti.

Nel mese di luglio è stato svolto un audit qualità (SQTS) richiesto da Migros. Dall'audit sono emerse alcune non conformità, alcune minori, che sono state risolte subito e una più importante, ovvero la mancanza di un'analisi rischi formale approfondita per l'autocontrollo e l'igiene alimentare (HACCP). L'équipe con il gestore qualità e il direttore si stanno occupando di questo tema con attenzione. Questa analisi porterà alla rivalutazione delle procedure di produzione esistenti e alla creazione di nuove procedure e strumenti.

Vi è stato un importante sviluppo positivo per quanto concerne l'imballaggio delle tisane. Dopo alcuni anni di ricerca e valutazione di materiali adeguati sostitutivi, finalmente 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. Dalla prossima produzione verranno utilizzate 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 sarà biodegradabile / riciclabile al 100%. Questo è un importante passo avanti per la sostenibilità e lo è anche a livello di immagine, infatti quest'anno abbiamo ricevuto diverse segnalazioni riguardo all'utilizzo di plastica negli imballaggi.



Per quanto concerne la gestione dell'utenza, la ricerca di un equilibrio tra la componente produttiva e la presa a carico educativa rimane un elemento imprescindibile cui dobbiamo tener conto nella nostra attività. Considerando la tipologia delle persone accolte e l'impegno richiesto per l'accompagnamento delle stesse, un impegno importante è richiesto al personale educativo, che è chiamato a colmare le necessità produttive.

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

Misure: rivalutazione procedure di produzione e HACCP.

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. È stato richiesto quale sia la loro soddisfazione generale, con degli "smiley", la media delle risposte si situa **a 4.57 su 5**, dunque **nettamente al di sopra del buono**, risultato leggermente più alto dello scorso anno e **il più alto rilevato finora**. Il 63.48% ha dato un giudizio ottimo, il 31.3% buono, il 3.48% sufficiente e l'1.74% sufficiente.

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

I Piani di Sviluppo Individuale sono uno strumento fondamentale per l'attività di accompagnamento, sul quale si basa l'attività quotidiana con gli utenti. Nel febbraio 2021 il formulario PSI è stato modificato e durante l'anno sono stati organizzati diversi momenti di formazione con le équipes e con il personale in formazione allo scopo di riprendere i principi educativi legati agli PSI.

	Casa don Orione	Cà Mia	CD Viabess	CD Montarina	Orto il Gelso	PA
N. PSI	29	16	15	9	27	23
N. obiettivi	52	50	40	18	112	69
Obiettivi raggiunti	23	19	15	14	38	27
Obiettivi parzialmente raggiunti	23	23	19	4	45	25
Obiettivi non raggiunti	6	8	6	0	29	17

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

C.2. Settore sanitario

A **Casa don Orione** il coordinatore sanitario sta conducendo molto bene il settore con il supporto di due infermieri, l'organizzazione sanitaria è stata rivista. Avendo un background in ospedale e pronto soccorso ha portato una notevole ottimizzazione delle attività e delle procedure di questo settore, grazie anche all'introduzione della cartella sanitaria informatizzata, egli funge anche da supporto per le altre strutture e da punto di riferimento per la formazione e l'utilizzo di Eclinic. È in corso un affinamento delle competenze del team sanitario, anche perché dal prossimo anno il medico di riferimento della Casa smetterà la sua attività e sarà sostituito da una nuova dottoressa, con la quale si vorrebbe lavorare per definire meglio responsabilità e procedure.

A **Cà Mia** sono state aggiornate le procedure sanitarie specifiche della struttura.

Pandemia Covid-19: il 2021 è purtroppo ancora stato caratterizzato in gran parte dalla pandemia globale di covid-19, la protezione degli utenti è stato dunque l'obiettivo principale dell'anno, anche se ci si è impegnati nella ricerca di una nuova normalità.

- **Vaccinazione:** tra febbraio e maggio è stato fatto un grande sforzo per l'organizzazione e la somministrazione delle due dosi di vaccinazione per gli utenti e per i collaboratori (tasso di vaccinazione al 30.11: ca. 80%). Una parte è stata vaccinata presso Casa Don Orione grazie alla squadra mobile del Cantone, un'altra parte è stata vaccinata presso la sede di OTAF a Sorengo.
- **Home office:** nei mesi di gennaio e febbraio i collaboratori del settore amministrazione hanno lavorato da casa secondo le direttive federali, ma a turni poiché una presenza in struttura è essenziale.
- **Direttive:** la direttiva interna covid-19 è stata aggiornata e pubblicata 7 volte durante l'anno in seguito all'emanazione di nuove direttive cantonali e di una risoluzione governativa.
- **Certificato covid:** secondo le direttive cantonali dal 1. Ottobre è stato richiesto un certificato covid valido a chiunque entri nelle strutture della FSG, collaboratori compresi. Attualmente circa il 90% dei collaboratori e degli utenti in possesso del certificato covid. Il 21 dicembre è stata organizzata una giornata di vaccinazione presso OTAF per somministrare la terza dose (booster) agli utenti ed ai collaboratori. Per i collaboratori non immunizzati è stato organizzato un programma di test salivari mirati e ripetuti. Durante il mese di dicembre si è dovuto affrontare un aumento delle assenze del personale dovuto all'ondata più contagiosa della variante Omicron.
- La situazione pandemica ci ha costretto anche quest'anno ad annullare la Cena di Natale, tradizionale momento di incontro con i collaboratori.

La novità più importante in ambito sanitario, per ora introdotta solo a Casa don Orione, ma con l'intenzione di espanderla anche alle altre strutture nel corso del prossimo anno, è come già detto l'adozione del programma **Eclinic** per la **gestione informatizzata degli utenti, sia in ambito sanitario sia educativo**. 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 proprio perché viene utilizzato un solo strumento invece che tanti formulari cartacei.

L'introduzione del programma ha richiesto diversi mesi, dapprima sono state effettuate delle formazioni agli utilizzatori principali, poi essi hanno formato il resto dei collaboratori. Si è lavorato molto in collaborazione con lo sviluppatore del software per personalizzare il programma ed ampliare notevolmente la parte educativa. Da settembre la cartella è stata attivata a tutti gli effetti nelle azioni operative quotidiane. A novembre sono state effettuate ulteriori formazioni poiché sono stati introdotte le parti sviluppate insieme ovvero i piani di sviluppo individuali, la parte educativa relativa all'ammissione e il modulo crisi epilettiche.

Il capitolo 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. Quando questo software sarà operativo in tutte le strutture, gran parte delle procedure e dei formulari contenuti nel SGQ non avranno più motivo di esistere.

D. Qualità

D.1. Sviluppo SGQ

- Il Sistema è aggiornato al 24 novembre 2021.
- 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.
- I processi base sono stati valutati e restano confermati e validi, nelle loro versioni più recenti:
 - A1.1 Concetto quadro (missione e visione) – 30.08.2017
 - A1.2 Obiettivi istituzionali – 30.10.2015
 - A1.3 Analisi rischi – 14.11.2017
 - A1.4 Contesto dell'organizzazione e parti interessate – 14.11.2017
 - A1.5 Analisi variabili del contesto – PESTEL – 14.11.2017
 - A2.2 Organigramma – 24.11.2021
- Riteniamo che il Sistema sia affidabile ed efficace, nonché ben conosciuto da tutti i collaboratori.
- Nel 2021 è stato auditato il 51% dei processi che compongono il SGQ.
- Durante l'anno sono stati pubblicati 8 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 45 documenti, dei quali 23 sono nuovi (ultima versione 24.11.2021).

Il gestore qualità ha intrapreso da settembre una formazione cantonale specifica sulla gestione della qualità per gli istituti per invalidi, che si concluderà a metà 2022. 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.

D.2. Documentazione SGQ

Il Manuale Qualità della Fondazione San Gottardo conta 361 documenti, di cui 117 processi e 244 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 8 aggiornamenti** del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 45 documenti, dei quali 23 sono nuovi (ultima versione 24.11.2021).

La gestione della documentazione avviene tramite un database.

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 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.
- Vi sono stati alcuni reclami e non conformità riguardo a diversi aspetti prontamente risolti, tuttavia niente di particolarmente grave. Alcune segnalazioni hanno portato ad intraprendere dei progetti (es. formazione interna sulle curatele).
- Molte proposte sono state esplicitate nei questionari di valutazione della soddisfazione, 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, relazione d'audit SQS 2020/21.

D.4. Audit

D.4.1. Audit interni

Sulla base del programma annuale degli audit interni (S-D4.3 ultima versione 24.11.2021), sono stati effettuati audit interni da parte dei Responsabili di Settore e dall'Agente Qualità.

La Direzione ha effettuato colloqui personali con tutti i collaboratori.

È stato auditato internamente il 51% dei processi selezionati in base alla valutazione del rischio (A1.3) negli ambiti istituzionali, comunicativi, educativi, sanitari, amministrativi, tecnici, sicurezza, produzione, qualità.

Sulla base degli audit non sono emersi particolari gravi non conformità, ma normali misure di miglioramento che sono state prontamente discusse e corrette.

Documenti di riferimento: S-D4.3 Programma annuale audit interni, S-D4.4 Checklist audit

D.4.2. Audit esterni

- SQS: è stato completato l'audit di ricertificazione Qualità (06.05.2021) – esito positivo, nessuna non conformità rilevata, sono state fornite 4 raccomandazioni per il miglioramento continuo, che sono state risolte o sono in corso.
- SGS: il 16.12.2021 si è svolto il primo audit di mantenimento della certificazione ISO:9001 / Direttiva 3 del ciclo 2020-2023. L'audit è stato superato con successo. Sono state identificate otto raccomandazioni per il miglioramento continuo.
- Ufficio invalidi – visita di sorveglianza effettuata a Cà Mia il 12.10.2021 con esito molto positivo. Siamo in attesa del rapporto.
- Laboratorio cantonale: il LC ha effettuato due audit, uno per l'igiene in cucina (02.04.2021), l'altro per l'igiene delle acque della piscina e delle docce di Casa don Orione (29.03.2021). Per la cucina sono stati riscontrati

alcuni spunti di miglioramento in particolare strutturali, che sono state corrette. L'audit sulle acque ha portato alla creazione di nuovi strumenti di controllo e alla modifica di abbonamento con Helvetialab SA per l'analisi delle acque della piscina e delle docce.

- Bio.Inspecta /Alpinavera (14.04.2021): l'audit ha confermato la certificazione Bio Suisse e il rispetto della regolamentazione di Alpinavera per il mantenimento del marchio Regio.Garantie. Il miele è stato certificato bio.
- Fourchette verte ha effettuato un audit a distanza il 09.04.2021, per l'alimentazione sana e equilibrata. Tutti i requisiti richiesti sono soddisfatti, con due aspetti da migliorare riguardo i latticini e gli affettati. Poiché la maggior parte degli utenti ora ha una dieta imposta dal rispettivo medico curante, e per sgravare leggermente il carico di lavoro del team di cucina si è ritenuto opportuno disdire questa certificazione da fine 2021.
- SQTS (08.07.2021) ha effettuato un audit qualità sulla produzione, richiesto da Migros, principale cliente. Dall'audit sono emersi alcuni spunti di miglioramento riguardanti la rintracciabilità e la conformità dei materiali di imballaggio (subito verificati e risolti), la mancanza di una procedura di ritiro e richiamo dei prodotti (subito creata), la mancanza di un sistema HACCP (in corso di risoluzione), il controllo dei parassiti (subito risolto) e altre indicazioni minori anch'esse subito risolte.
- INSOS SECURIT (28.09.2021). Per la prima volta INSOS SECURIT ha effettuato un audit sulla sicurezza e sulla salute sul posto di lavoro a Casa Don Orione. È stata valutata la parte organizzativa e documentale e poi la struttura. L'audit ha avuto esito positivo, molto buono per quanto riguarda la prima parte. Nella struttura sono state rilevate alcune misure di ottimizzazione non gravi, che verranno trattate dal comitato SISA.

D.4.3. Soddisfazione

Per il secondo 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	126	16	142	60.00%	40.00%	38.73%
Utenti	124	0	124	91.45%	8.55%	94.35%
Clienti	36	53	89	53.49%	46.51%	48.31%
Collaboratori	0	140	140	22.00%	88.00%	53.57%

Soddisfazione generale

I punteggi medi di quasi tutti i gruppi si sono leggermente abbassati, ma rimanendo sempre vicini ai valori dell'anno precedente. Il tasso di soddisfazione dei famigliari e dei collaboratori è comunque il secondo migliore risultato dal 2012. Il punteggio relativo agli utenti è il più alto rilevato finora. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.05 (su 5) punti del gruppo collaboratori fino al 4.81 dei clienti, che sfiora l'ottimo, i famigliari si situano a 4.44 e gli utenti a 4.57, valore più alto rilevato finora. 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 38.73% (63 su 149), 3.2% in meno rispetto al 2020.

La media dei punteggi delle risposte si situa quest'anno a 4.44 su 5, risultato più basso di 0.06 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno nell'ordine il giudizio generale, 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 48.31% (43 questionari rientrati su 89 inviati), vi è stato un calo del 16.9% rispetto all'anno precedente.


La media dei punteggi si situa a 4.81 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'81% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 19 % "buono".

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti complimenti.

Data: 24.03.2022

Firma Direzione: Claudio Naiaretti 

Data: 24.03.2022

Firma Gestore Qualità: Curzio Schlee 

A. DIREZIONE/ ORGANIZZAZIONE	OBIETTIVI CONTINUATIVI	Rischio	OSSERVAZIONI / DATI	Esito	OBIETTIVI ANNUALI (giallo = obiettivi prioritari)	Termine	Respons.	Livello	OSSERVAZIONI	Esito
A1 MISSIONE	<ul style="list-style-type: none"> 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	OK. Molto sentiti durante covid, accettazione direttive, nessun particolare reclamo, accettazione e condivisione misure intraprese.	
	<ul style="list-style-type: none"> La Carta dei Principi è parte integrante dell'approccio interno della FSG. 									
	<ul style="list-style-type: none"> È valorizzato il concetto di rispetto della persona all'interno della FSG. 									
A2 ORGANIGRAMMA	<ul style="list-style-type: none"> L'organigramma corrisponde alla realtà ed è costantemente a giorno. 		Ultimi aggiornamenti: 01.12.2020 30.09.2021		a. È stato riorganizzato e ottimizzato il settore sanitario di Casa Don Orione	31.12	RS	Tutti	Ok. Nicola DI Marco sta conducendo bene il settore sanitario con il supporto di due infermieri.	
					b. È stato riorganizzato e ottimizzato il settore amministrazione e servizi	31.12	DIR RS	Tutti	Assunta contabile da settembre al 20%. Cambi logistici effettuati.	
	<ul style="list-style-type: none"> Valutare costantemente l'operato per apportare modifiche rispondenti alla situazione in evoluzione 				a. È ottimizzato e valorizzato il ruolo di referente d'équipe	31.12	DIR RS	Tutti	A Cà Mia vi è stato un cambio dei referenti, sono intensificate le riunioni.	
A3 COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	1. I canali d'informazione sono ben definiti codificati e pertinenti al contenuto				a. Rafforzamento strumenti: Cartella informatizzata.	31.12	DIR RS IT	Tutti	Casa Don Orione ok: Eclinic.	
	2. Ricerca di miglioramento costante della comunicazione a tutti i livelli: da Direzione ai collaboratori, fra settori e all'interno dell'équipe.				a. Miglioramento della comunicazione interna nei gruppi (comunicazione orizzontale – cartella informatizzata) e dai responsabili (verticale)	31.12	DIR RS	Tutti	Ok. Riunioni regolari, cartella informatizzata (CDO) implementata. Riunioni settimanali tra RS e referenti d'équipe.	
					b. Valutazione strumento adeguato per utilizzo calendari condivisi.	31.12	IT	Tutti	Lo strumento c'è (Google calendar) per settore. Alcune équipe lo usano molto, altre no. Divulgare in tutti i settori.	
	3. Svolgimento regolare riunioni/incontri: CdF: almeno 6/anno (almeno 1 con CdG)		Ok		a. Ottimizzazione lavori in seno al CdF con i nuovi membri	31.12	CDG	Tutti	In corso. Si sta lavorando bene. A giugno incontro con RS e CdF.	
	4. CdG: scadenza di regola quindicinale		Ok		a. Introduzione riunioni Microsoft teams per CdG: Riunioni settimanali alternate, in presenza e via etere.	31.12	CDG	Tutti	OK.	
	5. Équipe: secondo programmi dei vari settori		Ok		a. Rafforzata la comunicazione nelle riunioni di équipe e soprattutto la comunicazione e l'informazione ai referenti di équipe.	30.03	DIR / CdG	Tutti	Ok, consolidati gli incontri settimanali tra RS e referenti.	
	6. Rappresentanti legali: almeno 1 incontro annuo		Ok							
	7. Almeno 1 colloquio annuo fra RS/DIR e ogni collaboratore		Ok, in corso.							
	8. San Gottardo Racconta – almeno 1 uscita annua		Dicembre 2021							
9. Partecipazione e collaborazione costante alla rete (UI, paritetica), associazioni di settore (ATIS, INSOS, ...).		Si.								

	10. Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG										
	11. Monitorare Processo Protezione dati e monitorare utilizzo di Whatsapp nei gruppi.										
	12. Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica.				a.	Valutate tempistiche mantenimento dati personali.	31.12	AMM	Tutti	Ancora non si è entrati in materia.	
B. RISORSE	OBIETTIVI CONTINUATIVI	Rischio	OSSERVAZIONI	Esito	OBIETTIVI ANNUALI (giallo = obiettivi prioritari)	Termine	Respons.	Livello.	OSSERVAZIONI	Esito	
B1 ACQUISIZIONE RISORSE: PERSONALE E MATERIALE	1. Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.				a.	Ottimizzata organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo.	31.12	DIR/AMM	Tutti	Non ancora, rivalutare nel 2022.	
	2. Assunzioni realizzate con cura, profili e mansionari ben definiti. Consegna nuova brochure per le assunzioni "Benvenuto alla FSG" costantemente aggiornata. [verificare]				a.	Ottimizzazione iter assunzione e dimissione (chiavi, account server, mail,...)	30.03	DIR / AMM / CdG	Tutti	Procedura da rivedere, ancora non funziona correttamente. Ricordarsi aggiornare "Benvenuti alla FSG" regolarmente.	
	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				a.	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive.	31.12	DIR	Tutti	Documentazione fornitori raccolta. CN, DC formati. CN abilitato ad autocertificare la FSG. Manca definizione procedura acquisti in base a LCPub.	
B2 GESTIONE DELLE RISORSE	1. Monitoraggio e controllo regolare dei costi e delle spese. <ul style="list-style-type: none"> 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	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.	2			a.	Ottimizzato e rafforzato utilizzo DocuWare anche per flussi di lavoro e per concetto archiviazione digitale e cartacea.	31.12	DIR / RS / CdG	Tutti	Utilizzato bene per archivio. Flussi non utilizzati al momento, rivalutare.	
					b.	Ottimizzati e implementati strumenti amministrativi e contabili - Sisma/Docuware	30.03	DIR / AMM / CdG	AmM CdG	In corso.	
					c.	Migliorata la gestione e accessi informatica del personale, implementato nuovo server.	30.03	AMM IT	Tutti	Si. Regolamentato l'accesso da dispositivi mobili per sicurezza e per questione di licenze. Riscontrati meno problemi (spostamento file e cartelle per errore, ecc.).	

				d. Rivista organizzazione cartelle Server.	31.12	RS REF IT	Tutti	Sospeso. Rivalutare dopo introduzione Eclinic in tutte le strutture.
				e. Applicata Cartella informatizzata utenti nel settore residenziale e create le basi per un'applicazione nei settori diurni	30.06	DIR RS IT	Tutti	Si, Casa Don Orione installato Eclinic, eseguita formazione, implementato a settembre. 2022 altri settori.
				f. Verifica strumenti informatici per settore e adeguamento ai requisiti di funzionamento sw E-Clinic (Postazioni PC, portatili x équipe)	30.01	IT AMM	Tutti	CDO ok. Altri settori 2022.
				g. Valutare aggiornamento sistema backup server DW e valutare sostituzione server presenze	31.12	IT AMM DIR	DIR AMM	Valutare 2022.
	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.		ntrollo 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 <ul style="list-style-type: none"> Abusi e maltrattamenti – incontro con Mombelli Qualità e sicurezza Disagio Psicico – Incontro Dssa Colombo Affettività – Incontro D. Oggier Corso pratico di spegnimento (pompieri) Formazioni gestione covid-19 e procedure in caso di pandemia Formazione TI-Care, cartella informatizzata utenti 	31.12	DIR RS	Tutti	Ok in parte. <ul style="list-style-type: none"> Sospeso covid. Riprendere 2022. Sospeso covid. Riprendere 2022. Ripresa primavera 2022. Eseguita, in particolare a Cà Mia. C. Schlee effettuato. 2022 valutare con altri collaboratori. Eseguite, sempre in corso a dipendenza evoluzione. Eseguite, CDO. Prima key users poi a cascata nelle équipes.
	7. 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 CdG	Tutti	Creata procedura C2.5. Sono in corso ulteriori riflessioni per ottimizzazione procedure. 15.12 Audit SQS nel settore.
	8. Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs							
B3 STRUTTURE, MATERIALE E ATTREZZATURE	1. Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.			a. Trasformazione organizzazione residenziale Casa Don Orione (da 3 a 5 gruppi)	31.12	DIR CdF	Tutti	Obiettivo rivalutato: creati 4 gruppi. Atelier chiusi x covid riapriranno.
				b. Implementazione nuovo gruppo RG Cà Mia - Barbengo	31.12	RS	Tutti	OK.
				c. Terminati i lavori di sistemazione casa di Airolò	31.12	DIR	Tutti	OK.

	2.	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.				a.	Gruppo SISA + Elaborazione Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti	31.12	DIR AS	Tutti	SISA incontrato per covid. Audit INSOS Securit (24.09) sui 10 punti andato abbastanza bene. Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2022). Non è necessario creare un manuale a sé stante, va bene se i documenti sono contenuti nel SGQ.	
						b.	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso.	
						c.	Sostituzione canna fumaria bruciatore CDO	30.06	DIR	Tutti	Sospeso.	
						d.	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso.	
						e.	Allineamento procedure emergenza CD con SwissLife	31.12	AS	Tutti	Sospeso.	
						f.	Riorganizzata gestione veicoli a CDO	30.06	AS	Tutti	In corso.	
		3.	Riciclaggio dei rifiuti adeguato.				a.	Ottimizzazione smaltimento rifiuti dopo introduzione tassa sul sacco (Lugano, Capriasca, Melano).	30.03	DIR RS	Tutti	Ok funziona bene. Compattatore a CDO funziona bene. Un utente si dedica a questo lavoro.
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/AQ	Tutti	In corso in seguito alla creazione dell'analisi HACCP produzione.	
	2.	Il Tasso di occupazione è ottimale.										
	3.	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attutito 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	Tutti	Miele ok. Per le tisane è stata rinnovata autorizzazione a imballare fuori regione. È stato deciso di passare a imballaggio senza plastica, con solo carta, ecosostenibile e biodegradabile.	
						b.	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione.	31.12	RS, AQ	Tutti	Rinviato al 2022. Identificata persona di riferimento.	
					c.	Avviata la produzione nuova "Tisana da l'ort", miele e castagne a Melano con certificazione Bio.	31.12	DIR/SQ/RS	Tutti	Miele ok. Castagni ancora troppo giovani, stanno crescendo. Progetto tisana sospeso.		
	5.	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"				a.	Ottemperare requisiti audit Migros SQTS - Creare documentazione HACCP, Creare procedura ritiro e richiamo merce				Principali misure già introdotte Procedura richiamo e ritiro ok B4.14, S-B4.19. In corso analisi HACCP	

C. PRESTAZIONI	OBIETTIVI CONTINUATIVI	Rischio	OSSERVAZIONI	Esito	OBIETTIVI ANNUALI (giallo = obiettivi prioritari)	Termine	Respons.	Livello	OSSERVAZIONI	Esito	
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	In generale funziona.		
	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										
	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 valutazione 2020. Valutazione e nuovo progetto annuo sottoscritti da curatori.		CdG/Referenti		Ok. Incontri di formazione su nuovi documenti effettuati in tutte le équipe. Modulo PSI sviluppato ad hoc in Eclinic.		
	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	Adeguamento costante.	
						b. Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR RS	Tutti	OK. Sviluppo concetto di autonomia, autodeterminazione, inclusione, affettività. Valutare creazione procedure.	
	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. Affrontato il tema della gestione dell'affettività partendo dalle richieste emerse – consulenza D. Oggier	31.12	DIR RS	Tutti	Cà Mia. Con un utente è partito il progetto di un accompagnamento sessuale.	
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. Ottimizzazione settore sanitario di CDO e Cà Mia	31.12	DIR RS SAN	Tutti	Ok. Definiti compiti ref. Sanitario e sta gestendo bene la situazione (CDO). In corso riflessione con Dr. Klainguti per sua successione. Cà Mia create procedure ad hoc (30.09). Ambito psichiatrico: rafforzamento lavoro in rete, incontri con utenti e educatori di riferimento + supervisioni d'équipe.		

				b. Revisione delle procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	DIR RS SAN AQ	Tutti	Sospeso. Da fare dopo introduzione Eclinic in tutti i settori (C1, C2, C3). Manuali Eclinic sono pubblicati sulla intranet.	
				c. Ottimizzazione dei sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).	31.12	RS IT	Tutti	In corso. GPS non più utilizzato. Parcom ripreso con un utente. Video attive.	
	2. Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG			a. Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti (Sisma / Ti-Care). Inizialmente Casa Don Orione, progressivamente nel resto della FSG	31.12	DIR RS IT	Tutti	OK. Implementato a pieno settembre 21.	
				b. Continuata formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)	31.12	RS	Tutti	No. Riprendere 2022 Verificare scadenza diplomi (2 anni).	
				c. Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipes. Considerare anche la tutela degli educatori.	30.09	DIR / CdG	Tutti	Aggiornato 30.09.2021. Procedura verificata negli audit interni.	
C4 PRESTAZIONI ALBERGHIERE	1. Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.			a. Consolidamento team cucina	31.12	RS	Tutti	Équipe rafforzata.	
				b. Rivalutazione opportunità mantenimento Fourchette verte	31.12	CUC	Tutti	Deciso di inoltrare disdetta 31.12.21.	
	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 per prodotti agricoli	31.12	CUC ORTO	Tutti	Progetto intrapreso e rivalutato, per difficoltà logistiche con Melano si è ripreso l'orto di Lopagno con una persona dedicata.	
	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.									

D. QUALITÀ	OBIETTIVI CONTINUATIVI	Rischio	OSSERVAZIONI	Esito	OBIETTIVI ANNUALI (giallo = obiettivi prioritari)	Termine	Respons.	Livello	OSSERVAZIONI	Esito
D1 CONCEZIONE 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.									
	2. Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.				a. Formazione su rischi / SGQ (per avere poi un sistema bottom up, info dai settori) - cultura del "rischio" come prevenzione.	30.06	DIR / AQ	Tutti	Sospese. Riprendere 2022.	
	3. Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015		Rinnovo certificazione ISO9001:2015 Audit superato il 06.05.2021		a. Spunti miglioramento 2021 SQS: 1. Servizio Sanitario: seppur con considerazione di preponderanza d'azione nel contesto delle attività residenziali, si è condivisa l'intenzione di meglio evidenziarne le azioni a consuntivo nel Rapporto di Gestione all'interno della specifica analisi di, par. 1 Andamento nel periodo, come per gli altri settori specifici. 2. Sarebbe opportuno un ulteriore affinamento relativo alle specifiche competenze nel team sanitario – sviluppo della matrice competenze. 3. C3.4 Caso di decesso: ufficializzazione delle note rilevate con l'esperienza acquisita Covid-19. 4. Orto al Gelso: valorizzare ulteriormente la configurazione grafica elaborata per il concatenamento processi educativi allineati a quelli di carattere esecutivo. Da 2020: affinare in riesame diverse informazioni riguardanti il tema comunicazione, così da consolidare un grado di efficacia anche in ragione della specifica procedura A3.1. Rendiconto efficacia trasmissione informazioni da e per il CdF. - Affinare in un consuntivo lo stato di copertura del programma audit con riferimento alla necessità che viene esercitata per il tramite della valutazione dei processi critici disposti nell'analisi rischi.	31.12	DIR RS AQ	Tutti	In corso. Verrà inserito in riesame. In corso. In corso. In corso. In corso (riesame). In corso rivalutazione intero processo gestione audit interni.	
D2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE	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	AQ	Tutti	In generale ok. Essere più rigorosi.	

	2. Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato									
	3. Mantenimento e aggiornamento Database documentale									
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.					30.03	AQ / CdG	Tutti	Riunioni settimanali RS e referenti d'équipe.	
						31.12	CdG AQ	Tutti	Ok.	
D4 GESTIONE AUDIT INTERNI	1. Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.									
	2. Svolgimento audit interni secondo programmazione.						31.12	AQ / CdG	Tutti	In corso.
						30.06	AQ	Tutti	Rinviato 2022 con rivisitazione intero processo audit interni.	
						31.12	CdG AQ	Tutti	Ok, viene fatto.	
D5 SODDISFAZIONE PRESTAZIONI	1. Costante miglioramento delle soddisfazioni auspicato									

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	Esito	
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			
						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			
		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/GC/SISA	31.12	DIR, RS	Tutti			
				R2		b	È riorganizzato il settore PA sotto CàMia (nuovo settore residenziale)	31.12	DIR, RS	Tutti			
		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			
	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			
		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			
						b	Valutazione strumento adeguato per utilizzo calendari condivisi.	31.12	IT	Tutti			
		3	Svolgimento regolare riunioni/incontri: CdF: almeno 6/anno (almeno 1 con CdG)	R3									
		4	CdF: almeno 6/anno (almeno 1 con CdG)	R3									
		5	CdG: scadenza di regola quindicinale	R3									
		6	Équipe: secondo programmi dei vari settori	R3									
7	Rappresentanti legali: almeno 1 incontro annuo	R3											

		8	Almeno 1 colloquio annuo fra RS/DIR e ogni collaboratore	R3											
		9	San Gottardo Racconta – almeno 1 uscita annua	R3											
		10	Partecipazione e collaborazione costante alla rete (UI, paritetica), associazioni di settore (ATIS, INSOS, ...),	R3											
		11	Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG	R3											
		12	Monitorare Processo Protezione dati e monitorare utilizzo di Whatsapp nei gruppi.	R3		a	Rivalutare secondo Legge protezione dei dati.	31.12	AMM	Tutti					
		13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica.	R3		a	Valutate tempistiche mantenimento dati personali.	31.12	AMM	Tutti					
						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					
						c	Creare procedura aggiornamento sito web + intranet.	30.06	COM, GQ	Tutti					
						d	Creare procedura invio comunicazioni interne (intranet e mail).	30.06	COM, GQ	Tutti					
Processo		N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	Esito		
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	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					
		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					
							b	Concorsi dove necessario realizzati.	31.12	DIR, AMM	Tutti				
							c	Realizzazione procedura acquisti in base a LCPub da inserire nel SGQ	31.12	DIR, GQ	Tutti				

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	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		a	Ottimizzati e implementati strumenti amministrativi e contabili - Sisma/Docuware, implementare gestione fatture QR	30.03	DIR, AMM, CDG	Amm				
					b	Dopo introduzione Eclinic in tutte le strutture rivedere organizzazione cartelle Server.	31.12	RS, REF, IT	Tutti				
					c	Applicata Cartella informatizzata utenti progressivamente in tutti i settori dopo esperienza di CDO	30.06	DIR, RS, IT	Tutti				
					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				
					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.		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)							
						Abusi e maltrattamenti – incontro con Mombelli							
						Qualità e sicurezza							
						Disagio Psicico – Incontro Dssa Colombo							
					Affettività – Incontro D. Oggier								

						Corso pratico di spegnimento (pompieri)						
						Formazione TI-Care, cartella informatizzata utenti						
					b	Supervisioni regolari in tutti i gruppi	31.12	DIR, RS	Tutti			
					c	Supervisione casi se richiesto e necessario	31.12	DIR, RS	Tutti			
	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			
	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			
					b	Avvio progetto PA con maggior presa a carico educativa, accompagnamento per acquisizione appartamenti utenti	31.12	RS	Tutti			
					c	Avvio utilizzo (organizzazione) casa di Airolò	31.12	DIR	Tutti			
	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			
					b	Valutazione inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	AS	Tutti			
					c	Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2022).	31.12	DIR	Tutti			
					d	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti			
					e	Sostituzione canna fumaria bruciatore CDO	30.06	AS	Tutti			
					f	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti			
					g	Allineamento procedure emergenza CD con SwissLife	31.12	AS	Tutti			
					h	Riorganizzata gestione veicoli a CDO.	30.06	AS	Tutti			
				i	Superamento audit antincendio Swiss safety Center	30.05	AS	Tutti				

B4 Produzione e servizi				j	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti			
	3	Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.									
	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			
				b	Ottimizzazione in seguito alla creazione dell'analisi HACCP produzione.	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti			
				c	Iscrizione prodotti al Laboratorio Cantonale	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti			
	2	Il Tasso di occupazione è ottimale.									
	3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attutito 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			
				b	Passaggio a imballaggio senza plastica , con solo carta, ecosostenibile e biodegradabile.	31.12	DIR, RS	Tutti			
				c	Valutare implementazione Eco-Score sui prodotti.	31.12	DIR, RS	Tutti			
				d	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione.	31.12	RS, GQ	Tutti			
				e	Avviata la produzione nuova "Tisana da l'ort", miele e castagne a Melano con certificazione Bio.	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti			
	5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"		f	Ottemperare requisiti audit Migros SQTS - Creare documentazione HACCP, Creare procedura ritiro e richiamo merce. Inoltro a LC.	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti	Principali misure già introdotte. Procedura richiamo e ritiro ok B4.14, S-B4.19. In corso analisi HACCP		

Processo		N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	Esito	
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			
		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			
		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			
							b	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti			
							c	Informazione alle famiglie sul tema dell'autonomia e autodeterminazione e sull'aspetto legati ai ruoli delle "curatele".	31.12	DIR, RS	Tutti			
							d	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti			
		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			
		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	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti				
					c	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).	31.12	RS, IT	Tutti				
					d	Valutare modalità di inserimento note / eventi significativi all'interno dei piani di cura (Cà Mia)	31.12	RS, IT	Tutti				
	2	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG			a	Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti (Sisma / Ti-Care). Dopo Casa Don Orione, implementazione progressiva nel resto della FSG	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	Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina e documentare.	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.											

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	Osservazioni / Dati	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	Esito
	7	Migliorare l'apprezzamento dei servizi alberghieri (cucina e pulizia) nella scheda di valutazione dei collaboratori.										
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		
		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		
		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		
	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		
		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 "datate".	31.12	GQ	Tutti		
						b	Uniformare terminologia AQ -> GQ.	30.06	GQ	Tutti		
						c	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti		
						d	Creare 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	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		
						b	Sviluppo nuovo metodo raccolta segnalazioni non conformità, reclami, ecc. (Intranet).	30.03	GQ, CDG	Tutti		
						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		
		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									
	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	Formazione RS audit interni.	31.12	GQ, CDG	Tutti			
					c	Segnalare competenze RS acquisite riguardo audit interni.	31.12	GQ, CDG	Tutti			
					d	Aggiornamento checklist audit (S-D.4.4).	30.06	GQ	Tutti			
					e	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti			
D5 Soddisfazione prestazioni		Costante miglioramento delle soddisfazioni auspicato	R30									

FONDAZIONE SAN GOTTARDO



SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

2021

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. Per il decimo anno la FSG ha valutato 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 secondo anno è stata data la possibilità di compilare i questionari online tramite una piattaforma apposita (Survio), rendendo la compilazione più interattiva e più rapida. Questo metodo inoltre permette una raccolta e analisi dei dati immediata, cosa che invece con i questionari cartacei risulta molto 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.

Hanno utilizzato il sondaggio digitale online:

- il 31.00% dei famigliari e rappresentanti legali degli utenti (+9% dal 2020)
- il 46.5% dei clienti (+9.5% dal 2020)
- l' 88.00% dei collaboratori (+25% dal 2020)
- l' 8.55% degli utenti (+8.55% dal 2020).

Vi è stato un incremento generale dell'utilizzo dei sondaggi digitali, in particolare nei collaboratori. È stato chiesto se si preferisce il questionario cartaceo o digitale in modo da scremare già il prossimo anno l'invio cartaceo così da ridurre costi di stampa e spedizione nonché sostenere l'ambiente. **Ben l'80% dei collaboratori ha espresso una preferenza per questo tipo di sondaggio** rispetto al cartaceo. Questo dato fa propendere per la decisione di passare solo al digitale, almeno per quanto riguarda questo gruppo. Il gruppo dei famigliari e rappresentanti legali ha espresso questa preferenza nella misura del 38%, un dato comunque in rialzo rispetto all'anno precedente.

Tassi di risposta

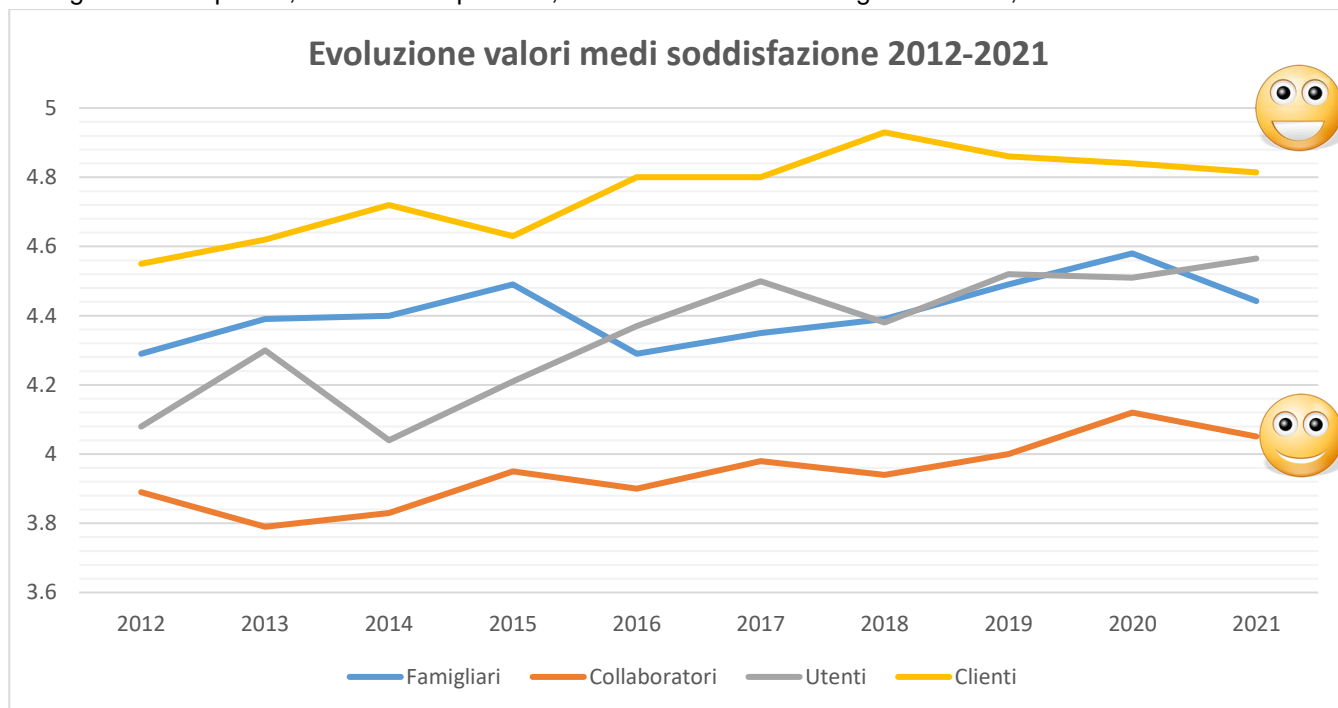
Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale questionari inviati	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rapp. legali	126	16	142	60.00%	40.00%	38.73%
Utenti	124	0	124	91.45%	8.55%	94.35%
Clienti	36	53	89	53.49%	46.51%	48.31%
Collaboratori	0	140	140	22.00%	88.00%	53.57%

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 2021:



	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

Con il grafico precedente si paragonano i valori medi delle risposte ricevute nei questionari di valutazione dei vari stakeholder dal 2012 al 2021. I punteggi medi di quasi tutti i gruppi si sono leggermente abbassati, ma rimanendo sempre vicini ai valori dell'anno precedente. Il tasso di soddisfazione dei famigliari e dei collaboratori è comunque il secondo migliore risultato dal 2012. Il punteggio relativo agli utenti è il più alto rilevato finora. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.05 punti del gruppo collaboratori fino al 4.81 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 38.73% (63 su 149), 3.2% in meno rispetto al 2020.

La media dei punteggi delle risposte si situa quest'anno a 4.44 su 5, risultato più basso di 0.06 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno nell'ordine il giudizio generale, 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 2021, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati

Grafico dei punteggi medi:

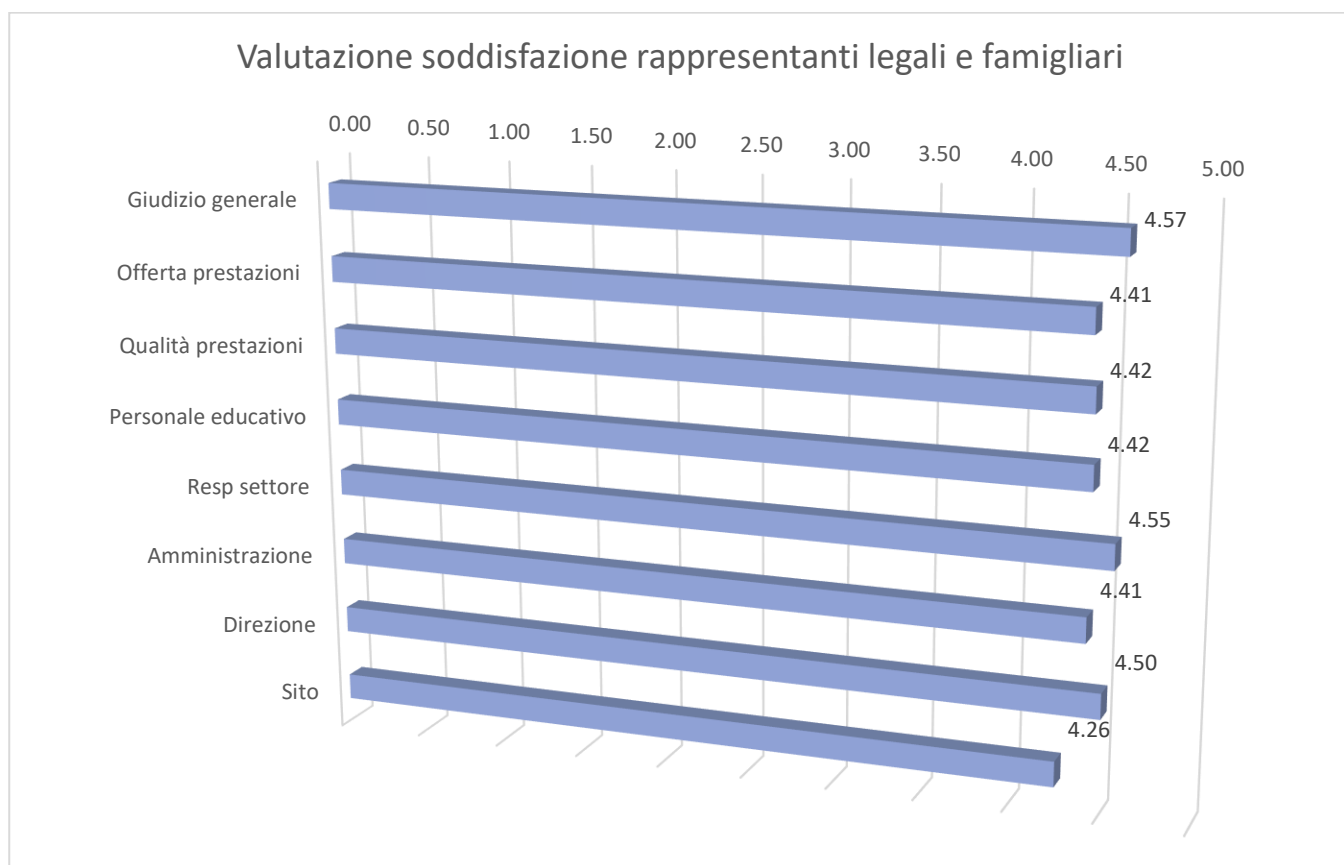
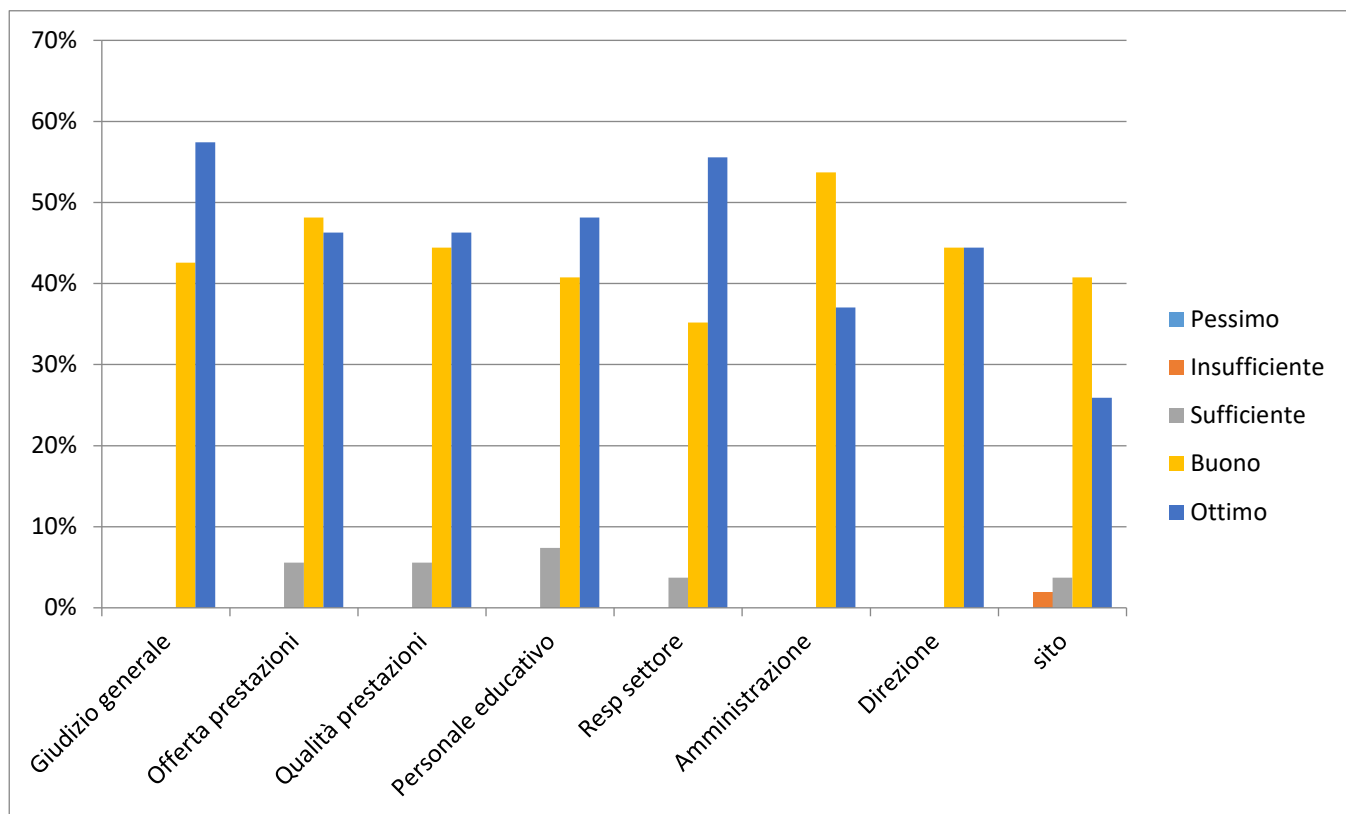


Grafico dei giudizi per ogni risposta:



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 inviato 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 48.31% (43 questionari rientrati su 89 inviati), vi è stato un calo del 16.9% rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.81 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'81% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 19 % "buono".

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti complimenti.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2021, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Soddisfazione utenti

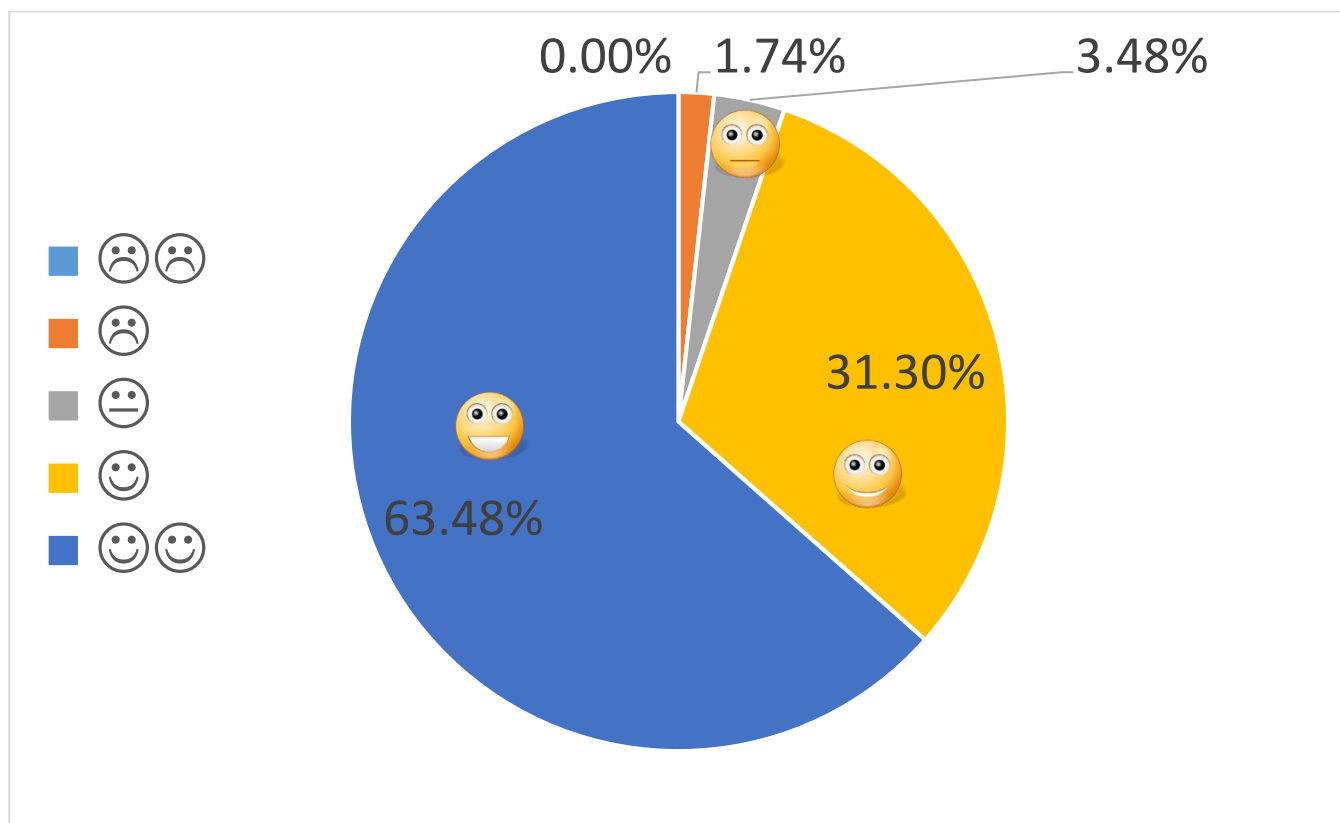
Agli utenti è stato sottoposto un questionario di tipo aperto, dove è stato chiesto di descrivere 3 aspetti positivi, 3 aspetti da migliorare, 2 desideri per il futuro e Osservazioni libere. La maggior parte delle risposte fornite lascia presagire che gli utenti si ritengono soddisfatti o molto soddisfatti 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 4.57 su 5, dunque al di sopra del buono, risultato leggermente più alto dello scorso anno e il più alto rilevato finora.

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%

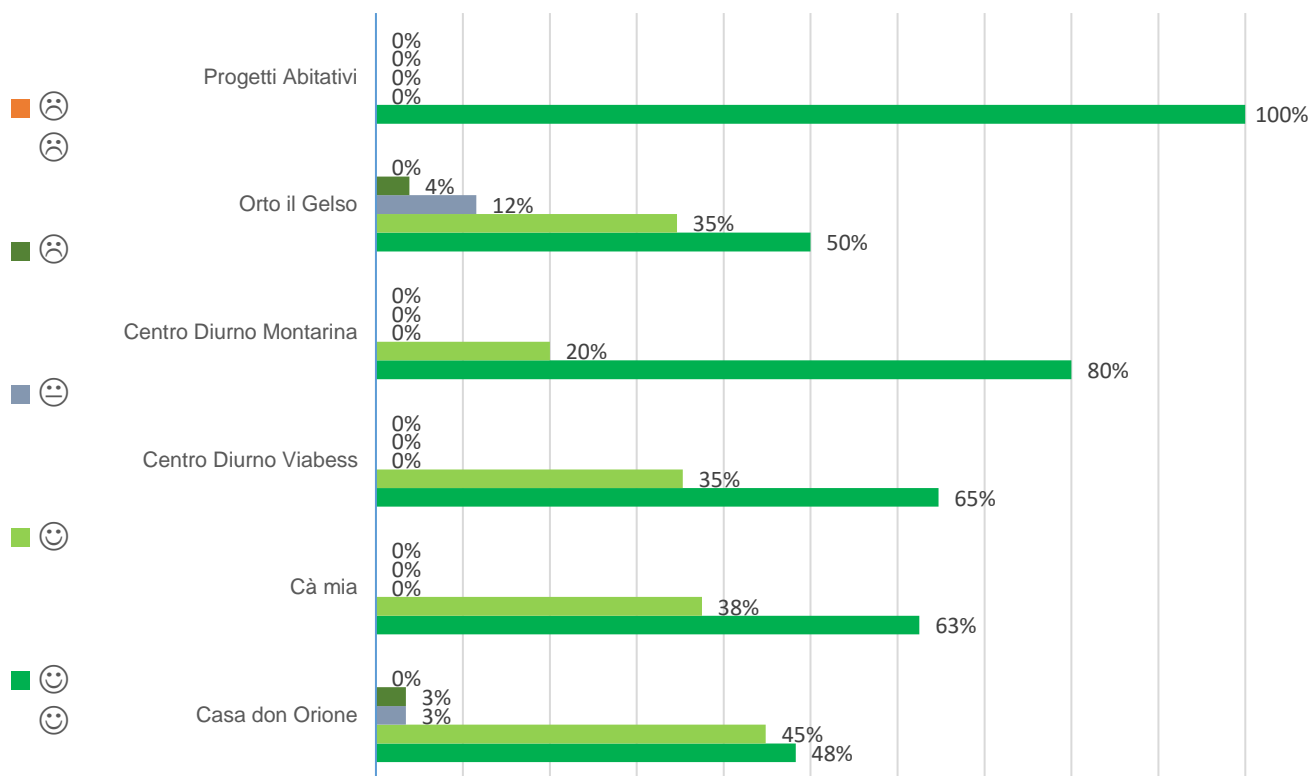
Documenti di riferimento: Dossier e rapporti soddisfazione 2012-2021.

Grafico soddisfazione utenti 2021



Soddisfazione utenti per struttura

0.00% 10.00% 20.00% 30.00% 40.00% 50.00% 60.00% 70.00% 80.00% 90.00% 100.00%



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 53.57%, 5.75% in più rispetto al 2020 (75 questionari su 140, dei quali 66 online e 9 cartacei).

La media di tutte le risposte si situa a 4.05 su 5, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2020 il punteggio risulta più basso di 0.07 punti ed è il secondo punteggio più alto ottenuto dal 2012 ad oggi.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

6. Direzione (4.41)
7. Giudizio generale sulla FSG (4.32)
8. Responsabile di settore (4.30)
9. Ambiente di lavoro nel proprio settore (4.29)
10. Gestione della situazione legata al covid-19 (4.27)

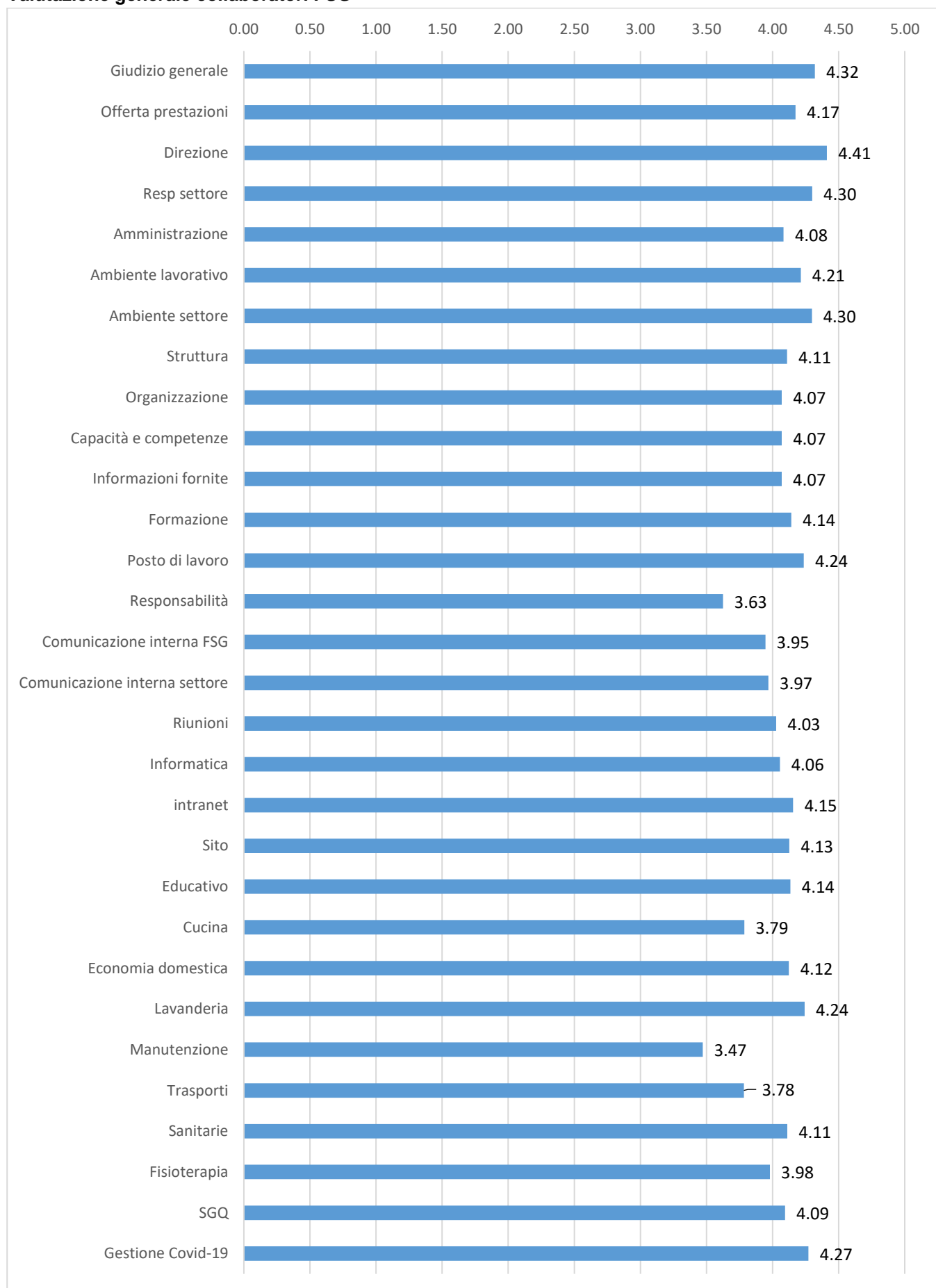
Gli aspetti meno apprezzati dai collaboratori, sebbene con punteggi sopra la sufficienza, sono risultati:

- Manutenzione (3.47)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.62)
- Trasporti (3.78)

Per quanto concerne la parte libera, si è notato un notevole incremento generale di quantitativo e qualitativo di osservazioni, sia positive, sia come proposte di miglioramento. Questo trend è iniziato due anni fa, prima ciò avveniva in rari casi, ed è segno di consapevolezza nell'operato 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 2022.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2021.

Valutazione generale collaboratori FSG


Osservazioni

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 ai nostri formulari e che ci permettono di migliorare le prestazioni offerte nei diversi ambiti della Fondazione.

La Direzione della Fondazione San Gottardo