



Fondazione San Gottardo
Rapporto di gestione
2023

Indice

1. Rapporto di gestione.....	3
a. Direzione e organizzazione	3
1. Andamento.....	3
2. Basi legali.....	6
3. Obiettivi 2023.....	6
4. Obiettivi 2024.....	7
5. Organigramma e organizzazione	8
6. Organico attuale	9
7. Comunicazione	9
8. Digitalizzazione e ottimizzazione risorse IT	11
b. Risorse.....	11
1. Finanze	11
2. Personale.....	11
3. Materiali e attrezzature	13
4. Produzione.....	15
c. Prestazioni	16
1. Utenti	16
2. Settore sanitario	17
d. Qualità	17
1.Sviluppo SGQ.....	17
2.Documentazione SGQ.....	17
3.Proposte di miglioramento, punti deboli	18
4.Audit.....	19
2. Allegato 1 – Rapporto raggiungimento obiettivi annuali 2023.....	21
3. Allegato 2 – Pianificazione obiettivi annuali 2024	32
4. Allegato 3 – Rapporto valutazione della soddisfazione 2023.....	40

S-D1.1 RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ – RIESAME

Anno	2023
Periodo preso in esame	01 Gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

A. Direzione e organizzazione

A.1. Andamento

La Fondazione San Gottardo è un'organizzazione sana e dinamica, è infatti sempre in crescita ed in evoluzione. Le realtà presenti sono consolidate, i collaboratori operano con consapevolezza in linea con la carta dei principi condivisi (rispetto, responsabilità, professionalità, accoglienza e protezione), la missione e la visione, con uno atteggiamento dedito al miglioramento continuo, condiviso da tutte le persone coinvolte.

La rete e la collaborazione con il Cantone ed altri enti è sempre intensa, positiva e determinante e anche quest'anno si è dimostrata strategica.

Il Sistema Gestione Qualità della Fondazione San Gottardo è aggiornato al 30.10.2023 ed è conforme alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 dell'Ufficio Invalidi e agli altri requisiti di legge delle norme in vigore, nonché ai bisogni degli stakeholders.

La certificazione ISO 9001:2015 e Direttiva 3 DSS/DASF/UI è confermata fino al 21 dicembre 2026.

Gli **obiettivi** annuali prefissati sono stati fino a questo momento **pienamente raggiunti in misura del 54%**, il 19% è in corso, mentre il 10% non è ancora stato raggiunto o è stato posticipato per varie ragioni.

Gli stakeholder della FSG hanno espresso un grado di apprezzamento del 90%, con una valutazione media di 4.5 punti su 5, che è il secondo valore più alto finora registrato.

I documenti del Sistema Gestione Qualità più significativi sui quali la FSG ha lavorato nel 2023 sono i seguenti:

- A2.2 Organigramma
- B2.10 Procedura concernente le violazioni dell'integrità personale
- B2.4 Assunzione personale + checklist + gestione online delle candidature spontanee e dei concorsi
- B2.1 Regolamento interno del personale
- B2.2 Regolamento sistema di rilevamento presenze + relativi strumenti
- B2.1 Procedura assenza malattia e infortunio
- C3.14 Piano di protezione da malattie infettive respiratorie
- D4.1 Audit interni

- S-B2.4 Checklist assunzione dimissione collaboratori
- S-C3.30 Rapporto osservazione disturbi comportamento
- S-C3.33 Rapporto somministrazione errata Th farmacologica
- S-C3.35 Controllo preparazione medicinali
- S-C3.39 Consenso rilascio documentazione medica
- S-C3.46 Monitoraggio disturbi psicologici e variazioni farmacologiche
- S-D4.3 Programma audit interni

È in corso un importante aggiornamento del piano per la protezione dei dati (A3.5) e su tutti i processi ed i documenti ad esso correlati, per allinearsi alla nuova Legge sulla protezione dei dati in vigore dal 1. Settembre 2023.

Il 2023 della Fondazione San Gottardo è stato caratterizzato da una molteplicità di tematiche:

- ▲ **Covid-19:** ad inizio anno abbiamo dovuto ancora aggiornare la direttiva interna covid-19 secondo le direttive del medico cantonale. Dal primo febbraio si è potuto finalmente chiudere questo lungo capitolo, allestendo tuttavia un piano di protezione da malattie infettive respiratorie generale.
- ▲ **Nuova Legge sulla Protezione dei Dati (nLPD):** l'adeguamento ai requisiti della nuova normativa è un tema complesso e importante che ha caratterizzato gran parte dell'anno, e che sta coinvolgendo tutti i livelli, dal Consiglio di Fondazione, ai singoli collaboratori, in particolare la Direzione, il Gestore Qualità e l'amministrazione. Si sta lavorando all'aggiornamento del Piano di protezione dei dati (A3.5) con tutte le relative conseguenze quali modifica di formulari e procedure, formazione, valutazione e adeguamento dell'infrastruttura informatica. Eccetera. Il processo è in corso.
- ▲ **LCPUBB** – secondo la legge sulle commesse pubbliche sono stati messi a concorso alcuni appalti quali l'approvvigionamento di generi alimentari (secco, surgelati, frutta, verdura, macelleria), assicurazione malattia e assicurazione infortuni.
- ▲ **Cambio dei Responsabili di Settore a Casa Don Orione e all'Orto il Gelso:** cambiamento importante, che è avvenuto senza problemi grazie all'accompagnamento da parte dei loro predecessori. Raphaël Zufferey è diventato responsabile dell'Orto il Gelso, succedendo ad Antonio Aiolfi, mentre la figura di Responsabile per Casa Don Orione è stata identificata in Davide Daniele (già segretario d'organizzazione di Atgabbes e responsabile all'Istituto Miralago di Brissago). In questo cambiamento organizzativo sono stati coinvolti gli utenti ed i loro famigliari/rappresentanti legali nonché i collaboratori delle due strutture.
- ▲ **Risorse Umane:** con l'arrivo di un nuovo collaboratore (già assistente in HR e con formazione quale specialista HR in corso) da febbraio si è lavorato molto per una revisione completa dei processi legati alle risorse umane e per migliorarne l'efficienza (cap. B2 SGQ). Sono stati rivisti gran parte dei formulari e delle procedure di assunzione, dimissione e di gestione del personale, è stato creato un nuovo sistema web, molto più efficace, per la gestione delle candidature spontanee, per la pubblicazione e la candidatura di concorsi. Si è anche investito in un nuovo software (PlanetTS, Progel SA), con relativo server dedicato, per la gestione del sistema delle presenze, per la gestione dei turni, ecc. Questo programma permetterà di automatizzare e semplificare molte procedure, che verranno tolte dal SGQ. Il software sarà operativo ad inizio 2024.

È stata effettuata una raccolta dei dati personali dei collaboratori tramite intranet, fornendo il consenso al trattamento dei dati (per essere conformi alla LPD) e ottenendo un aggiornamento dei dati completo di tutto il personale, che ha permesso di popolare le banche dati del nuovo software senza errori.

- ▲ **Aumento dei costi, diminuzione delle entrate:** l'aumento generale dei costi, così come i cambi e le prospettive legati ai finanziamenti cantonali, in particolare i forti tagli annunciati al nostro settore per il 2024, hanno reso necessario rivedere molti processi al fine di ottimizzare i costi laddove possibile. Lo si è già fatto nel 2023, ma per il 2024 la preoccupazione è forte.
- ▲ **Magazzino:** in seguito al pensionamento della persona che se ne occupava, si è dovuta riorganizzare la gestione del magazzino centrale situato a Casa Don Orione (prodotti igiene, sanitari, pulizia, economia domestica), così come il processo di acquisto dei materiali di consumo e delle ordinazioni interne da parte dei settori. È stata creata una pagina web sulla Intranet interna dove poter inviare le ordinazioni, che passano dall'amministrazione e vengono trasmesse ad un ospite utente del laboratorio, che si occupa della gestione dello stock e della preparazione delle ordinazioni, le consegne sono gestite da un secondo utente del laboratorio.
- ▲ **Cartella sanitaria informatizzata Eclinic** – l'utilizzo di Eclinic quale strumento principale per la gestione sanitaria ed educativa degli utenti, dopo Casa Don Orione è stato esteso con successo a Cà Mia e ai due Centri Diurni, dopo il relativo percorso di formazione con le équipes. Durante il mese di marzo vi è stato un importante incontro con il team sviluppatore al fine di correggere e migliorare alcune parti del programma, come ad esempio il Piano di Sviluppo Individuale. Sono stati introdotti inoltre i moduli del piano di cura interdisciplinare e del focus sanitario.
- ▲ **Archivio digitale DocuWare:** acquistato e implementato l'aggiornamento alla versione più recente installata in locale. Si è valutato il passaggio alla versione in cloud, più performante, ma alla quale si è dovuto per ora rinunciare per una questione di costi più elevati.

- ▲ **Etica:** abbiamo avviato costruttive riflessioni sui principi di etica della cura con delle formazioni interne alle quali hanno partecipato oltre 90 collaboratori della FSG.
- ▲ **Brand Healing:** abbiamo iniziato un'importante percorso di riflessione sui valori fondanti della nostra Fondazione quali missione, visione, logo, motto) accompagnati da un dottorando presso l'università di Stanford (CA, USA) il quale presenterà lo studio del nostro caso tesi di dottorato sul marketing compassionevole. Il progetto è ancora in corso, finora si sono svolti degli incontri con la Direzione e il GQ, delle interviste personali con alcuni collaboratori e responsabili e un workshop in gruppo.
- ▲ **Ricerca di soluzioni per l'invecchiamento delle persone con disabilità:** in particolare è stato avviato un importante progetto in a Casa Don Orione in collaborazione con la Casa per Anziani San Giuseppe di Capriasca casa e in accordo con l'Ufficio degli Invalidi.
- ▲ **Rete territoriale:** si è dato continuità e si è rafforzata la presenza nella rete e nei gruppi di lavoro a livello territoriale del settore: ATIS; LISPI; commissione paritetica, gruppo di lavoro EOC, gruppo di lavoro OSC, gruppi operativi GO dell'Ufficio invalidi, commissione etica.
- ▲ **Commissione sanità e sicurezza sociale del Gran Consiglio:** il 28 settembre la Commissione si è riunita a Casa Don Orione sotto la presidenza di Giorgio Fonio per una mattinata di lavoro durante la quale ha potuto visitare e apprezzare la struttura e conoscere meglio il settore invalidi, in particolare si è parlato del tema dell'invecchiamento delle persone con disabilità (vedi comunicato stampa Gran Consiglio, 28.09.2023).
- ▲ **Visita di sorveglianza Ufficio degli invalidi:** il 20 ottobre si è svolta a Casa Don Orione la visita di sorveglianza per il mantenimento dell'autorizzazione d'esercizio. La visita ha avuto un esito positivo, non sono state riscontrate criticità o problemi di rilievo.
- ▲ **Sostenibilità ambientale:** dopo interventi più significativi apportati negli ultimi anni, nel 2023 si è cercato di mantenere l'attenzione a questo tema, cercando a tutti i livelli di applicare una riduzione nei consumi e di porre più attenzione possibile ai tipi di prodotti che vengono utilizzati

Consapevolezza

All'interno della Fondazione San Gottardo traspare consapevolezza, lo si nota nell'operato quotidiano, nella partecipazione a tutti i livelli, nelle tematiche sopra descritte, nella condivisione e applicazione dei valori condivisi, alla coesione nella missione e nella visione che la Fondazione San Gottardo porta avanti. Lo si è visto nell'adeguamento ai cambiamenti delle misure di protezione dal covid-19, nel feedback dell'Ufficio Invalidi riguardo alla preparazione e alla professionalità durante la loro visita di sorveglianza, nella partecipazione alle formazioni, nella partecipazione a proporre misure di miglioramento o modifiche al SGQ, nel numero e nella gravità delle non conformità registrate, tramite l'indagine di valutazione della soddisfazione o tramite gli strumenti di segnalazione, alla volontà, per esempio di ridurre gli sprechi energetici per non gravare sull'organizzazione e sull'ambiente. Vivendo la quotidianità della Fondazione San Gottardo, si percepisce senza dubbi che le **persone che ne fanno parte lavorano al fine di raggiungere gli stessi obiettivi, per il benessere delle persone che accogliamo e accompagniamo.**

A.2. Basi legali

L'elenco delle basi legali (A1.6 Basi legali) è aggiornato al 10.10.2023. Durante l'anno sono state apportate modifiche ai seguenti testi di legge:

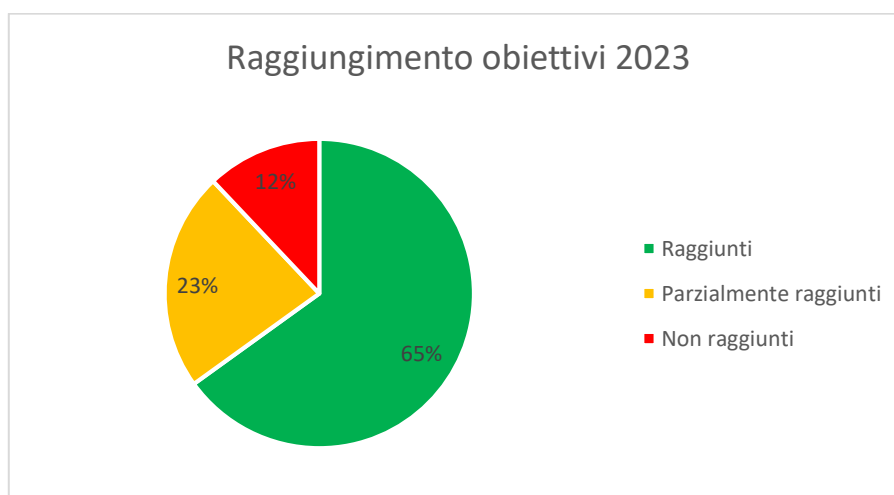
- [Direttiva 5 contributo globale istituti per invalidi adulti, Dasf, 01.01.2023](#)
- [210 - Codice civile Svizzero \(CC\) 01.09.2023](#)
- [235.1 – Legge federale sulla protezione dei dati \(LPD\) 01.09.2023](#)
- [832.20 Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni \(LAINF\) 01.09.2023](#)
- [832.202 Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni \(OAINF\) 01.09.2023](#)
- [830.11 Ordinanza sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali \(OPGA\) 01.09.2023](#)
- [831.20 Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità \(LAI\) 01.01.2023](#)
- [831.10 Legge federale su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti \(LAVS\) 01.09.2023](#)
- [818.101 Legge federale del 28 settembre 2012 sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano \(Legge sulle epidemie, LEp\) \(01.09.2023\)](#)
- [818.101.24 Ordinanza 3 sui provvedimenti per combattere il coronavirus \(COVID-19\) \(Ordinanza 3 COVID-19\) del 19 giugno 2020 \(01.02.2023\)](#)
- [Raccomandazioni per le malattie infettive respiratorie nel settore sanitario \(01.05.2023\)](#)
- [RS 910.1 Legge federale del 29 aprile 1998 sull'agricoltura 01.07.2023](#)
- [Legge sull'agricoltura - Dipartimento del territorio - Cantone Ticino 15.06.2023](#)
- [Regolamento di applicazione della legge sulle commesse pubbliche e del concordato intercantonale sugli appalti pubblici \(RLCPubb/CIAP\) 02.06.2023](#)
- [741.01 Legge federale sulla circolazione stradale \(LCStr\) 01.10.2023](#)

Legge sulle commesse pubbliche – LCPub: la nuova regolamentazione cantonale riguardo alle commesse pubbliche continua a richiedere grande impegno per la raccolta della documentazione necessaria da tutti i fornitori e per l'allestimento e la valutazione dei bandi di concorso.

Legge federale sulla protezione dei dati LPD: il 1. Settembre è entrata in vigore la nuova normativa sulla protezione dei dati, con tutti gli effetti del caso, sui quali stiamo lavorando.

A.3. Obiettivi 2023

Nel corso del 2023 sono stati pianificati 83 obiettivi primari e secondari, di seguito è riportata la descrizione dell'avanzamento di quelli primari. Per osservare il grado di avanzamento tutti gli obiettivi consultare il documento S-A1.1 Obiettivi annuali 2023 (allegato 1).



- Messa in regola nuova legge protezione dati. **Completato al 75%.**
- Ottimizzazione organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo. **Completato al 75%.**
- Realizzazione procedura acquisti in base a LCPub da inserire nel SGQ. **Completato al 40%**
- Ottimizzazione delle risorse energetiche: riscaldamento consumo elettrico. **Completato al 80%.**
- Avvio utilizzo casa di Airolo. **Completato al 80%.**
- Avvio riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore). **Completato al 20%.**
- Creazione manuale specifico per settore produttivo dopo creazione manuale HACCP. **Completato al 40%.**
- Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare le attività socio-lavorative con quelle socio-educative. **Completato al 80%.**
- Avvio progetto invecchiamento utenza Casa Don Orione. **Completato al 80%.**
- Continuazione riflessione e avvio applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari. **Completato al 80%.**
- Definizione procedure informazione e comunicazione ai “curatori”. **Completato al 50%.**
- Rafforzamento concetto “CASA”, diritti e doveri, nell’ambito del settore residenziale. **Completato al 100%.**
- Riorganizzazione e ottimizzazione settore sanitario di Casa Don Orione: Cambio medico di riferimento CDO, Svincolo informazioni mediche (CDO, CàMia, AP), Definizione rappresentante provvedimenti sanitari (CDO, CàMia). **Completato al 100%.**
- Riorganizzazione ruolo del referente sanitario. **Completato al 100%.**
- Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Dopo Casa Don Orione, implementazione a Cà Mia e Centri Dlurni. **Completato al 100%.**
- Riprendere formazione interna su rischi / SGQ - cultura del “rischio” come prevenzione. **Completato al 75%.**
- Migliorare pianificazione (triennale) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ. **Completato al 100%.**

Misure: mettere in atto le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi 2023 mancanti

A.4. Obiettivi 2024

Gli obiettivi per l’anno 2024 sono stati elaborati dalla Direzione, dal Gestore Qualità e dal Comitato di Gestione (S-A1.1 Obiettivi annuali 2024). Gli obiettivi principali pianificati finora riguardano:

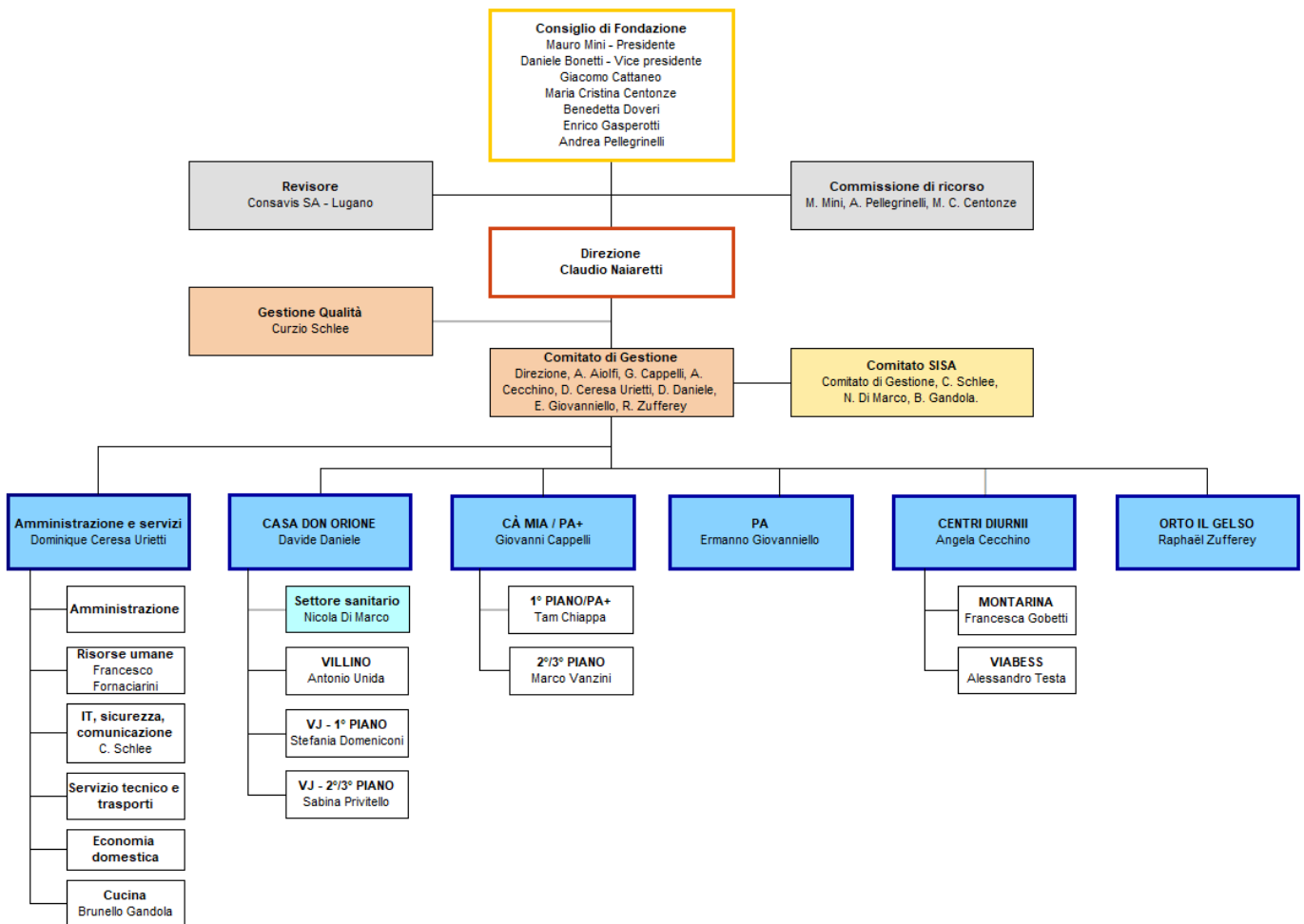
- Rafforzamento dei principi fondanti della FSG. Ripresa della riflessione e ricerca di coerenza fra Visione/Missione, Motto e Logo.
- Applicazione dei principi CDPD e metodo sviluppato corso Etico.
- Messa in regola e applicazione nuova legge protezione dati (LPD). Aspetto informatico - cartaceo - comunicativo. Produrre strumenti, e formazione interna per adeguare i comportamenti e la comunicazione esterna.
- Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore).
- Creato manuale procedure specifico per settore produttivo dopo creazione manuale HACCP.
- Continuazione progetto invecchiamento utenza Casa Don Orione. Riflessione avviata con UI da portare avanti per 10 utenti. Collaborazioni con Casa San Giuseppe, FitLab 2.0, settore anziani e UI.
- Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari, anche in base alla nuova LPD.
- Definizione procedure informazione e comunicazione ai “curatori”.
- Avvio gruppo di lavoro con EOC per ottimizzare i ricoveri ospedalieri.
- Applicazione dei principi sviluppati nell’ambito della formazione etica.
- Migliorare pianificazione (triennale) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ.

Oltre a quelli elencati, sono definiti molti altri obiettivi operativi, consultabili nell’allegato 2 a questo documento.

A.5. Organigramma e organizzazione

L'organigramma (A2.2 Organigramma) è stato aggiornato l'08.02.2023 e successivamente il 10.10.2023. In particolare sono state apportate le seguenti modifiche:

- Spostamento del Comitato di Gestione (CdG) sotto la Direzione
- Spostamento del Comitato Sicurezza e salute (SISA) come supporto del comitato di gestione (CdG)
- Allineamento orizzontale di tutti i settori
- Inserimento del servizio Risorse Umane
- Nuovo Responsabile di settore a Casa Don Orione: Davide Daniele
- Nuovo Responsabile di settore al laboratorio Orto il Gelso: Raphaël Zufferey
- Inserimento delle varie équipe con i relativi referenti



Consiglio di Fondazione, comitato di gestione, comitato SISA

La comunicazione con il Consiglio di Fondazione è gestita dal Direttore, è diretta precisa, puntuale e costante. Nel 2023 ci sono state 6 riunioni strategiche, e una con i Responsabili di Settore, una per l'approvazione del preventivo e una per la chiusura dell'esercizio dell'anno contabile come previsto dalle direttive in vigore. Tutti gli aspetti strategici sono pianificati in seno al Consiglio di Fondazione che è costantemente informato e aggiornato sulle attività interne, la situazione degli utenti, del personale e i progetti in corso. Oltre alle riunioni del CdF, la collaborazione tra la Direzione e la Presidenza è intensa e regolare.

Il Comitato di Gestione si conferma un organo decisionale e strategico fondamentale per l'operato della FSG. Nel 2023 si è riunito 35 volte, di cui una volta con il comitato SISA, e una giornata speciale di lavoro per l'allestimento dei preventivi 2024. Vi è stato anche un incontro tra il Comitato di Gestione e l'Ufficio invalidi.

A.6. Organico attuale

A dicembre 2023 la Fondazione San Gottardo accoglie **127 utenti, in 5 strutture e 23 appartamenti protetti più un appartamento protetto con maggior presa a carico (PA+)**, con l'ausilio di **131 collaboratori**.

Settore	Prestazione	Utenti	Collab.
Casa don Orione	Residenziale con occupazione	33	39
Cà Mia	Residenziale senza occupazione	17	19
Centro Diurno Montarina	Centro Diurno	10	7
Centro Diurno Viabess	Centro Diurno	17	7
Orto il Gelso	Laboratorio agricolo + stireria	25	9
Progetti abitativi	Appartamenti protetti	23	5
Progetti abitativi plus	Appartamenti protetti con maggior presa a carico	2	1
Amministrazione e servizi	Amministrazione	-	6
	Cucina e aiuto cucina	-	6
	Economia domestica	-	6
	Trasporti e manutenzione	-	3
Direzione + Responsabili di settore	Comitato di Gestione	-	6
Apprendisti in formazione	Educativo e cucina	-	4
Supplenti		-	5
Personale in formazione /stage		-	8
Totale		127	131

Documenti di riferimento: Contratto di prestazione 2023, elenco utenti, elenco collaboratori.

A.7. Comunicazione

- **I familiari ed i rappresentanti legali** degli utenti sono stati informati dei cambiamenti legati al covid ad inizio anno. A livello di accompagnamento degli utenti sono regolarmente coinvolti nell'allestimento e nella valutazione dei Piani di Sviluppo Individuali e vi è un contatto regolare sull'andamento con i Responsabili di settore. A Casa Don Orione sono stati coinvolti sul tema dell'invecchiamento e delle necessità sanitarie. Si sta affrontando e approfondendo il tema delle curatele per adeguarsi e mettersi in regola con le nuove disposizioni legate alla legge di protezione dei dati, è un lavoro in corso, che si concluderà nel corso del 2024.

Per Casa Don Orione, Orto il Gelso, sono stati coinvolti ed informati durante il processo di cambio dei Responsabili di Settore, sono stati organizzati due momenti di incontro con le équipes, i Responsabili e la Direzione.

- Il sito web www.fsangottardo.ch ha avuto un incremento delle visite del 31% rispetto allo scorso anno con 13400 visite (2022: 10200) con 8100 visitatori unici, per un totale di 31700 pagine visualizzate (2022: 22900 +38%).

Alcuni dati statistici non sono completi poiché abbiamo dovuto trasferire questo servizio da Google Analytics a Plausible per motivi legati alla protezione dei dati.

- L'aumento di traffico sul sito è dovuto anche al fatto che è stata implementata una pagina "Lavora con noi", dove vengono pubblicati i concorsi e dove è possibile inviare direttamente le candidature spontanee o a concorsi specifici con la relativa documentazione. Le candidature arrivano direttamente al servizio Risorse Umane.
- Le pagine più visualizzate sono state nell'ordine: Lavora con noi, La Fondazione, Casa Don Orione, Contatto, Legna da ardere, Orto il Gelso, Cà Mia, Minigolf.
- L'online shop si trova al 10. posto nel numero di visite, ha portato a 12 ordini diretti, più altri indiretti via telefono o e-mail. Diversi di questi ordini sono giunti dalla Svizzera tedesca, 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 volutamente non è il canale primario di vendita, anche perché non avremmo le risorse per gestire la logistica di un grande volume di ordini.
- Nelle recensioni di Google il punteggio è di 5 su 5.
- La pagina Facebook Fondazione San Gottardo, è seguita da 575 persone (2022: 539). Il punteggio risultante dalle recensioni è di 4.6 su 5.
- La pagina Facebook relativa al Minigolf Lopagno, è seguita da 296 persone (2022: 293).
- A livello interno si è lavorato ad una soluzione ottimale per la gestione delle rubriche e-mail condivise in modo che siano il più possibile aggiornate.
- 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 2023 sono state pubblicate e inviate 26 comunicazioni istituzionali (altre comunicazioni più operative vengono inviate a tutti i collaboratori direttamente tramite e-mail senza passare dalla intranet). Le tematiche più importanti sono state: gestione covid-19, cyber sicurezza e protezione dei dati, prodotti, SGQ, eventi FSG, sostenibilità ambientale, cambiamento di responsabili di settore, nuovo software per le timbrature.
- La **intranet** diventa sempre di più uno strumento operativo, ad esempio è stato creato un form per l'ordinazione interna di prodotti di pulizia, igiene, alimentari, cancelleria. Le ordinazioni arrivano all'amministrazione e subito smistate al magazzino che si occupa delle consegne.
- È stata utilizzata anche per l'aggiornamento completo dei dati di tutti i collaboratori in vista dell'introduzione del nuovo software di gestione del personale e per avere il consenso al trattamento dei loro dati.
- Il bollettino **San Gottardo Racconta** è stato distribuito a dicembre in forma cartacea con una tiratura di circa 1100 copie, ma anche digitalmente tramite il sito web e la pagina Facebook.
- Nel 2023 non vi sono state particolari apparizioni sui **media** se non per la riapertura del minigolf, l'articolo "*Cure di qualità una priorità per tutti*" sul bollettino estivo di atgabbes un articolo sulla Tisana nostrana prodotta da SICAS con le nostre erbe (Azione, 30.05.2023) e il comunicato stampa del Gran Consiglio sulla seduta della Commissione parlamentare sanità e sicurezza sociale svoltasi a Casa Don Orione.
- 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

FSG Summer beach party: il 3 giugno è stata organizzata per la seconda volta una giornata estiva e sportiva per i collaboratori e delle loro famiglie presso il centro sportivo di Rivera con torneo di beach volley, giochi, grigliata, musica, ecc. Una bella giornata di sole trascorsa in compagnia dei molti collaboratori delle diverse strutture FSG, importante per creare condivisione e unione.

Colonie e vacanze: gli utenti dei settori residenziali hanno svolto con piacere le tradizionali colonie e vacanze estive in gruppo senza restrizioni.

Il **Minigolf** di Lopagno ha riaperto dal 4 luglio al 28 agosto per quattro mattine a settimana.

Il 26 novembre si è tenuto a Casa Don Orione un **concerto** in collaborazione con l'Associazione 753Artebellezza. L'evento denominato "L'arte diventa bellezza" si è tenuto per il secondo anno e ha visto protagonisti Beatrice Binda come soprano, Grazia Galletta al pianoforte e Francesco Dessy al violoncello.

Dal 10 dicembre al 7 gennaio, come da tradizione, Casa Don Orione ha allestito il **presepe** animato aperto al pubblico.

A.8. Digitalizzazione e ottimizzazione delle risorse IT

- L'archiviazione digitale con DocuWare è ben gestita anche se deve essere migliorata ed utilizzata da più persone, soprattutto con la nuova Legge sulla protezione dei dati. Lo strumento è diventato fondamentale per l'amministrazione, in più situazioni si è dimostrato fondamentale ed efficiente.
 - Il modulo di collegamento tra l'archivio digitale ed il gestionale contabile è ora pienamente funzionante ed utilizzato a pieno, le fatture vengono contabilizzate automaticamente.
 - Ad inizio 2023 c'è stato un grosso intervento del fornitore e del responsabile IT per l'aggiornamento di due versioni, in due tappe del sistema DocuWare.
 - Si sta valutando la possibilità di passare al sistema in cloud, che permette di avere molti vantaggi, più funzionalità e meno manutenzione, ma anche un aumento dei costi mensili notevole.
- Cartella informatizzata utenti: l'estensione dell'utilizzo del software Eclinic a Cà Mia e ai Centri diurni per la gestione informatizzata degli utenti, sia in campo amministrativo, sia educativo, sia sanitario ha richiesto anche nel 2023 notevoli sforzi a livello organizzativo e formativo.
 - Attualmente il software, che ottempera la nuova legge sulla protezione dei dati, è utilizzato per la gestione degli utenti di Casa Don Orione, Cà Mia e dei Centri diurni Viabess e Montarina.
 - Eclinic: al software sono stati aggiunti due moduli: il piano di cura interdisciplinare ed il focus sanitario.
- Ad inizio anno è stato introdotto il nuovo piano contabile e le nuove liste del personale, così come richiesto dall'ente sussidiante.
- Software di gestione del personale: è stato acquistato un nuovo software per la gestione del personale (PlanetTS), dei turni, delle presenze, ecc. Si è investito in un nuovo server ad esso dedicato, nonché molto tempo in formazione e preparazione del programma, che è ancora in corso. L'entrata in funzione è prevista per il 1. Gennaio 2024.
- Cyber sicurezza: questo argomento è sempre più importante e di attualità soprattutto con l'entrata in vigore della nuova legge sulla protezione dei dati. Il livello di sicurezza attuale a livello tecnico è garantito, tuttavia è in programma una consulenza approfondita del partner informatico esterno di fiducia per la valutazione dello stato attuale della nostra rete informatica. Il tema è stato ripreso con i collaboratori nel corso di riunioni e con comunicazioni interne.

B. Risorse

B.1. Finanze

La situazione finanziaria è in linea con i preventivi presentati. L'aumento dei costi dovuto alla situazione attuale non ha permesso una chiusura a pareggio. L'obiettivo rimane il monitoraggio costante volto al contenimento della spesa nei limiti del possibile.

B.2. Personale

La Fondazione San Gottardo impiega 131 collaboratori, di cui 12 in formazione (apprendistati e stage), l'età media è di 43.63 anni, il 54,7% delle collaboratrici sono donne, il 45,3% uomini .

Nel 2023 i Responsabili di settore hanno svolto i colloqui personali con tutti i collaboratori, anche la Direzione ha effettuato alcuni colloqui personali .

Sono stati organizzati gli incontri conoscitivi e formativi con i nuovi assunti. L'accompagnamento è effettuato direttamente dai referenti d'équipe o dai Responsabili di Settore. A tutti i nuovi assunti è stato consegnato il documento "Benvenuti alla Fondazione San Gottardo".

Si è lavorato molto per riorganizzare e ottimizzare il servizio Risorse Umane. Tutto il processo B2 Personale è stato rivalutato o è in corso di aggiornamento. Sono state aggiornate le procedure di assunzione, è cambiata completamente la gestione delle candidature spontanee e dei concorsi, e si è lavorato sul regolamento del sistema di rilevamento presenze e sulle assenze per malattia e infortunio con relative formazioni in tutte le équipe.

Il nuovo software di gestione del personale in funzione da gennaio 2024 permetterà di migliorare e automatizzare diverse procedure, quali richieste, gestione dei turni, timbrature, assenze, vacanze, ecc. In seguito all'introduzione del nuovo gestionale gran parte dei formulari contenuti nel processo B2 Personale potrà essere eliminata dal SGQ.

B.2.1. Soddisfazione dei collaboratori

L'indagine di valutazione della soddisfazione 2023 è conclusa. Per il terzo anno i questionari sono stati sviluppati in forma digitale interattiva, disponibili online sulla piattaforma "Survio", questo permette una raccolta dati molto più rapida e precisa. I risultati hanno confermato un buon grado generale di soddisfazione. Il tasso di partecipazione è stato del 50.77%, 0.81% in più rispetto al 2022 (67 questionari su 130).

La media di tutte le risposte si situa a **4.08 su 5**, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2022 il punteggio risulta più alto di 0.05 punti ed è **il secondo punteggio più alto finora registrato**.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

1. La Direzione (4.48)
2. Il Giudizio generale sulla FSG (4.42)
3. Il proprio responsabile di settore (4.41)
4. Il proprio posto di lavoro e il settore Amministrazione (4.37)
5. L'Ambiente lavorativo nel proprio settore (4.33)

Gli aspetti con i punteggi minori, sebbene siano tutti sopra la sufficienza, sono risultati:

- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.39)
- Manutenzione (3.47)
- Cucina (3.69)
- Trasporti (3.77)

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

Per questioni di privacy le osservazioni aperte 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 2024.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2023.

B.2.2. Formazione

Supervisione

Nel 2023 si sono svolti con tutti i settori importanti momenti di supervisione d'équipe, per un totale di 19 incontri.

Formazione interna

Sono state svolte alcune formazioni interne riguardanti l'utilizzo di E-clinic, la gestione dei rischi in particolare nell'ambito della comunicazione e delle informazioni, sicurezza antincendio, SGQ, etica (in collaborazione con la Fondazione Sasso Corbaro – COMED, svoltasi con 90 collaboratori dei settori educativi, sanitari e amministrativi).

Formazione esterna

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

Nel 2023, 12 collaboratori hanno effettuato formazioni esterne su diverse tematiche:

- Accademia di bioetica
- Specialista in risorse umane
- Corso base per formatori apprendisti
- Master in coordinamento di servizi ed equipe multi professionali.
- Come accogliere e accompagnare la sessualità delle persone con disabilità in Istituzione.
- La dimensione pedagogica nel laboratorio
- Collaboratrice e Collaboratore Sanitario CRS
- Corso specifico per periti operatori socio assistenziali AFC SUFFP Lugano
- Bachelor of Science in Lavoro Sociale
- Approccio funzionale al comportamento problema
- Corso base per formatori di apprendisti
- Vari Webinar su DocuWare
- Formazione interna antincendio
- E-clinic – piano di cura interdisciplinare, focus sanitario

Documenti di riferimento: S-B2.16 Pianificazione annuale formazione 2023, dossier formazioni.

B.3. Materiali e attrezzature

B.3.1. Salute e Sicurezza

La Fondazione San Gottardo promuove la sicurezza e opera per il bene dei propri collaboratori e dei propri ospiti.

Nel 2023 nelle varie strutture si è proceduto alla regolare manutenzione e a formazione.

A Casa Don Orione è in corso l'importante intervento di sostituzione dell'ascensore della zona ateliers.

Non sono stati intrapresi altri particolari progetti legati alla sicurezza nel periodo.

- Analisi e adeguamento del livello di sicurezza dell'infrastruttura informatica e dell'archiviazione dei dati (in corso)
- Analisi e adeguamento del livello di sicurezza dei dati cartacei (in corso)
- Monitoraggio da parte dell'incaricato per la sicurezza antincendio e relative misure di miglioramento.
- Monitoraggio della manutenzione e dei controlli periodici degli impianti.
- Test impianti allarme, test lampade di emergenza, esercitazioni di evacuazione.
- Controlli e manutenzione regolare degli impianti, delle apparecchiature di sicurezza e dei veicoli.
- Formazioni in ambito sicurezza per gli InSi.
- Formazione interna riguardo alla salute e alla sicurezza.

Documenti di riferimento: B3.2 Concetto generale di sicurezza, S-B3.32 Manutenzione e controlli periodici impianti, 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, imballaggi delle tisane riciclati e ricicabili/compostabili, ecc.).

Nel 2023 la Fondazione San Gottardo ha cercato di ridurre i consumi energetici dove possibile, con successo.

B.3.3. Strutture e progetti

Casa don Orione - Lopagno

Raphaël Zufferey, Responsabile di struttura da tredici anni, ha lasciato questo ruolo per spostarsi all'Orto il Gelso. Il ruolo di nuovo responsabile di Casa Don Orione è stato assunto a partire dal primo settembre da Davide Daniele, precedentemente segretario d'organizzazione di atgabbes e responsabile di struttura per l'Istituto Miralago di Brissago

La sfida più impellente e importante per questa struttura è quello dell'invecchiamento degli utenti con disabilità, questo perché la residenza, non essendo medicalizzata a volte si rivela inadeguata ai bisogni sanitari degli utenti. Nel 2023 abbiamo dovuto organizzare, per gli utenti della Casa, oltre 350 visite mediche e una decina di ricoveri ospedalieri che hanno notevolmente sollecitato il personale educativo. È stato avviato un importante progetto in a Casa Don Orione in collaborazione con la Casa per Anziani San Giuseppe di Capriasca per poter sviluppare sinergie e trovare risposte adeguate. In prospettiva si vuole incrementare anche la presenza terapeutica con una collaborazione prevista con FitLab 2.0 per la palestra e la piscina.

Quest'anno sono state avanzate richieste all'Ufficio invalidi per un cambio di categoria di Casa Don Orione a causa dell'invecchiamento e della maggior presa a carico sanitaria dell'utenza. Si è chiesto un passaggio di categoria, da "Casa con occupazione con casistica mista" a "Casa con occupazione con disabilità fisica e mentale" più confacente alla realtà della situazione dell'invecchiamento. Considerando le restrizioni finanziarie del settore al momento la richiesta è rimasta in sospeso e, nel frattempo si cercherà di adeguare la composizione dello standard del personale per fare fronte ai bisogni emergenti.

Per quanto concerne l'infrastruttura si è proceduto alla manutenzione ordinaria e straordinaria, come ad esempio all'importante intervento di sostituzione di uno dei due ascensori per questioni di sicurezza in seguito a frequenti guasti.

Durante l'estate è stato riaperto al pubblico il Minigolf, dopo tre anni, si è tentata una nuova formula aprendo quattro mattine la settimana nei giorni lavorativi. Diverse famiglie e diversi gruppi sono stati molto felici di poter usufruire di questa infrastruttura e di passare qualche ora giocando a minigolf.

Cà Mia – Barbengo

Al foyer Cà Mia si è lavorato sull'introduzione di E-Clinic per ottimizzare la presa a carico e la gestione sanitaria ed educativa degli utenti e dunque sul relativo passaggio dal cartaceo al digitale.

Il progetto relativo ai Progetti Abitativi Plus (PA+) iniziato nel 2022 prosegue con buoni risultati. Al momento due utenti sono residenti in un appartamento situato nelle vicinanze del foyer.

È in corso la valutazione di un progetto in collaborazione con La Posta per la presa in gestione, con un gruppo di utenti, di un servizio di distribuzione della posta e dei pacchi nel quartiere alle Brughetto, dove è situata Cà Mia.

Centri Diurni - Lugano

Anche ai Centri Diurni si sono fatti grandi sforzi per il passaggio della presa a carico degli utenti in E-Clinic, all'interno del quale si sta anche archiviando la documentazione sanitaria ed educativa degli anni precedenti. Il tutto funziona molto bene attualmente.

I due Centri diurni, adiacenti l'un l'altro, stanno rafforzando notevolmente la collaborazione al fine di riuscire a proporre attività comuni con entrambi i gruppi di utenti.

Orto il Gelso

Al laboratorio Orto il Gelso la grossa sfida è stata quella del cambio di responsabile. Antonio Aiolfi, dopo tredici anni ha lasciato questo ruolo, accompagnando Raphaël Zufferey in questo nuovo incarico.

Non sono setati intrapresi particolari progetti durante l'anno, ma si è consolidato il settore produttivo. Un'importante organizzazione interna si sta realizzando per conciliare i compiti socio-lavorativi e quelli socio-educativi con la messa in atto di coppie educative di riferimento.

Progetti Abitativi

Per quanto concerne questo settore non sono stati intrapresi particolari progetti nel 2023, ma si è lavorato sull'ottimizzazione organizzativa e sul rafforzamento dell'équipe.

Casa di Airolo

La Casa di Airolo è in funzione e a disposizione di utenti e collaboratori per soggiorni. È stato definito il regolamento di utilizzo (B3.11). La prenotazione viene fatta online tramite la intranet con l'ausilio di un calendario google.

Nel 2023 vi hanno soggiornato 36 persone per un totale di 43 giorni.

B.4 Produzione

La produzione dell'Orto il Gelso consolida la sua importanza e affina le sue metodologie.

Nel 2023 si contano 73 clienti diretti registrati, nei diversi ambiti (legna, prodotti bio essiccati, miele, zucche,).

L'approfondimento della valutazione dei rischi secondo HACCP effettuata nel 2022 è in corso su alcuni aspetti, come ad esempio l'analisi microbiologica e la rilevazione di eventuali pesticidi nei prodotti. Altre tematiche verranno riprese nel prossimo anno.

Il progetto di passaggio di consegna da parte del GQ al laboratorio su alcuni aspetti amministrativi legati alla produzione è stato al momento sospeso dato il cambio del responsabile di settore. Verrà ripreso nel prossimo periodo.

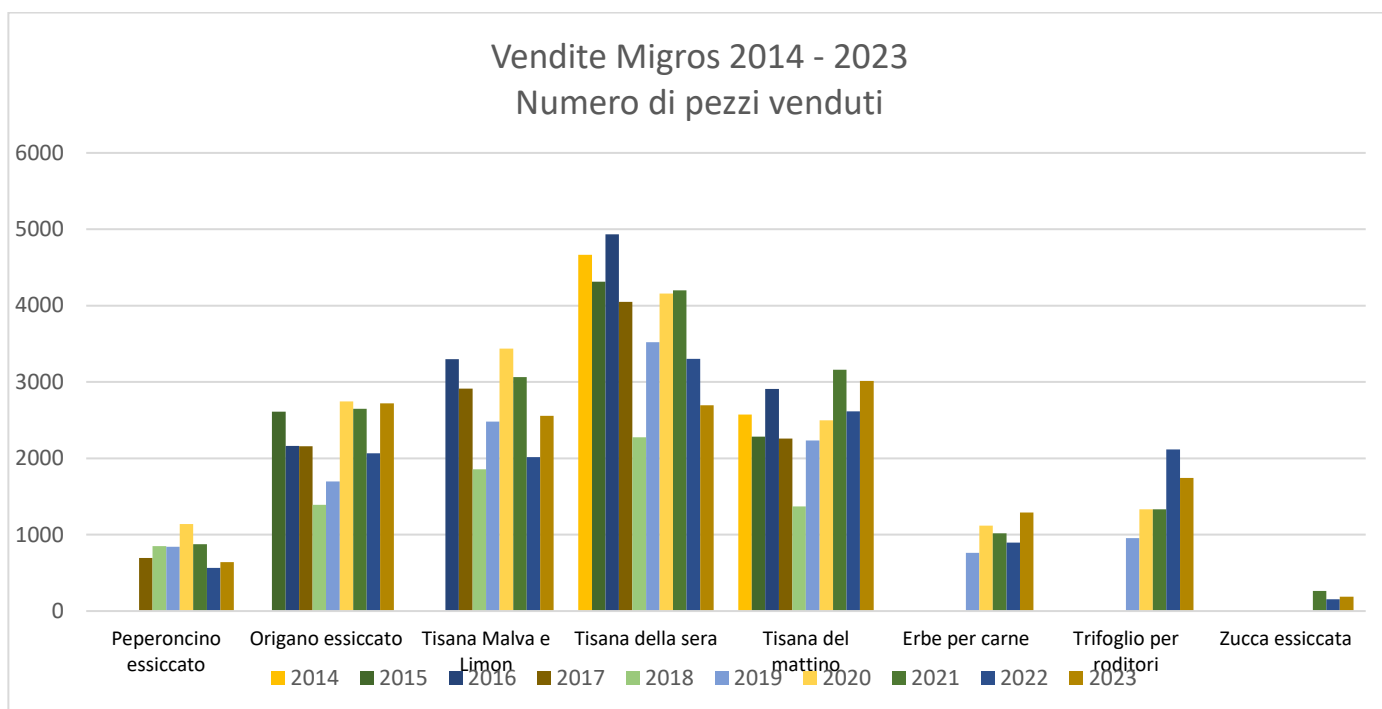
La produzione del miele bio ha potuto riprendere, dopo il problema di salute delle api del 2022.

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

Il trifoglio essiccato quale alimento per piccoli roditori è molto apprezzato e richiesto, si sta valutando la possibilità di aumentare la produzione, ma non è facile essendo un prodotto stagionale e particolarmente soggetto alle variazioni meteorologiche.

È in corso la modifica da parte di Migros del design di tutta la linea dei Nostrani del Ticino, che cambierà completamente la grafica finora utilizzata. Attualmente si sta lavorando sull'aggiornamento del packaging delle tre tisane con la collaborazione di Bio Suisse e Alpinavera.

Si sta concretizzando, inoltre un cambiamento delle modalità di imballaggio delle tisane, che dal 2024 verrà eseguito al 100% in Ticino grazie al nostro partner Erboristi Lendi SA il quale si occuperà di inserire le miscele nelle bustine, mentre l'inserimento delle bustine nelle scatole verrà effettuato al nostro interno presso l'Orto il Gelso a Melano.



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

C. Prestazioni

C.1. Utenti

C.1.1. Soddisfazione degli utenti

Agli utenti è stato sottoposto un questionario di tipo aperto, dove è stato chiesto di descrivere 3 aspetti positivi, 3 aspetti da migliorare, 2 desideri per il futuro e Osservazioni libere. La maggior parte delle risposte fornite lascia presagire che gli utenti si ritengono soddisfatti o molto soddisfatti delle strutture che frequentano, del personale e delle cure a loro rivolte. Come ultimo punto è stato richiesto quale sia la loro soddisfazione generale, con degli "smiley", **la media delle risposte si situa a 4.58 su 5, dunque ben al di sopra del buono ed è il miglior risultato di sempre.** 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.

Per il 2024 è in programma un aggiornamento della modalità di raccolta dati della soddisfazione degli utenti.

C.1.2. Piani di Sviluppo Individuale (PSI)

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

	Casa don Orione	Cà Mia/PA+	CD Viabess	CD Montarina	Orto il Gelso	PA
N. PSI	31	16	18	10	25	17
N. obiettivi	60	45	31	17	75	23
Obiettivi raggiunti	26	18	13	11	35	2
Obiettivi parzialmente raggiunti	25	18	12	6	26	13
Obiettivi non raggiunti	9	9	6	0	14	8

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

C.2. Settore sanitario

Oltre alla gestione ordinaria della salute degli utenti, è stato riorganizzato il settore sanitario di Casa Don Orione, è avvenuto il cambio del medico di riferimento della struttura e il cambio della psichiatra che periodicamente accompagna gli utenti in sede. In prospettiva si prevede un cambio di standard del personale per poter maggiormente contare su personale con formazione sanitaria e di cura. Si è inoltre lavorato sullo svincolo delle informazioni mediche del settore residenziale e PA e sulla definizione del rappresentante per i provvedimenti sanitari per gli utenti di Casa Don Orione e Cà Mia. Il ruolo del referente sanitario è stato rivisto e rafforzato.

Covid-19: ad inizio anno abbiamo dovuto ancora aggiornare la direttiva interna covid-19 secondo le direttive del medico cantonale. Dal primo febbraio si è potuto finalmente chiudere questo lungo capitolo, allestendo tuttavia un piano di protezione da malattie infettive respiratorie generale (C3.14).

Cartella sanitaria informatizzata Eclinic – l'utilizzo di Eclinic quale strumento principale per la gestione sanitaria ed educativa degli utenti, dopo Casa Don Orione è stato esteso con successo a Cà Mia e ai due Centri Diurni, dopo il relativo percorso di formazione con le équipes. Durante il mese di marzo vi è stato un importante incontro con il team sviluppatore al fine di correggere e migliorare alcune parti del programma, come ad esempio il Piano di Sviluppo Individuale. Sono stati introdotti inoltre i moduli del piano di cura interdisciplinare e del focus sanitario.

D. Qualità

D.1. Sviluppo SGQ

- **Il Sistema è aggiornato al 30 ottobre 2023.**
- Il Sistema è allineato alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 DSS/UI 2016.
- Il Sistema è conforme ai propri requisiti ed a quelli delle norme in vigore.
 - Ultima certificazione: 22 dicembre 2023 (SQS) – validità fino al 21 dicembre 2026.
- I processi base sono stati valutati e aggiornati. Sono confermati e validi, nelle loro versioni più recenti:
 - A1.1 Linee guida e concetto quadro (missione e visione) – versione 30.08.2017 confermato 11.10.2023, da rivalutare 2024 dopo progetto con TOTILA
 - A1.2 Obiettivi istituzionali – versione 30.08.2017 confermato 11.10.2023, da rivalutare 2024
 - A1.3 Analisi rischi – versione 10.10.2023
 - A1.4 Contesto dell'organizzazione e parti interessate – versione 14.11.2017 confermato 11.10.2023
 - A1.5 Analisi variabili del contesto – PESTEL – versione 10.10.2023
 - A2.2 Organigramma – versione 10.10.2023
- Riteniamo che il Sistema sia affidabile ed efficace, nonché ben conosciuto da tutti i collaboratori.
- Nel 2023 è stato auditato il 45% dei processi che compongono il SGQ.
- Durante l'anno sono stati pubblicati 7 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 54 documenti, dei quali 9 sono nuovi (ultima versione 30.10.2023).

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 alle riunioni del Comitato di Gestione.

D.2. Documentazione SGQ

Il Manuale Qualità della Fondazione San Gottardo conta 387 documenti, di cui 125 processi e 26 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.

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

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

D.3. Proposte di miglioramento, punti deboli

- Le due proposte di miglioramento continuo suggerite dalla relazione d'audit SQS 2022 sono state riprese negli obiettivi annuali, una è stata adottata da subito nel riesame finale 2022, mentre l'altra è ancora in fase di valutazione.
- Le proposte di miglioramento scaturite dall'audit di ricertificazione SQS del 2023 sono riprese negli obiettivi annuali 2024.
- Internamente sono state registrate **5 non conformità** durante l'anno, **4 sono state risolte, una è in corso di risoluzione.**
- Non sono stati sporti particolari reclami.
- Le proposte esplicitate nei questionari di valutazione della soddisfazione da parte di collaboratori, rappresentanti legali e utenti, sono attualmente in fase di valutazione da parte della Direzione e del Comitato di Gestione.
- Grazie alle molte occasioni di incontro (riunioni di équipe, riunioni del Comitato di Gestione, riunioni del Consiglio di Fondazione) le opportunità, la nascita di nuove idee e di proposte di miglioramento è un elemento costante e intrinseco all'attività della Fondazione San Gottardo.
- Tutte le proposte di miglioramento, così come le non conformità danno adito a riflessioni che sfociano con la modifica di documenti SGQ già esistenti, così come la creazione di nuovi processi o strumenti, oppure alla formulazione di obiettivi e progetti per l'anno in corso o per l'anno seguente.

Documenti di riferimento: diario non conformità e reclami, verbali, audit interni, relazioni d'audit SQS 2020/21/22/23.

D.4. Audit

D.4.1. Audit interni

Sulla base del programma annuale degli audit interni (S-D4.3), sono stati effettuati audit interni da parte del Gestore Qualità con la collaborazione dei process owner.

I Responsabili di settore hanno effettuato colloqui personali con tutti i collaboratori, anche la Direzione ha effettuato alcuni colloqui personali.

Dal 2024 il GQ passerà ad una programmazione triennale. Sono stati aggiornati al 30.10.2023 i documenti del processo (D4.1 Audit interni, S-D4.1 Piano d'audit, S-D4.2 Rapporto d'audit, S-D4.3 Programma audit interni, S-D4.4 Checklist audit).

È stato auditato internamente il 45% del totale dei processi SGQ, in base alla valutazione del rischio (A1.3), agli obiettivi annuali, alle segnalazioni o alle necessità di aggiornamento. Sono stati auditati processi di Direzione (A1 Missione e contesto, A2 Organizzazione, A3 comunicazione e informazione), di risorse (B2 Personale, B3 Materiali e attrezzature, B4 Produzione), di prestazione (C1 ammissione, C2 accompagnamento, C3 sanitario, C4 prestazioni alberghiere) e di qualità (D1 concezione di sviluppo, D2 Gestione documentazione, D3 gestione delle proposte di miglioramento, D4 gestione audit interni e D5 Soddisfazione prestazioni).

Sulla base degli audit non sono emerse particolari non conformità, ma regolari misure di miglioramento che sono state prontamente discusse e corrette, oppure modifiche sui processi e alla documentazione.

L'obiettivo pianificato di ottimizzare e aggiornare il processo degli audit interni è stato raggiunto, ma non ancora messo in atto, lo sarà dal 2024.

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

D.4.2. Audit esterni

- SQS (29.11.2023): l'audit di ricertificazione completo per il Sistema di Gestione Qualità è stato superato con successo, confermando la certificazione di ottemperanza alle basi normative ISO 9001:2015 e Direttiva 3 DSS/DASF/UI fino al 21 dicembre 2026. Sono state identificate 7 raccomandazioni per il miglioramento continuo. Il prossimo audit di mantenimento è previsto il 14.11.2024.
- La Visita di sorveglianza dell'Ufficio Invalidi si è svolta il 20.10.2023 presso la Casa Don Orione, non sono state riscontrate criticità o problemi di alcun tipo. Siamo in attesa del rapporto definitivo.
- Laboratorio cantonale: il LC ha effettuato un audit il 26.06.2023 preso la cucina di Casa Don Orione, sono state riscontrate due non conformità, entrambe risolte entro i termini intimati (18.07.2023).
- Bio.Inspecta (12.07.2023): audit annuale superato e certificazione confermata.
- Alpinavera (06.09.2023): audit annuale superato, certificazione confermata per la regionalità dei prodotti dell'Orto il Gelso.
- La Commissione sanità e sicurezza sociale del Gran Consiglio ha visitato e ha molto apprezzato Casa Don Orione il 28.09.2023 in occasione di una seduta di lavoro.

D.4.3. Soddisfazione

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

Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale questionari inviati	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rappr. legali	29	88	117	11	28	33.33%
Utenti	124	0	124	98	5	83.06%
Clienti	38	23	61	17	16	54.10%
Collaboratori	0	130	130	0	67	51.54%

Soddisfazione generale

Tutti i valori medi rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.08 punti (su 5) del gruppo collaboratori fino al 4.85 dei clienti, che sfiora l'ottimo, i famigliari si situano a 4.47 e gli utenti a 4.58. Il risultato dei collaboratori è al secondo posto dall'inizio delle misurazioni (2012-2023). 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 33.33% (39 su 117), 5.52% in meno rispetto al 2022.

La media dei punteggi delle risposte si situa a 4.48 su 5, risultato più alto di 0.05 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG (4.82), i responsabili di settore (4.53) e la Direzione (4.50).

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono inviati al Comitato di Gestione. 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 54.10% (33 questionari rientrati su 61 inviati), vi è stato un aumento del 16.81% rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.85 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'85% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 15 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore.

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti ringraziamenti e complimenti.

Data: 25.04.2024

Firma Direzione: Claudio Naiaretti.....

Firma Gestore Qualità: Curzio Schlee.....

S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2023
Stato: 31.12.2023

Non ragg.	Parz. Ragg.	Raggiunti
10	19	54

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Missione	1		a	Rafforzamento dei principi fondanti della FSG. Consapevolezza e responsabilità.	31.12	DIR	Tutti	in corso progetto con Totila - marketing compassione	80	
				b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	formaz. COMED, formaz comunicaz 2024	50	
		2									
		3	È valorizzato il concetto di rispetto della persona all'interno della FSG.		a	Rafforzamento del concetto di rispetto della persona con integrazione del lavoro della COMED (Commissione etica)	31.12	DIR, CDG	Tutti	In corso. B.10 Procedura concernente le violazioni dell'integrità personale	100
	A2 Organigramma	1	L'organigramma corrisponde alla realtà ed è costantemente a giorno. È valutato costantemente l'operato per apportare modifiche rispondenti alla situazione in evoluzione	R2	a	Riflessione generale e ottimizzazione trasporti e manutenzione	31.12	DIR, CDG, RS	Tutti	Esternalizzazione trasporti in corso.	80
					b	Sostituzione ottimale A. Dill (gestione del personal settore amministrativo)		DIR, RS	Tutti	Ok. F. Fornaciari.	100
					c	Riorganizzazione Cà Mia con 2 équipe	31.12	DIR, RS	Tutti	OK	100
					d	Organizzata équipe settori PA+	31.12	DIR, RS	Tutti	Ok. A. Aiolfi da 01.09	100
					e	Preparazione sostituzione responsabile Orto	1.09	DIR, RS	Tutti	Ok, R. Zufferey da 01.09	100
					f	Sostituzione responsabile Casa Don Orione	1.09	DIR, RS	Tutti	Ok. D. Daniele da 01.09	100
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 avviata a CàM e CD	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	ok	100	
				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	Con riferimento al tema discusso con la Direzione relativo alle diverse azioni di comunicazione interna, si raccomanda di valutare la possibilità di meglio raccogliere le informazioni di ritorno – a volte pure la consultazione è elemento di focalizzazione – così da annotare uno stato di efficacia generale. Con il servizio qualità è stato pure discusso l'ev. attivazione di uno strumento di ponderazione d'efficacia ed efficienza per tutte le attività svolte nel periodo. (Da audit 2022)	31.12	DIR, RS	Tutti	in corso	50
3	Svolgimento regolare riunioni/incontri:	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, ...), COMED	R3							
11	Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG	R3							
12	Protezione dati	R3	a	Messa in regola nuova legge protezione dati. Valutazione interna del rischio Cyber (Assidu) secondo Legge protezione dei dati (tempistiche mantenimento dati personali?)	31.12	AMM	Tutti	In corso. Creata procedura, aggiornati documenti, creato registro dei dati. Da affinare. 2024 progetto con UI.	75
13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica, monitorare utilizzo di messaggi nei gruppi.	R3	a	Individuare risorsa sostituto GQ	30.06	COM, GQ	Tutti	Gestione con Direzione	25
			b	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti	A3.6	100
			c	Individuare sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti	C'è supporto esterno consultati.ch. Individuata persona interna, da formare. In corso un restyling sito e intranet,	50

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
B1 Acquisizione risorse: Personale e materiale	1	Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.	R5	a	Optimizzata organizzazione, procedure e strumenti del settore amministrativo.	31.12	DIR, AMM	Tutti	In corso revisione processi risorse umane. Continuare con altri temi.	75
	2	Assunzioni realizzate con cura, profili e mansionari ben definiti. Consegna nuova brochure per le assunzioni "Benvenuto alla FSG" costantemente aggiornata. [verificare]		a	Assunzioni in linea con formazioni standard contratto di prestazioni (personale formato)	31.12	DIR, AMM	Tutti		100
				b	Migliorare gestione candidature e concorsi.	31.12	DIR, AMM	Tutti	filtri mail per tutti i RS e AMM, crea pagina web con form candidatura	100
				c	Migliorare procedura assunzione	31.12	DIR, AMM	Tutti	Procedura aggiornata.	100
	3	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.								
	4	Valutazione fornitori. Esigere i certificati di conformità per l'acquisto di ogni strumento – Valore fornitura > CHF 20'000	NC	a	Richiesta documentazione sempre aggiornata.	31.12	DIR, AMM	Tutti	Ok febbraio - marzo 2023, ripetere settembre.	100
	5	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.		b	Realizzazione procedura acquisti in base a LCPub da inserire nel SGQ	31.12	DIR, AMM; GQ	Tutti	In corso	40
B2 Gestione risorse	1	Monitoraggio e controllo regolare dei costi e delle spese. Controllo costi personale - 3 mesi, situazione finanziaria- 6 mesi		a	Messa in funzione nuovo modello contabile UI/SUPSI				ok, gennaio 2023	100
	2	Responsabilità appropriate e ripartite in funzione della sostenibilità dell'istituzione. Sono rispettati i preventivi d'investimento. Rispetto delle risorse definite dal contratto di prestazione	R6-7							
	3	Sono ridotti i rischi di incidenti sul lavoro e applicati i principi SUVA. Formazione interna sicurezza in tutte le strutture.								

4	Il sistema informatico e il sistema e protocollo di archiviazione dei documenti è appropriato e adeguato ai bisogni nel rispetto delle normative.	R12	b	Applicata Cartella informatizzata utenti a CàM e CD dopo esperienza di CDO	30.06	DIR, RS, IT	Tutti	ok, funziona a pieno regime	100
			c	Dopo introduzione Eclinic a CàM e CD rivedere organizzazione cartelle Server.	31.12	RS, REF, IT	Tutti	Rimandato	0
			e	Valutare aggiornamento sistema backup server DW e valutare sostituzione server presenze	31.12	IT, AMM, DIR	Tutti	Eseguiti, sistema backup ok. Nuovo server installato.	100
			f	Acquisto, installazione e formazione nuovo software gestione personale	31.12	DIR, IT, RU	Tutti	Software pronto. Inizio gennaio 2024	100
5	Sono ridotti gli accessi agli spazi da parte di persone non autorizzate e sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune per prevenire i furti. È codificata la gestione delle casse e sono designati i rispettivi responsabili.								
6	Supervisioni regolari gruppi e équipes.								
7	Supervisioni individuali se richieste e approvate da Direzione								
8	Supervisioni casi se richiesto e necessario								
9	Sostegno e promozione alla formazione continua individuale.								
10	Promozione formazioni interne		a	Formazione TI-Care, cartella informatizzata utenti a CD e CàM				ok, marzo 2023	100
			b	Affettività e sessualità – Formazione di formatori in collaborazione con OTAF - D. Oggier				ok marzo - giugno 2023	100
			c	Formazione dei collaboratori su analisi rischi (ambito educativo; autonomia/autodeterminazione)				formazione comed	100
			d	Abusi e maltrattamenti – incontro con Mombelli				sospeso	0
			e	Qualità e sicurezza				Effettuate con persone mirate, non nelle équipes	30

			f	Disagio Psicico – Incontro Dssa Colombo				corso in preparazione 2024	50
			g	Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti	sospeso	0
	11	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.	a	Soprattutto nell'ambito dei PA garantire tutela degli educatori per affermazioni diffamatorie o comportamenti inadeguati degli utenti. Sentire autorità, rivedere procedure.	31.12	DIR, RS	Tutti	Si sta affrontando il tema, alcune procedure messe in atto	60
	12	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs							
B3 Strutture, materiali, attrezzature	1	Gestione ottimale delle strutture	a	Ottimizzazione delle risorse energetiche: riscaldamento consumo elettrico				In corso, per ora buoni risultati. Ridotti i consumi in particolare a Casa Don Orione (chiusura piscina, maggiore attenzione, led, ecc)	80
			b	Avvio utilizzo (organizzazione) casa di Airolo			In funzione, da ottimizzare	80	
	2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.	a	Riorganizzazione gestione magazzino e ordinazioni materiale				Riorganizzazione interna, + gestione magazzino excel	100
			b	Nuova procedura ordinazione interna materiale dai settori				Creato form su intranet	100
			LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.						
	3	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.	a	Valutazione inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	AS	Tutti	Sospeso	40
			b	Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2021-22 Insos).	31.12	DIR	Tutti	Rimandato	25
			c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso causa altri costi	0
			d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	AS	Tutti	In corso. Licenza ok.	40
			e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso causa altri costi	0

B4 Produzione e servizi		f	Allineamento procedure emergenza CD con Livit	31.12	AS	Tutti	Sospeso	0	
		g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	AS	Tutti	Dossier ripreso con cambio Resp. Settore. In corso.	30	
		h	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti	Discussioni pianificatorie in corso con il Comune.	20	
		i	Rifacimento completo Lift ateliers Casa Don Orione	31.12	DIR	Tutti	Sostituito Lift.	100	
	4	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 dopo creazione manuale HACCP	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti	Dossier da riprendere con nuovo Resp. Settore.	40
			b	Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare attività socio-lavorative con socio-educative				ok, in corso	80
	2	Il Tasso di occupazione è ottimale.							
	3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.							
	4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna	a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano.	31.12	DIR, RS	Tutti	Acquistata macchina taglio erbe. Riflessione in corso con sezione agricoltura.	50
		b	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione. Passaggio della gestione amministrativa da Lopagno a Melano	31.12	RS, GQ	Tutti	Riorganizzata documentazione su server. Riflessioni da riprendere con nuovo Resp. Settore	20	
		c	Avviata la produzione nuova "Tisana da l'ort".	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti	sospeso	0	

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
	5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"		d	Adeguamento packaging tisane a esigenze Migros	30.09	DIR, GQ	Tutti	Tisane ok. Da 2024 verranno imballate 100% in Ticino. Adeguamento grafica altri prodotti in corso da Migros.	80	
C. PRESTAZIONI	C1 Ammissione	1		a	Ottimizzata la cartella documentazione completa FSG per nuovi utenti da consegnare all'ammissione	31.12	DIR, CDG	Tutti	ok, da affinare	80	
		2									
		3									
		4									
		5									
	C2 Prestazioni di accompagnamento	1	Identificazione dei bisogni corretti degli utenti		a	Avvio progetto invecchiamento utenza Casa Don Orione. Riflessione avviata con UI da portare avanti per 10 utenti .	31.12	DIR, RS	Tutti	Cambio standard personale educativo. Riflessione da proseguire.	80
					b	Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari	31.12	DIR, RS	Tutti	in corso	80
					c	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti	Da completare con nLPD.	50
					d	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti		100
		2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.								
		3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.								

		4	Rafforzamento comunicazione e collaborazione con la rete legata alla persona (famiglia, ambito sanitario, ...) e con "Servizio d'informazione e coordinamento. 1 incontro/anno con UI							
		5	Riduzione del rischio di errori professionali.	a	Continuato il tema della gestione dell'affettività partendo dalle richieste emerse – consulenza D. Oggier	31.12	DIR, RS	Tutti	in corso	80
		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	ok	100
				b	Riorganizzazione ruolo del referente sanitario	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti	ok	100
				c	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	In parte. Alcuni settori non usano Eclinic. Creare procedura che spiega chi utilizza cosa e spiegazione base eclinic.	40
				d	Valutare modalità di inserimento note / eventi significativi all'interno dei piani di cura (Cà Mia)	31.12	RS, IT	Tutti	Passati a Eclinic.	100
		2	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).							
		3	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG	a	Introduzione e formazione cartella sanitaria informatizzata utenti. Dopo Casa Don Orione, implementazione a CàM e CD	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	Ok	100
				b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle	31.12	RS	Tutti	SI 4 date con CDO + AMM	100

					emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)						
				c	Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipes. Considerare anche la tutela degli educatori.	31.12	DIR / CDG	Tutti	ok	100	
	C4 Prestazioni alberghiere	1	Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.	a	Visite regolari della cucina ai vari settori	31.12	RS, CUC, GQ	Tutti	BG partecipa riunioni équipes. Visite di AR in tutte le sedi.	100	
		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	In corso.	80	
		3	Autocontrollo temperature in camera fredda.								
		4	Info al personale sull'igiene - rispetto delle procedure per il lavaggio della biancheria.								
		5	Riduzione dei rischi di contagi.								
		6	Riduzione rischio di perdita o danneggiamento di effetti personali.								
		7	Migliorare l'apprezzamento dei servizi alberghieri (cucina e pulizia) nella scheda di valutazione dei collaboratori.								
	Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
D. QUALITÀ	D1 Cconcezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29	a	Introdurre negli obiettivi gli spunti di miglioramento dopo audit 2022 SQS	30.01	DIR, CDG, GQ	Tutti	ok	100

				b	Si raccomanda di ritornare informazione documentale relativa allo stato di aderenza ai requisiti normativi ed alle diverse cogenze delle parti interessate, per il tramite e verifica d'efficacia attuato con il programma audit interno ed audit esterni – rendiconto nel rapporto di Riesame.	30.08	DIR, GQ	Tutti	ok	100
	2	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.		a	Riprendere formazione interna su rischi / SGQ - cultura del "rischio" come prevenzione.	31.10	DIR, GQ	Tutti	Tratatta in formaz. Comed	75
	3	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015								
D2 Gestione documentale	1	Comunicazione chiara e ottimale sugli strumenti. Sono adottati strumenti di comunicazione appropriati e adeguati ai bisogni per un'ottimale gestione della documentazione. Sistema di facile utilizzo e accessibili.								
	2	Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato		a	Valutare inserimento documenti specifici Villino Casa Don Orione in SGQ	30.08	DIR, GQ	Tutti	Sospeso, da riprendere.	0
	3	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure "datate".	31.12	GQ	Tutti	Eseguito in parte. Continuare.	60
				b	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti	D2.1	100
				c	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti	D2.2	100
D3 Gestione proposte di miglioramento	1	I responsabili di settore sono abilitati e formati per raccogliere, trattare e dar seguito alle proposte di miglioramento e correggere le disfunzioni.	R27	a	Promuovere la scea intranet di Segnalazione. Incremento del 50% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti	Comunicazione promemoria. Poche segnalazioni.	75
	2	Presenza del GQ negli incontri di CdG per discutere modifiche SGQ.	R27							
D4 Gestione audit interni	1	Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.	R29	a	Aggiornamento checklist audit (S-D.4.4).	30.06	GQ	Tutti	In corso.	30

	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	Ok	100
				b	Esecuzione audit interni più efficace.	31.12	GQ, CDG	Tutti	Pianificazione e strumenti ok. Esecuzione 2024.	60
				c	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti	Ok	80
				d	creare scheda piano audit	31.12	GQ	Tutti	Ok	100
D5 Soddisfazione prestazioni		Costante mantenimento o miglioramento del grado di soddisfazione auspicato	R30	a	Svolgere indagine 2023, spostare di più su web survio.	30.1	GQ	Tutti	Ok	100

S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2024

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Missione	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. Ripresa della riflessione e ricerca di coerenza fra Visione/Missione, Motto e Logo	31.12	DIR	Tutti	
				b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	
		2	La Carta dei Principi è parte integrante dell'approccio della FSG.						
		3	È valorizzato il concetto di rispetto della persona all'interno della FSG.		a	Applicazione dei principi CDPD e metodo sviluppato corso Etico	31.12	DIR, CDG	Tutti
	A2 Organigramma	1	L'organigramma corrisponde alla realtà ed è costantemente a giorno. È valutato costantemente l'operato per apportare modifiche rispondenti alla situazione in evoluzione	R2	a	Riflessione generale e ottimizzazione trasporti e manutenzione	31.12	DIR, CDG, RS	Tutti
				R2	b	Valorizzazione competenze del personale in ottica di maggior responsabilità	31.12	DIR, RS	Tutti
					c	Ottimizzazione dei campi in organigramma (Orto, CDO, PA+, Risorse Umane)	31.12	DIR, RS	Tutti
					d	Valutare l'utilità di sviluppare dettagli d'organigramma interno per ogni struttura così da tracciare deleghe e funzioni vicarie (SQS 2)	31.12	DIR, CDG	Tutti
					e	Valutare, a partire dall'organigramma, se dettagliare ulteriormente le funzioni all'interno delle singole strutture (es. figura responsabile sanitario) (SQS &).	31.12	DIR, CDG	Tutti
	A3 Comunicazione e informazione	1	I canali d'informazione sono ben definiti codificati e pertinenti al contenuto	R3	a	Completamento procedure e applicazione LPD in tutti i settori con formazione del personale	31.12	DIR, RS, IT	Tutti
				R3	a	Miglioramento della comunicazione interna nei gruppi (comunicazione orizzontale – cartella informatizzata) e dai responsabili (verticale)	31.12	DIR, RS	Tutti
			b	Con riferimento al tema relativo alle diverse azioni di comunicazione interna, raccogliere le informazioni di ritorno per valutare lo stato di efficacia generale. Ev. attivazione di uno strumento di ponderazione d'efficacia ed efficienza per tutte le attività svolte nel periodo. (Da audit 2022)	31.12	DIR, RS	Tutti		
		3	Svolgimento regolare riunioni/incontri:	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, ...), COMED	R3					
		11	Rafforzare l'informazione e comunicazione fra i diversi settori della FSG	R3					
		12	Protezione dati	R3	a	Messa in regola e applicazione nuova legge protezione dati (LPD). Aspetto informatico - cartaceo - comunicativo. Produrre, strumenti, e formazione interna per adeguare i comportamenti e la comunicazione esterna	31.12	AMM	Tutti
		13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica, monitorare utilizzo di messaggi nei gruppi.	R3	a	Individuare risorsa sostituto GQ	30.06	COM, GQ	Tutti
	b				Individuare sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti	
		Processo	N. Obiettivi continuativi	Rischio	N. Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	
B. RISORSE	B1 Assunzione personale	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]		a	Assunzioni in linea con formazioni standard contratto di prestazioni (personale formato). Adeguamento progressivo standard personale CDO in base alla richiesta presentata e accettata da UI	31.12	DIR, AMM	Tutti
	B2 Gestione personale	1	Monitoraggio e controllo regolare dei costi e delle spese. Controllo costi personale - 3 mesi, situazione finanziaria- 6 mesi		a	Si raccomanda di lasciare traccia periodica per la nuova azione riferita alla funzione HR (SQS 7)	31.12	DIR, RS, RU	Tutti
		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	a	Si raccomanda di trarre spunto dal percorso di inserimento del nuovo responsabile di Casa don Orione per tracciare delle linee guida sugli avvicendamenti delle figure apicali. (SQS 1)	31.12	DIR, RS, RU	Tutti

		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 (LPD).	R12	a	Dopo introduzione Eclinic a CàM e CD rivedere organizzazione cartelle Server.	31.12	RS, REF, IT	Tutti
					b	Messa in funzione nuovo software gestione del personale con formazione utilizzatori	31.12	DIR, IT, RU	Tutti
		5	Sono ridotti gli accessi agli spazi da parte di persone non autorizzate e sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune per prevenire i furti. È codificata la gestione delle casse e sono designati i rispettivi responsabili.						
		6	Supervisioni regolari gruppi e équipes.						
		7	Supervisioni individuali se richieste e approvate da Direzione						
		8	Supervisioni casi se richiesto e necessario						
		9	Sostegno e promozione alla formazione continua individuale.						
		10	Promozione formazioni interne		a	Formazione disagio psichico con OSC e relativo gruppo di lavoro.	31.12	DIR, RS	Tutti
					b	Formazione interna er settore su tema Comunicazione, alla luce anche della LPD.	31.12	DIR, RS	Tutti
					c	Applicazione strumenti di lavoro acquisiti in ambito di Etica	31.12	DIR, RS	Tutti
					d	Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti
		11	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.						
		12	Garantito l'applicazione della procedura concernente la violazione dell'integrità personale						
		12	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs						
	B3 Strutture, materiali, attrezzature	1	Gestione ottimale delle strutture		a	Ottimizzazione delle risorse energetiche: riscaldamento consumo elettrico	31.12	DIR, RS	Tutti
					b	Ottimizzazione gestione casa di Airolo	31.12	DIR, RS	Tutti

	2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.	a	Outsourcing: si raccomanda di valutare la possibilità di audit esterni in ragione di una possibile futura azione relativa ai trasporti; elementi direttamente impattanti verso l'utenza (SQS 5).	31.12	DIR, RS	Tutti
		LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.					
	3	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.	a	Valutazione inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	AS	Tutti
			b	Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2021-22 Insos).	31.12	DIR	Tutti
			c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti
			d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	AS	Tutti
			e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti
			f	Allineamento procedure emergenza CD con Livit	31.12	AS	Tutti
			g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	AS	Tutti
	h	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti		
4	Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.						
B4 Produzione e servizi	1	La proposta di attività lavorative e di produzione è adatta al Target.	a	Creato manuale procedure specifico per settore produttivo dopo creazione manuale HACCP	31.03	DIR, RS, GQ	Tutti
			b	Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare attività socio-lavorative con socio-educative			
	2	Il Tasso di occupazione è ottimale.					
	3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.					
	4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna	a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano.	31.12	DIR, RS	Tutti
			b	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione. Passaggio della gestione amministrativa da Lopagno a Melano	31.12	RS, GQ	Tutti
			c	Riprendere la riflessione su produzione nuova "Tisana da l'ort".	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti

	Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
		5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"		d	Adeguamento packaging tisane a esigenze Migros	30.09	DIR, GQ	Tutti
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, oggettive e complete sulla persona che dev'essere ammessa.		a	Adeguamento dei documenti di ammissione alla nuova LPD e completazione della definizione del rappresentante sanitario in ambito residenziale.			
		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	Continuazione progetto invecchiamento utenza Casa Don Orione. Riflessione avviata con UI da portare avanti per 10 utenti. Collaborazioni con Casa San Giuseppe, FitLab 2.0, settore anziani e UI.	31.12	DIR, RS	Tutti
					b	Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari, anche in base alla nuova LPD.	31.12	DIR, RS	Tutti
					c	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti
					d	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti
		2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.		a	Si raccomanda di evidenziare all'interno dei percorsi individuali PSI gli obiettivi ripetuti di mantenimento differenziandoli da quelli nuovi (SQS 3)	31.12	DIR, RS	Tutti
		3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.		a	Ca' Mia: si raccomanda di porre in essere il termine di passaggio documentazione ospiti su piattaforma E-clinic (SQS 4)	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. 1 incontro/anno con UI						
		5	Riduzione del rischio di errori professionali.		a	Continuato il tema della gestione dell'affettività partendo dalle richieste emerse – consulenza D. Oggier	31.12	DIR, RS	Tutti

	6	Verificare processi/linee guida e monitorare utilizzo Internet da parte degli utenti						
C3 Prestazioni sanitarie	1	Garantito un accompagnamento sanitario ottimale a tutte le persone accolte nella FSG	a	Completare ottimizzazione del 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	Avvio gruppo di lavoro con EOC per ottimizzare i ricoveri ospedalieri	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti	
			c	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	
	2	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).						
	3	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG	a	Applicazione dei principi sviluppati nell'ambito della formazione etica	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	
			b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)	31.12	RS	Tutti	
			c	Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipe. Considerare anche la tutela degli educatori.	31.12	DIR / CDG	Tutti	
C4 Prestazioni alberghiere	1	Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.	a	Visite regolari della cucina ai vari settori	31.12	RS, CUC, GQ	Tutti	
	2	Rispetto delle date limite di acquisto e di consumo dei prodotti. Gestione stock pianificato e validato. Messa in atto delle norme HACCP nel momento della preparazione e dello stoccaggio degli alimenti, controllo dei DLC.	a	Allineamento con Orto (di CDO) per prodotti agricoli	31.12	CUC, OIG	Tutti	
	3	Autocontrollo temperature in camera fredda.						
	4	Info al personale sull'igiene - rispetto delle procedure per il lavaggio della biancheria.						

		5	Riduzione dei rischi di contagi.						
		6	Riduzione rischio di perdita o danneggiamento di effetti personali.						
		7	Migliorare l'apprezzamento dei servizi alberghieri (cucina e pulizia) nella scheda di valutazione dei collaboratori.						
Processo		N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
D. QUALITÀ	D1 Cconcezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29	a		30.01	DIR, CDG, GQ	Tutti
		2	Introdurre negli obiettivi gli spunti di miglioramento dopo audit SQS		b	Si raccomanda di ritornare informazione documentale relativa allo stato di aderenza ai requisiti normativi ed alle diverse cogenze delle parti interessate, per il tramite e verifica d'efficacia attuato con il programma audit interno ed audit esterni – rendiconto nel rapporto di Riesame.	30.08	DIR, GQ	Tutti
		3	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.		a	Informazione interna su rischi / SGQ - cultura del "rischio" come prevenzione e obiettivi istituzionali	31.10	DIR, GQ	Tutti
		4	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015						
	D2 Gestione documentale	1	Comunicazione chiara e ottimale sugli strumenti. Sono adottati strumenti di comunicazione appropriati e adeguati ai bisogni per un'ottimale gestione della documentazione. Sistema di facile utilizzo e accessibili.						
		2	Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato		a	Valutare inserimento documenti specifici Villino Casa Don Orione in SGQ	30.08	DIR, GQ	Tutti
		3	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure "datate".	31.12	GQ	Tutti
					b	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti
					c	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti
	D3 Gestione proposte di miglioramento	1	I responsabili di settore sono abilitati e formati per raccogliere, trattare e dar seguito alle proposte di miglioramento e correggere le disfunzioni.	R27	a	Promuovere la scheda intranet di Segnalazione. Incremento del 50% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti
	2	Presenza del GQ negli incontri di CdG per discutere modifiche SGQ.	R27						

D4 Gestione audit interni	1	Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.	R29	a	Aggiornamento checklist audit (S-D.4.4).	30.06	GQ	Tutti
	2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.		a	Migliorare pianificazione (triennale) e strumenti per audit interni, alla luce della formazione seguita da GQ. *Inserire audit cucine decentralizzate da parte del resp. Cucina.	31.12	GQ, CDG	Tutti
				b	Esecuzione audit interni più efficace.	31.12	GQ, CDG	Tutti
				c	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti
				d	creare scheda piano audit	31.12	GQ	Tutti
D5 Soddisfazione prestazioni		Costante mantenimento o miglioramento del grado di soddisfazione auspicato	R30	a	Svolgere indagine 2023, spostare di più su web survio.	30.1	GQ	Tutti

FONDAZIONE SAN GOTTARDO



**SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ
RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE
2023**

CURZIO SCHLEE

Introduzione

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

L'indagine di valutazione della soddisfazione viene effettuata tramite 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. Le osservazioni significative vengono 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 protezione dei dati è garantita.

Questionari digitali online

Per il quarto anno è stata data la possibilità di compilare i questionari online tramite una apposita piattaforma (Survio), rendendo la compilazione più interattiva e più rapida. Questo metodo inoltre permette una raccolta e analisi dei dati quasi immediata, cosa che invece con i questionari cartacei risulta molto laboriosa e dispendiosa sia in termini di tempo sia economici, oltre che ad un fattore di sostenibilità ambientale. A tutti i gruppi sono state proposte entrambe le possibilità (cartacea e digitale), sulla lettera di accompagnamento è stato inserito in codice QR che rimandava direttamente al sondaggio. Ai collaboratori è stata richiesta la compilazione online.

Hanno utilizzato il sondaggio digitale online:

- il 72% dei famigliari e rappresentanti legali degli utenti (+27% dal 2022)
- il 48% dei clienti (+11% dal 2022)
- il 98% dei collaboratori (-2% dal 2022)
- il 5% degli utenti (+5% dal 2022).

Tassi di risposta

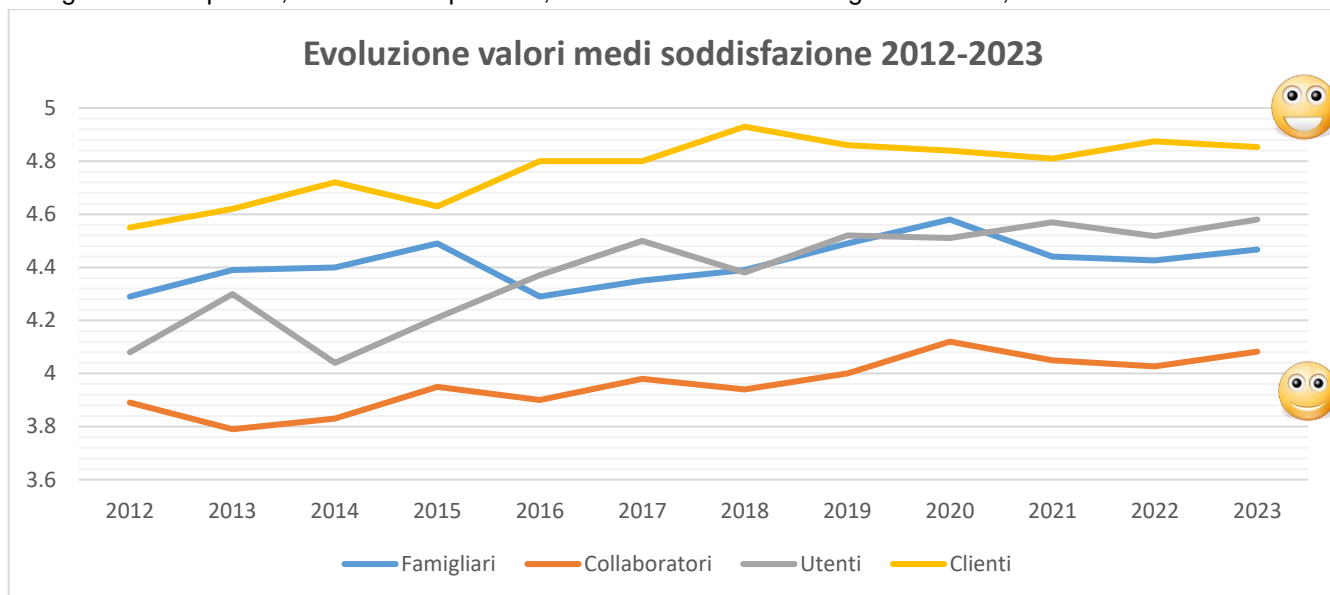
Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale questionari inviati	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rappr. legali	29	88	117	11	28	33.33%
Utenti	124	0	124	98	5	83.06
Clienti	38	23	61	17	16	54.10%
Collaboratori	0	130	130	0	67	51.54%

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 2023:



	Famigliari	Collaboratori	Utenti	Clienti
2012	4.29	3.89	4.08	4.55
2013	4.39	3.79	4.30	4.62
2014	4.40	3.83	4.04	4.72
2015	4.49	3.95	4.21	4.63
2016	4.29	3.90	4.37	4.80
2017	4.35	3.98	4.50	4.80
2018	4.39	3.94	4.38	4.93
2019	4.49	4.00	4.52	4.86
2020	4.58	4.12	4.51	4.84
2021	4.44	4.05	4.57	4.81
2022	4.43	4.03	4.52	4.88
2023	4.47	4.08	4.58	4.85

Con il grafico precedente si paragonano i valori medi delle risposte ricevute nei questionari di valutazione dei vari stakeholder dal 2012 al 2023. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.08 punti del gruppo collaboratori fino al 4.85 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 33.33% (39 su 117), 5.52% in meno rispetto al 2022.

La media dei punteggi delle risposte si situa a 4.48 su 5, risultato più alto di 0.05 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG (4.82), i responsabili di settore (4.53) e la Direzione (4.50).

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono inviati al Comitato di Gestione. 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 2023, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Grafico dei punteggi medi:

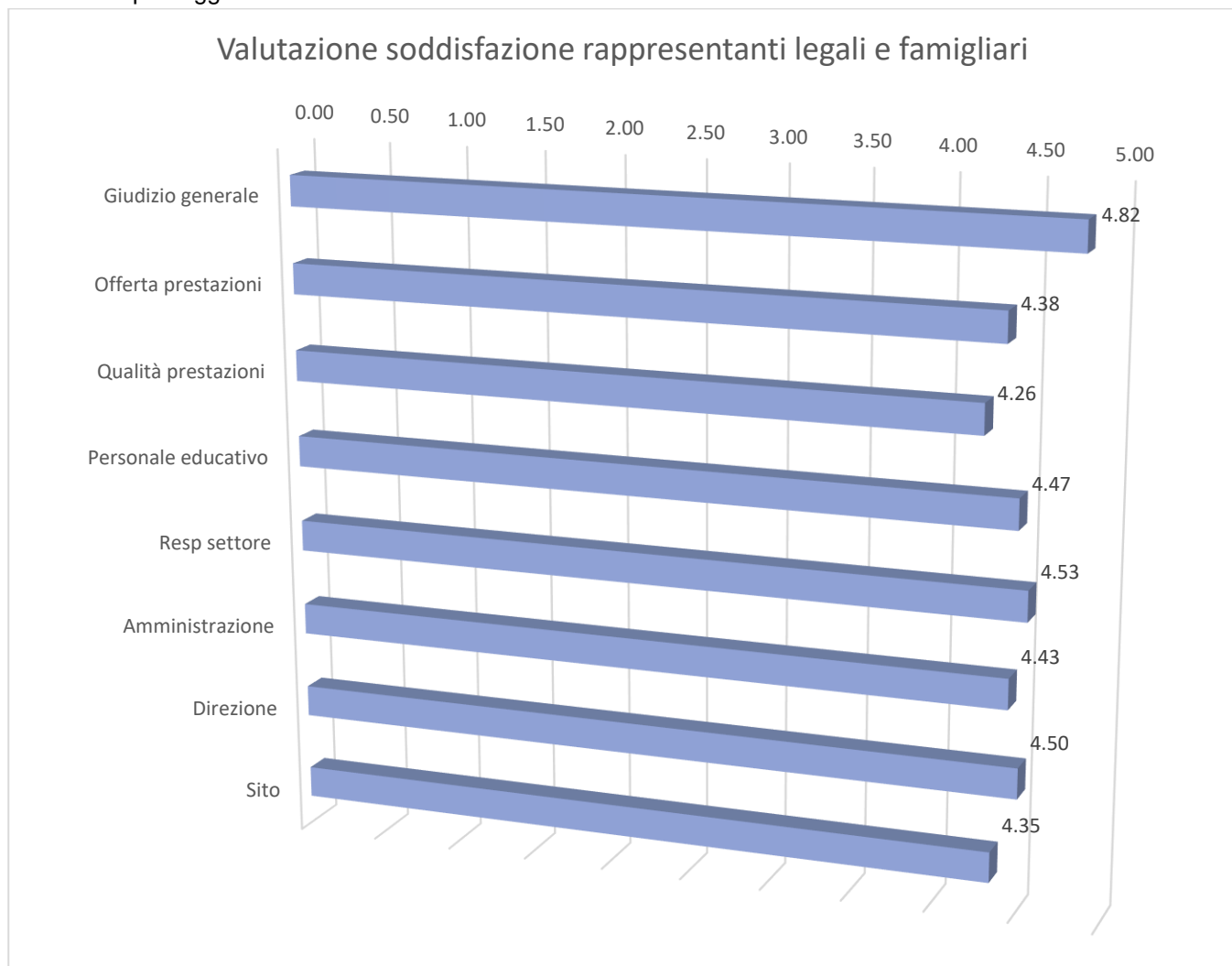
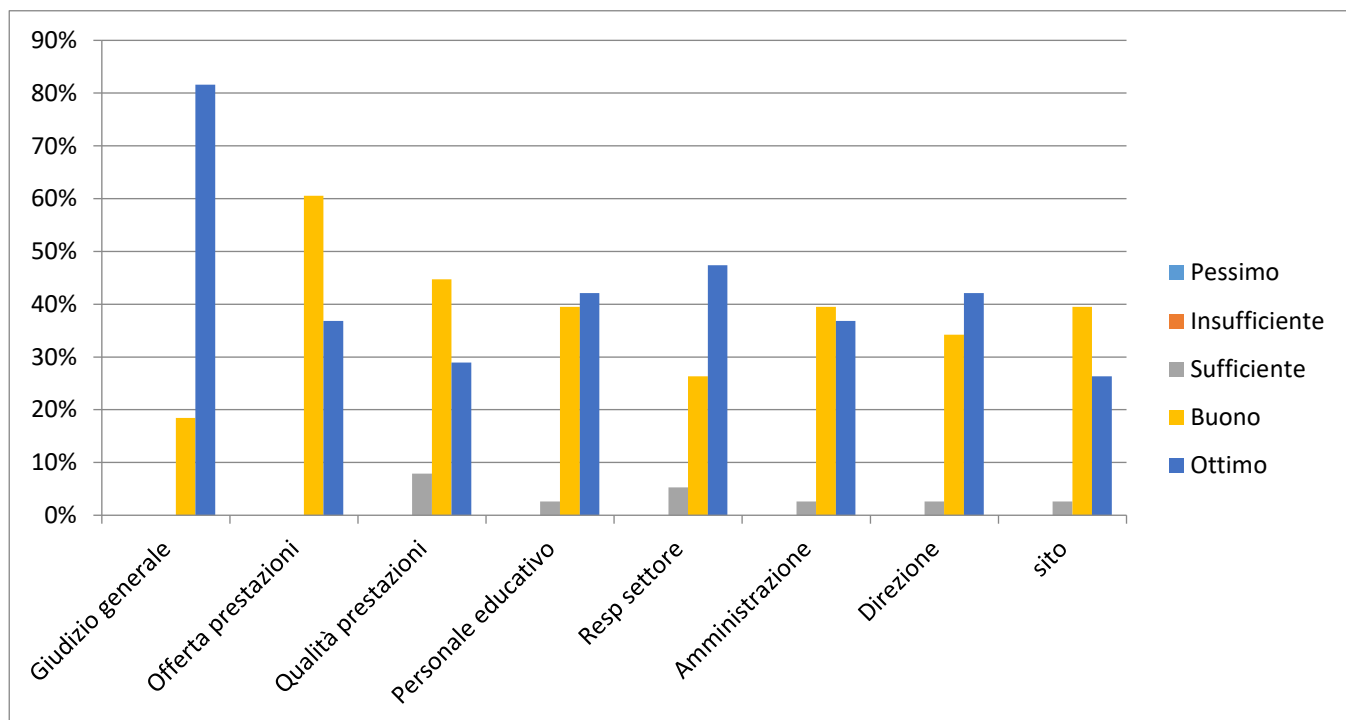


Grafico dei giudizi per ogni risposta:



Soddisfazione clienti

Ai clienti che hanno usufruito dei servizi e dei prodotti da noi offerti è stato proposto un formulario molto semplice unicamente con degli smiley da triste (1) a molto felice (5) e uno spazio per le osservazioni.

Il tasso di partecipazione è stato del 54.10% (33 questionari rientrati su 61 inviati), vi è stato un aumento del 16.81% rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.85 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti l'85% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 15 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore.

Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti ringraziamenti e complimenti.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2023, 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 4.58 su 5, dunque ben al di sopra del buono ed è il miglior risultato di sempre.**

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.

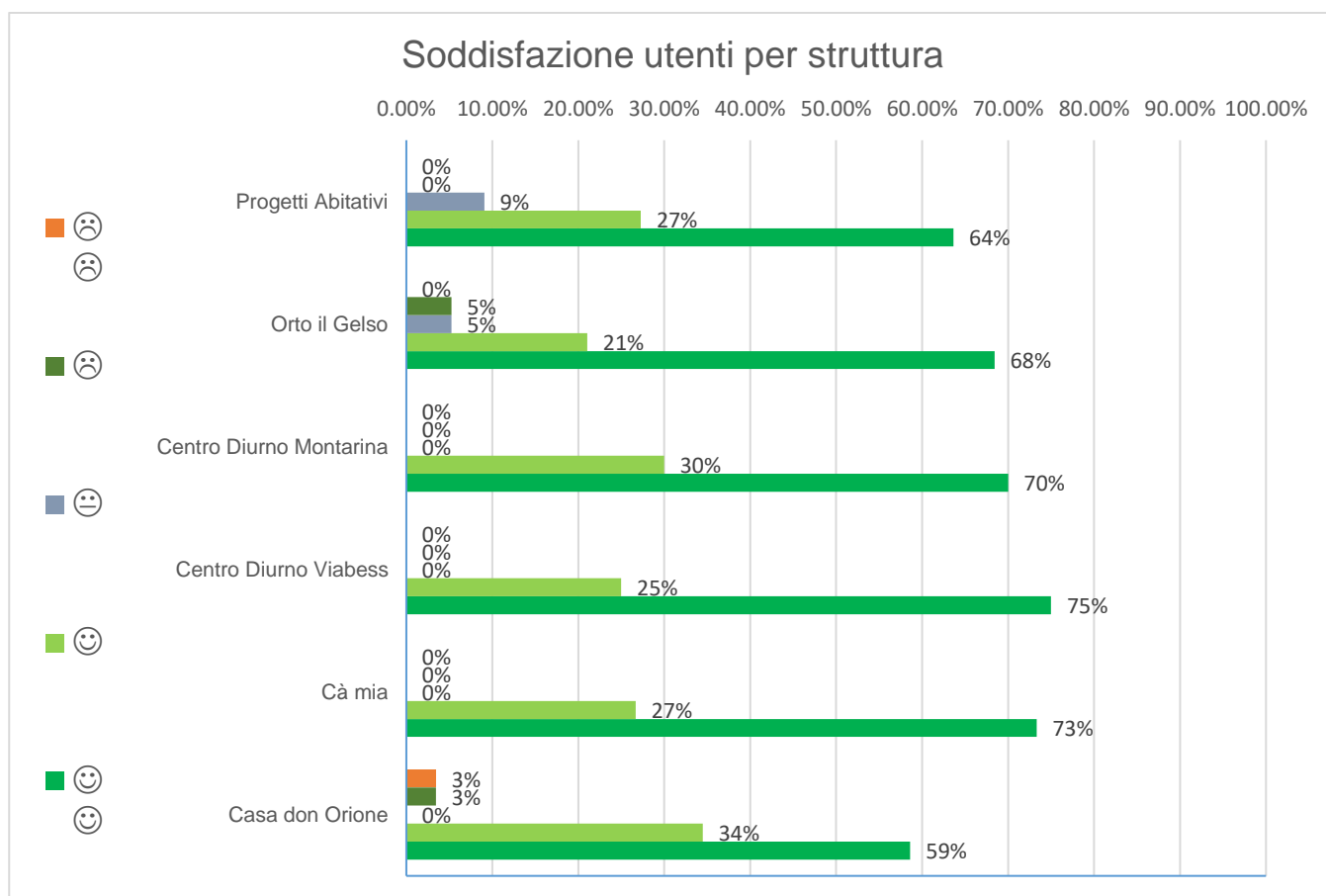
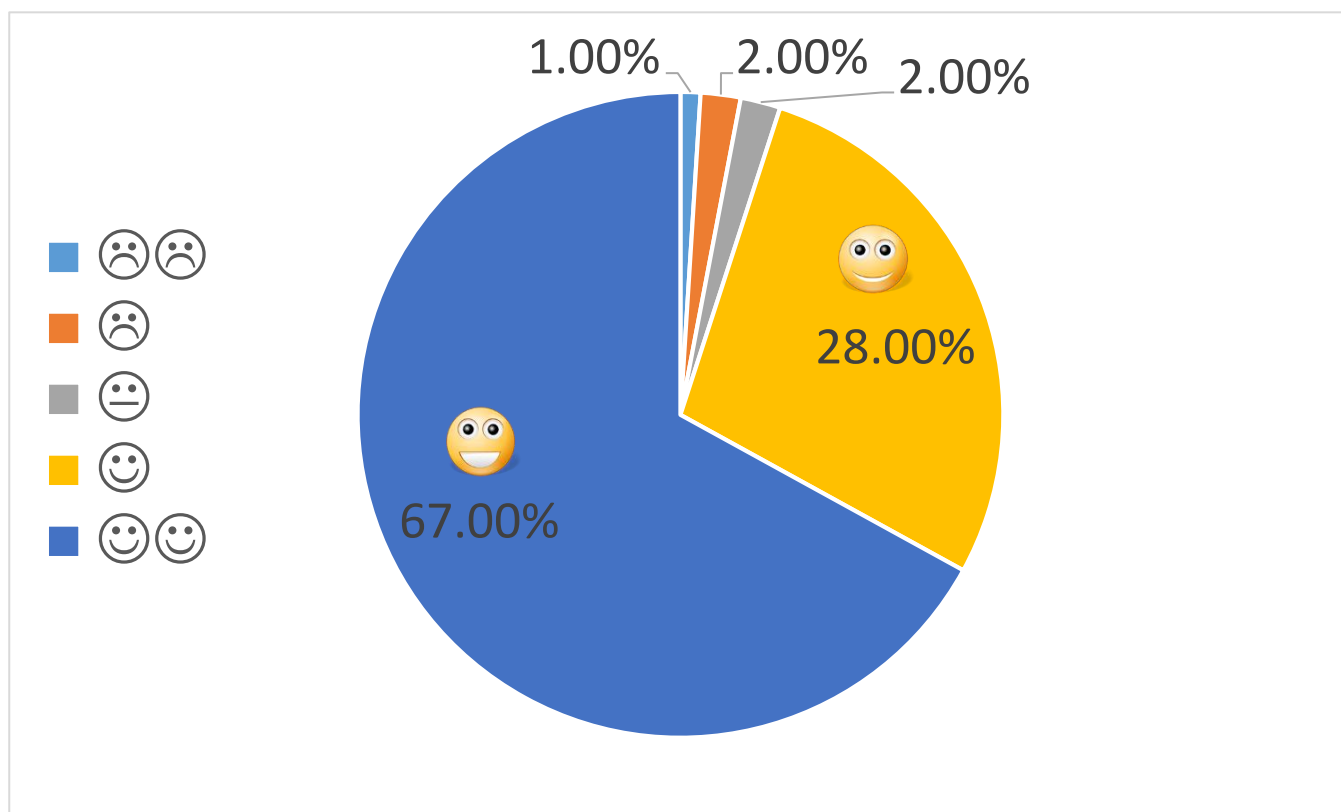
Per il 2024 è in programma un aggiornamento della modalità di raccolta dati della soddisfazione degli utenti.

Ecco i risultati sui 103 questionari rientrati:

	Molto soddisfatto	Più che soddisfatto	Soddisfatto	Poco Soddisfatto	Per niente soddisfatto
2013	39.60%	52.00%	11.00%	1.00%	1.00%
2014	45.20%	51.00%	6.00%	1.00%	0.00%
2015	57.40%	41.50%	1.10%	0.00%	0.00%
2016	45.50%	46.50%	8.10%	0.00%	0.00%
2017	56.4%	38.3%	4.3%	1.1%	0.00%
2018	46.2%	50%	3.8%	0.00%	0.00%
2019	60.7%	33.9%	3.6%	0.00%	1.80%
2020	59.09%	34.55%	5.45%	0.00%	0.91%
2021	63.48%	31.30%	3.48%	1.74%	0.00%
2022	59.82%	35.71%	1.79%	1.79%	0.89%
2023	67.00%	28.00%	2.00%	2.00%	1.00%

Documenti di riferimento: Dossier e rapporti soddisfazione 2012-2023.

Grafico soddisfazione utenti 2023



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.

I risultati hanno confermato un buon grado generale di soddisfazione. Il tasso di partecipazione è stato del 50.77%, 0.81% in più rispetto al 2022 (67 questionari su 130).

La media di tutte le risposte si situa a **4.08 su 5**, al di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2022 il punteggio risulta più alto di 0.05 punti ed è **il secondo punteggio più alto finora registrato**.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

6. La Direzione (4.48)
7. Il Giudizio generale sulla FSG (4.42)
8. Il proprio responsabile di settore (4.41)
9. Il proprio posto di lavoro e il settore Amministrazione (4.37)
10. L'Ambiente lavorativo nel proprio settore (4.33)

Gli aspetti con i punteggi minori, sebbene siano tutti sopra la sufficienza, sono risultati:

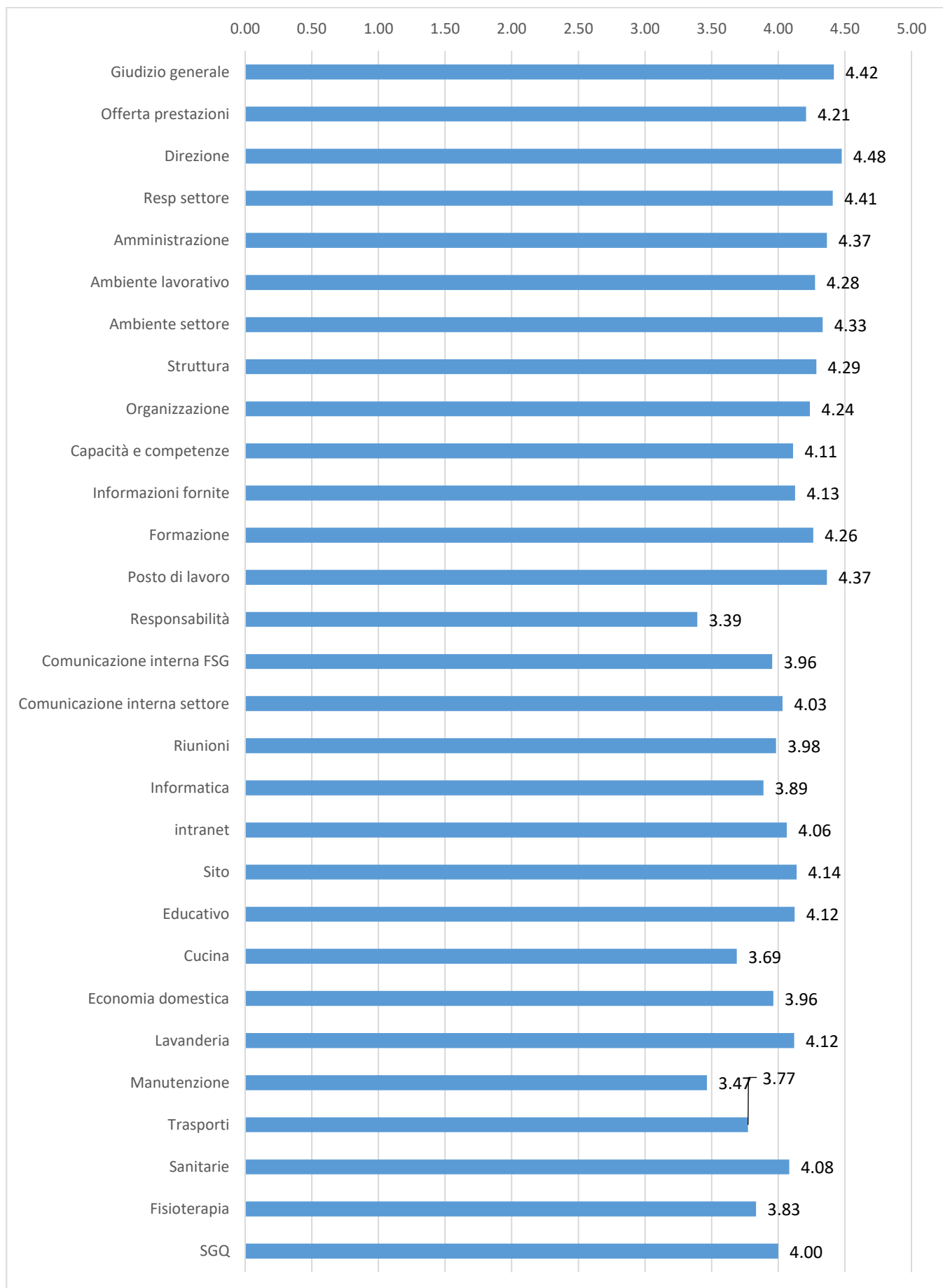
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.39)
- Manutenzione (3.47)
- Cucina (3.69)
- Trasporti (3.77)

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

Per questioni di privacy le osservazioni aperte 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 2024.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2023.

Valutazione generale collaboratori FSG



Osservazioni

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

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

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

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

La Direzione della Fondazione San Gottardo