



Fondazione San Gottardo
Rapporto di gestione
Riesame intermedio
2024

Indice

S-D1.1	RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ – RIESAME (INTERMEDIO)	3
A.	Direzione e organizzazione	3
A.1.	Andamento	3
A.2.	Basi legali	5
A.3.	Obiettivi 2024	6
A.4.	Obiettivi 2025	7
A.5.	Organigramma e organizzazione	7
A.6.	Organico attuale	8
A.7.	Comunicazione	8
B.	Risorse	11
B.1.	Finanze	11
B.2.	Personale	11
B.3.	Formazione	12
B.4.	Materiali e attrezzature	13
B.5.	Produzione	15
C.	Prestazioni	16
C.1.	Utenti	16
C.2.	Settore sanitario	17
D.	Qualità	17
D.1.	Sviluppo SGQ	17
D.2.	Documentazione SGQ	18
D.3.	Proposte di miglioramento, punti deboli	18
D.4.	Audit	19
Allegato 1 - S-A1.1	OBIETTIVI ANNUALI 2024	21
Allegato 2 - S-A1.1	OBIETTIVI ANNUALI 2025	31
Allegato 3	Rapporto valutazione della soddisfazione 2024	40

S-D1.1 RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ – RIESAME (INTERMEDIO)

Anno	2024
Periodo preso in esame	01 Gennaio 2024 – 31 dicembre 2024

A. Direzione e organizzazione

A.1. Andamento

La Fondazione San Gottardo è un'organizzazione sana e dinamica, 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 nel 2024 si è dimostrata strategica.

Il Sistema Gestione Qualità della Fondazione San Gottardo è aggiornato al 25.10.2024 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 per il 2024 sono stati **pienamente raggiunti in misura del 67%**, il 26% è in corso, mentre il 7% non è ancora stato raggiunto oppure è stato accantonato o posticipato per varie ragioni (v. allegato 1 Obiettivi 2024).

Gli stakeholder della FSG hanno espresso un grado di apprezzamento del 89.57%, con una valutazione media nettamente buona, con 4.48 punti su 5..

I documenti del Sistema Gestione Qualità più significativi sui quali la FSG ha lavorato nel 2024 sono i seguenti:

- A3.4 Protezione dei dati
- B2.2 Regolamento sistema di rilevamento presenze
- B2.3 Gestione timbrature myPlanet
- B2.6 Mansionari
- B3.9 Procedura affitto Spazio San Gottardo
- C2.4 Gestione attività, uscite, gite, vacanze e acquisti
- C2.8 Cartella informatizzata gestione utenti Eclinic
- C4.1 Concetto di vitto
- S-A1.2 Pianificazione di settore
- S-A3.11 Consenso trattamento dati
- S-A3.12 Consenso trattamento dati utenti
- S-B2.27 Colloquio collaboratori
- S-C3.42 Modulo trasferimento persone adulte con disabilità
- S-C1.1/3 Convenzione e regolamento settore residenziale / Progetti Abitativi
- S-C2.36 Piano di sviluppo individuale PA+
- S-C2.37 Accordo di collaborazione inserimento lavorativo
- S-C2.38 Passaggio consegna diurno
- S-C2.39 Passaggio consegna notturno
- S-C3.35 Controllo farmaci e blister

Il 2024 della Fondazione San Gottardo è stato caratterizzato in breve dalle seguenti principali tematiche:

- ▲ **Legge federale sulla Protezione dei Dati (LPD) e nuova Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (nLPDP, 2025):** l'adeguamento ai requisiti alle nuove normativa è un tema complesso e importante che ha ci ha accompagnato anche quest'anno a tutti i livelli, dal Consiglio di Fondazione, ai singoli collaboratori, in particolare la Direzione, il Gestore Qualità e l'amministrazione. È stato redatto e pubblicato Piano di protezione dei dati (A3.5) con le relative informative e formulari di consenso. Tuttavia la Direzione ed il GQ stanno partecipando al gruppo cantonale di lavoro per l'adeguamento del settore LISPI alla nLPDP, la cui conclusione è prevista per la prima parte del 2025. Con questo progetto ogni ente avrà a disposizione dei modelli completi e professionali per tutte le tematiche riguardanti la privacy, nonché un registro dei trattamenti e degli archivi dati.
- ▲ **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.
- ▲ **Aumento dei costi, diminuzione delle entrate:** l'aumento generale della maggior parte dei costi, così come i cambi e le prospettive legati ai finanziamenti cantonali, in particolare il contenimento delle spese previsto per il 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, si è continuato a farlo in maggior misura nel 2024 e si dovrà continuare a farlo anche nel 2025.
- ▲ **Modifiche nella gestione organizzativa del personale:** per fare fronte ai bisogni emergenti e alla necessità di ottimizzazione, sono state realizzate importanti riflessioni nell'ambito dell'organizzazione e gestione del personale. In particolare, si è avviata la trasversalità nell'occupazione del personale fra le diverse strutture per ridurre la necessità di far capo a personale supplente esterno. Sono state ottimizzate le organizzazioni delle turnistiche e delle riunioni di équipes per poter avere a disposizione il personale nei momenti di maggior necessità e fare fronte, soprattutto a Casa Don Orione, alle necessità di assistenza sanitaria.
- ▲ **Risorse Umane:** è stato rivisto ancora parte del processo B2 legato alle risorse umane, in particolare la gestione ha subito un notevole miglioramento in termini di efficienza grazie all'introduzione di un nuovo software: Planet TS ed il relativo portale online MyPlanet, il quale oltre a migliorare la pianificazione degli orari di lavoro e dei turni, così come le timbrature, le richieste, ecc, permetterà di automatizzare alcuni processi, come ad esempio le fasi di ammissione e di dimissione del personale, riducendo il rischio di errori.
- ▲ **Ricerca di soluzioni per l'invecchiamento delle persone con disabilità:** a Casa Don Orione sono stati riorganizzati i gruppi utenti per poter meglio fare fronte ai bisogni legati all'invecchiamento. Una importante collaborazione con Casa San Giuseppe ci permette inoltre di poter contare su competenze specifiche per questo tema.
- ▲ **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; Commissione LISPI; commissione paritetica, gruppo di lavoro EOC, gruppo di lavoro OSC, gruppi operativi GO dell'Ufficio invalidi, commissione etica. La Fondazione San Gottardo si è inoltre impegnata nella coordinazione del gruppo di lavoro interistituzionale per l'applicazione della Nuova Legge Protezione Dati.
- ▲ **Produzione:** nuovo design, produzione finalmente interamente in ticino grazie a Erboristi Lendi.
- ▲ **Altri audit esterni:** si sono svolti audit con SUVA e Bio Inspecta, entrambi con esito positivo.
- ▲ **Sostenibilità ambientale:** si cerca di sensibilizzare regolarmente su 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

Nella Fondazione San Gottardo emerge chiaramente una forte consapevolezza, evidente nell'impegno quotidiano, nella partecipazione a ogni livello e nei temi trattati in questo rapporto. Essa si manifesta nella condivisione e nell'applicazione dei valori comuni, nell'adesione alla missione e alla visione che la Fondazione persegue. Lo si percepisce nella partecipazione attiva alle attività formative, nelle proposte di miglioramento o nelle modifiche al SGQ, e nel numero e nella gravità delle non conformità registrate. Questo impegno è evidente anche attraverso l'indagine sulla soddisfazione e gli strumenti di segnalazione, così come nell'intenzione di ridurre gli sprechi energetici, per alleggerire l'impatto sia sull'organizzazione che sull'ambiente. Nella vita quotidiana della Fondazione San Gottardo, appare senza dubbio che tutte le persone coinvolte operano unite per raggiungere gli stessi obiettivi, a beneficio di coloro che accogliamo e accompagniamo.

A.2. Basi legali

L'elenco delle basi legali (A1.6 Basi legali) è aggiornato al 18.10.2024. Durante l'anno sono state apportate modifiche ai seguenti testi di legge:

- [Direttiva 5 - Direttiva della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie sul contributo globale agli istituti per invalidi adulti, gennaio 2024](#)
- [10 - Codice civile Svizzero \(CC\) 01.01.2024](#)
- [641.20 Legge federale concernente l'imposta sul valore aggiunto \(Legge sull'IVA, LIVA\), 01.01.2024](#)
- [832.20 Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni \(LAINF\) 01.01.2024](#)
- [832.202 Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni \(OAINF\) 01.07.2024](#)
- [Legge sulla protezione antincendio \(LPA\) del 14 dicembre 2022, 01.01.2024](#)
- [817.0 Legge federale sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso 01.10.2024](#)
- [817.02 Ordinanza sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso \(ODerr\) 01.02.2024](#)
- [818.101 Legge federale del 28 settembre 2012 sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano \(Legge sulle epidemie, LEp\) \(01.07.2024\)](#)
- [RS 910.1 Legge federale del 29 aprile 1998 sull'agricoltura 01.01.2024](#)
- [741.01 Legge federale sulla circolazione stradale \(LCStr\) 01.05.2024 \(succ. 01.04.2025\)](#)

Legge sulle commesse pubbliche – LCPub: la nuova regolamentazione cantonale riguardo alle commesse pubbliche continua a richiedere 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 (2023) e Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (2025): è stato redatto il documento A3.5 Piano di protezione dei dati, nonché diversi documenti ad esso relativi (consenso al trattamento dei dati, ecc). Si sta lavorando con tutto il settore LISPI e Security Lab per adeguarsi completamente a queste norme.

Legge Archiviazione: si è lavorato con l'archivio cantonale per stabilire delle regole di archiviazione per il settore LISPI in base alla Legge sull'archiviazione e sugli archivi pubblici. Sono state definite delle linee guida inserite come allegato nel documento A3.5 Protezione dei dati.

A.3. Obiettivi 2024

Nel corso del 2024 sono stati pianificati 82 obiettivi primari e secondari, di seguito è riportata la descrizione dell'avanzamento di quelli primari, 8 obiettivi sono stati aggiunti nel corso dell'anno. Per osservare il grado di avanzamento tutti gli obiettivi consultare il documento S-A1.1 Obiettivi annuali 2024 (allegato 1).

Nel periodo 55 obiettivi risultano pienamente raggiunti, 21 parzialmente raggiunti e 6 non raggiunti poiché sono stati sospesi o posticipati.



Stato di avanzamento degli obiettivi principali:

- Rafforzamento dei principi fondanti della FSG. Ripresa della riflessione e ricerca di coerenza fra Visione/Missione, Motto e Logo. **Sospeso, completato al 20%.**
- Applicazione dei principi CDPD e metodo sviluppato corso Etico. **Completato al 75%.**
- Messa in regola e applicazione nuova legge protezione dati (LPD). Aspetto informatico - cartaceo - comunicativo. Procedure, strumenti, e formazione interna per adeguare i comportamenti e la comunicazione esterna. **Completato al 75%.**
- Contenere disavanzo finanziario. Considerare perdita strutturale esistente a CDO (categoria A4 -> A5). **Completato al 75%.**
- Riorganizzazione settore vegliatori. **Completato al 75%.**
- Riorganizzare vacanze settore educativo CDO e realizzazione procedura. **Completato al 50%.**
- Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore). **Completato al 25%.**
- Creato manuale procedure specifico per settore produttivo dopo creazione manuale HACCP. **Completato al 30%.**
- 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. **Completato al 75%.**
- Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari, anche in base alla nuova LPD. **Completato al 100%.**
- Definizione procedure informazione e comunicazione ai curatori. **Completato al 25%.**
- Avvio gruppo di lavoro con EOC per ottimizzare i ricoveri ospedalieri. **Completato al 100%.**
- Ottimizzazione preparazione farmaci e blister CDO. **Completato al 100%.**
- 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 2024 non raggiunti

A.4. Obiettivi 2025

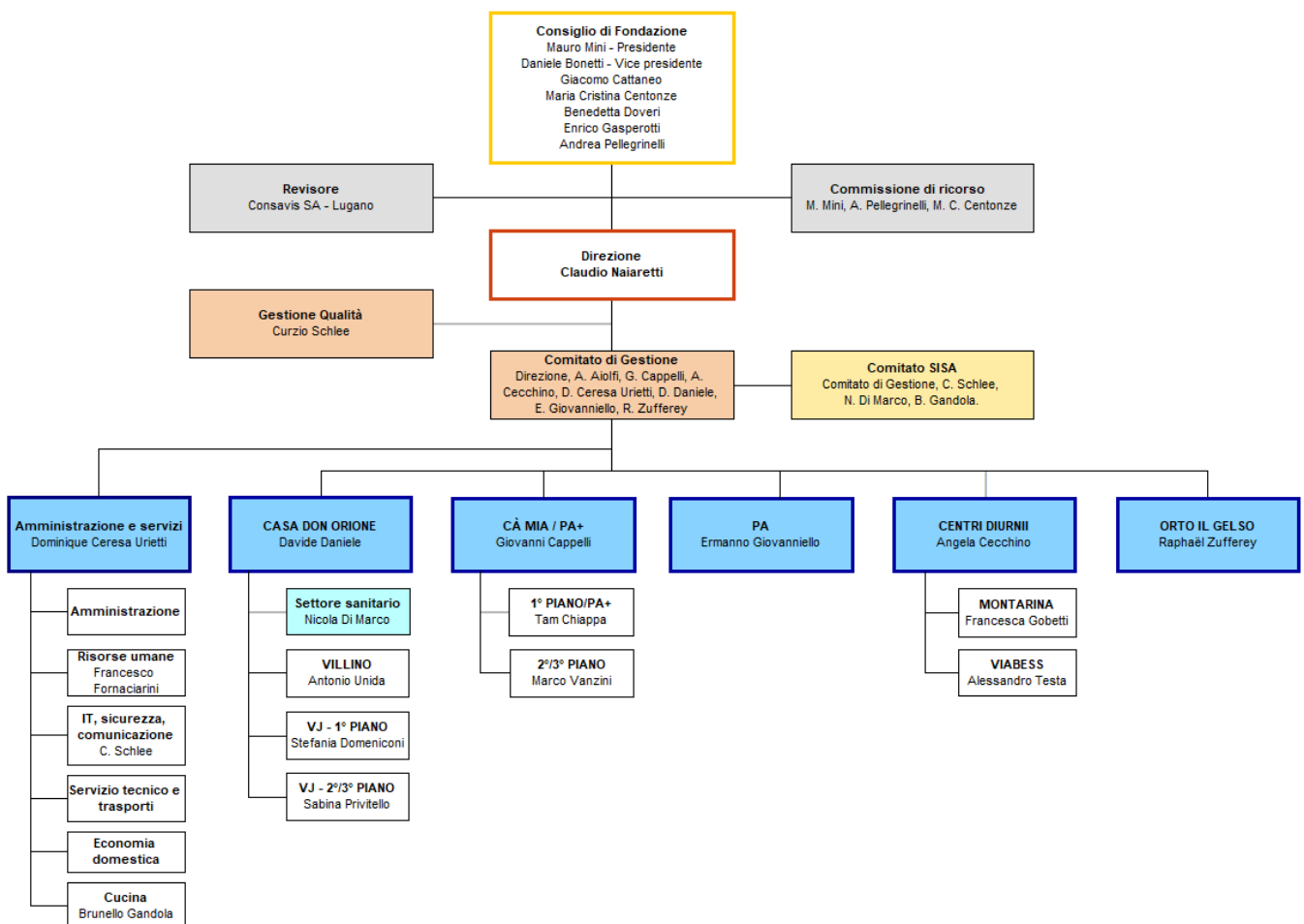
Gli obiettivi istituzionali per il 2025 sono stati elaborati dalla Direzione, dal Gestore Qualità e dal Comitato di Gestione e sono riportati interamente nell'allegato 2 a questo rapporto (S-A1.1 Obiettivi annuali 2025).

Gli obiettivi principali pianificati finora sono i seguenti:

- Avvio progetto accorpamento Fondazione San Nicolao: Comunicazione, Organizzazione istituzionale, Operativo.
- Completamento procedure e applicazione LPD in tutti i settori con formazione del personale.
- 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.
- Contenere disavanzo finanziario. Considerare perdita strutturale esistente a CDO (categoria A4 -> A4+).
- Monitoraggio e analisi costante (trimestrale) evoluzione finanziaria costi e gestione del personale e relativa ottimizzazione.
- Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore) e incontro per Casa Suore con Associazione "Amici di Don Orione".
- Riorganizzazione utenza nel settore residenziale in base alle necessità di accompagnamento considerando anche il contesto Casa San Nicolao.
- Applicazione nuova LPD nell'ambito della relazione con l'utenza, rappresentanti legali e rete di riferimento.
- Applicazione dei principi sviluppati nell'ambito della formazione etica.

A.5. Organigramma e organizzazione

L'organigramma (doc. A2.2) è aggiornato al 10.10.2023. Non sono state apportate modifiche nel periodo in riesame.



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 2024 ci sono state 7 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.

I membri del Consiglio di Fondazione hanno ricevuto un accesso personale e riservato al file server FSG per la condivisione più efficace di verbali e comunicazioni.

Il Comitato di Gestione si conferma un organo decisionale e strategico fondamentale per l'operato della FSG. Nel 2023 si è riunito 32 volte, e due giornate speciali di coordinamento.

Il comitato SISA non si è riunito integralmente, ma i suoi membri hanno presenziato puntualmente a diverse riunioni del Comitato di Gestione in occasione del trattamento di tematiche ad essi riferite.

A.6. Organico attuale

A ottobre 2024 la Fondazione San Gottardo accoglie **126 utenti, in 5 strutture e 23 appartamenti protetti più un appartamento protetto con maggior presa a carico (PA+)**, impiegando **134 collaboratori**.

Settore	Prestazione	Utenti	Collab.
Casa don Orione	Residenziale con occupazione	33	41
Cà Mia	Residenziale senza occupazione	16	19
Centro Diurno Montarina	Centro Diurno	10	7
Centro Diurno Viabess	Centro Diurno	17	8
Orto il Gelso	Laboratorio agricolo + stileria	25	8
Progetti abitativi	Appartamenti protetti	23	5
Progetti abitativi plus	Appartamenti protetti con maggior presa a carico	2	1
Amministrazione e servizi	Amministrazione	-	6
	Cucina e aiuto cucina	-	7
	Economia domestica	-	6
	Trasporti e manutenzione	-	2
Direzione + Responsabili di settore	Comitato di Gestione	-	6
Apprendisti in formazione	Educativo e cucina	-	5
Supplenti		-	3
Personale in formazione /stage	(24 durante il periodo 01.01-31.10)	-	10
Totale		126	134

Documenti di riferimento: Contratto di prestazione 2024, elenco utenti, elenco collaboratori.

A.7. Comunicazione

- **I familiari ed i rappresentanti legali** degli utenti sono stati coinvolti ed informati in diverse occasioni, ad inizio anno in particolare per raccogliere i consensi al trattamento dei dati personali loro e degli utenti, nostri ospiti, che rappresentano, sono stati coinvolti inoltre per un aggiornamento generale delle tipologie di curatela e per la definizione dei rappresentanti per i provvedimenti terapeutici. Sono stati informati su alcune tematiche come ad esempio il cambiamento della gestione della preparazione dei blister con i farmaci a Casa Don Orione.

Si sono svolti incontri regolari nell'ambito dei Piani di Sviluppo Individuali ed incontri specifici al bisogno con le équipe, con i responsabili di settore o con la Direzione.

- Il sito web www.fsangottardo.ch è stato parzialmente rinnovato durante l'anno, in particolare per quanto concerne la sicurezza e per la parte di back-end migliorandone la gestione e le modalità di aggiornamento. Anche il sistema di e-commerce è stato rinnovato.

Per quanto riguarda i visitatori, abbiamo avuto un leggero calo delle visite del 20% rispetto allo scorso anno con 10853 visite (2023: 13517) con però un aumento di visitatori unici del 22% (9959 vs. 8149), per un totale di 24841 pagine visualizzate (2023: 31748 -22%), (fonte statistiche: plausible.io).

- La pagina “Lavora con noi” realizzata nel 2023 per incanalare ufficialmente le candidature spontanee e relative a concorsi di assunzione risulta la pagina più visitata con 3230 visite.
- Le pagine più visualizzate sono state nell'ordine: Lavora con noi, Casa Don Orione, La Fondazione, Contatto, Orto il Gelso, Cà Mia, Online Shop, Minigolf.
- L'online shop, rinnovato durante il 2024, si trova al 7. posto nel numero di visite, ha portato a 10 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. Inoltre diversi prodotti sono stati tolti temporaneamente dallo shop nel corso della seconda parte dell'anno poiché esauriti.
- Nelle recensioni di Google il punteggio è di 5 su 5 per la pagina principale e Casa Don Orione, di 4.4 per il laboratorio Orto il Gelso, di 4.7 per Cà Mia.
- La pagina Facebook Fondazione San Gottardo, è seguita da 599 persone (2023: 575). Il 94% delle valutazioni è positivo.
- La pagina Facebook relativa al Minigolf Lopagno, è seguita da 295 persone (2023: 296), non essendo stato aperto il Minigolf ufficialmente nel 2024, la pagina è rimasta senza aggiornamenti.
- La rubriche con i contatti interni e-mail personali e di gruppi di distribuzione interni sono gestite dall'amministrazione ed il processo di aggiornamento verso tutti i collaboratori è notevolmente migliorato ed accelerato.
- 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 2024 sono state pubblicate e inviate 23 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: Sistema gestione qualità, raccomandazioni riguardanti l'informatica e la cybersicurezza, eventi, offerte e sconti ai quali i collaboratori hanno diritto presso fornitori sul territorio, novità relative al nuovo gestionale delle risorse umane PlanetTS, prodotti, ecc.
- La **intranet** rimane anche un importante strumento operativo, oltre a vari servizi creati negli scorsi anni (segnalazioni, ricerca documenti, ricerca indirizzi, mercatino interno), sono state create tre nuove sezioni: una relativa al portale di gestione di timbrature, turni, congedi, ecc. MyPlanet, un formulario per l'eventuale aggiornamento dei dati personali dei collaboratori, che arriva direttamente alle risorse umane ed una pagina contenente varie offerte e sconti che i dipendenti hanno accesso presso vari fornitori di servizi e rivenditori sul territorio (es. sconto flotta per l'acquisto di veicoli, sconti sull'acquisto e riparazione di biciclette. e-bike e scooter elettrici, buoni sconto online, sconti sulla telefonia mobile, sconti su premi assicurativi e di previdenza, eccetera.
- Anche la intranet è stata aggiornata per questioni di sicurezza.
- Il bollettino **San Gottardo Racconta** è in elaborazione verrà 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.
- Con il gestionale risorse umane **PlanetTS** si sta implementando un servizio di comunicazione tramite il quale i collaboratori riceveranno, solo in caso di informazioni importanti, un avviso tramite e-mail e successivamente

dovranno accedere al portale MyPlanet per **confermare / approvare la comunicazione**. In questo modo si avrà la conferma di lettura o di approvazione di tutti i collaboratori per tematiche significative.

- Nel 2024 vi sono state apparizioni sui **media** relative alla Fondazione San Gottardo, vi è stato un intervento di Claudio Naiaretti direttore, su laRegione del 18.06.2024 riguardo ai tagli effettuati dal Cantone nel settore LISPI, il 19 ottobre l'inserto Catholica del Corriere del Ticino pubblica inoltre un articolo sul tema della disabilità e dell'inclusione in Ticino con intervista al direttore Claudio Naiaretti, sia sulla rivista cartacea che sul sito www.catt.ch. Il 10 dicembre è stato emesso un comunicato stampa riguardo **all'accorpamento dell'Istituto San Nicolao di Treggia alla Fondazione San Gottardo** dal 2026, che è stato ripreso da diversi media locali (Tio, Ticinonews, LaRegione, La Rivista di Lugano e dal Quotidiano della RSI il 23 dicembre. Il mattino della domenica ha pubblicato l'8 dicembre una pagina intera sul presepe di Casa Don Orione e la sua storia.
- Il 13 febbraio la trasmissione **RSI Siamo Fuori** ha svolto la puntata in diretta da Casa Don Orione a Lopagno, una piacevole e alternativa serata per collaboratori, utenti, e abitanti di Lopagno che sono intervenuti. <https://www.rsi.ch/play/tv/-/video/-?urn=urn:rsi:video:2053707>
- Anche nel 2024 la FSG ha partecipato 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 party: il 20 giugno è stata organizzata una bellissima serata in compagnia per tutti i collaboratori e le loro famiglie presso l'Orto il Gelso con aperitivo, griglia, raclette, gara di torte, giochi, karaoke, musica, ecc.

Serata solidale: il 12 aprile è stata organizzata una divertente serata con aperitivo e musica presso il Bar Eclipse di Barbengo quale raccolta fondi per le vacanze con gli utenti del gruppo di Cà Mia.

Car Wash Day: giornata organizzata da Cà Mia presso l'Orto il Gelso di Melano il 1. Giugno, durante la quale è stato organizzato un lavaggio auto pubblico, bancarelle di cibo e bibite e dei prodotti biologici del laboratorio.

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

Il **Minigolf** di Lopagno non è stato aperto per questioni organizzative e per mancanza di personale a disposizione. È stato aperto ad alcuni gruppi su prenotazione.

Il 29 settembre si è tenuto a Casa Don Orione un **concerto** in collaborazione con **l'Associazione 753Artebellezza**. L'evento denominato "Insieme è bellezza" si è tenuto per il terzo anno e ha visto protagonisti i Jabras: Mirko Roccato al sax e Fabio Mignola alla chitarra.

Dal inizio dicembre ad inizio gennaio, come da tradizione, a Casa Don Orione è stato allestito il **presepe** animato aperto al pubblico.

Durante il mese di dicembre abbiamo partecipato con una bancarella a diversi **mercatini natalizi**: Mendrisio, Agno, Tesserete e sono state inoltre organizzati dei **momenti di incontro** (panettonate) in tutte le strutture, con gli utenti ed i loro famigliari.

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.

L'eventualità di passaggio da on premises a cloud, che permetterebbe di avere molti vantaggi, più funzionalità, meno manutenzione e aggiornamenti sempre disponibili, è stata accantonata perché finanziariamente non sostenibile in questo momento.

- Cartella informatizzata utenti EClinic: l'utilizzo del programma è ora consolidato, anche se ancora da perfezionare. 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.

- La novità più importante in ambito IT è stata l'introduzione con il primo gennaio del nuovo software di gestione delle risorse umane **PlanetTS** e della relativa piattaforma online **Myplanet** del fornitore Progel. I collaboratori sono stati formati e preparati al suo utilizzo già nel corso del 2023, ma anche ad inizio 2024.

Il software permette di avere una gestione del personale molto più efficace, come l'organizzazione dei turni, la gestione delle anagrafiche, delle assenze, delle timbrature di documenti allegati alle richieste (es. congedi), statistiche, eccetera, nonché di automatizzare i processi, parte sulla quale si sta lavorando, ad esempio per la fase di assunzione e dimissione.

- Cyber sicurezza: questo argomento rimane di attualità soprattutto in relazione alla legge sulla protezione dei dati. Il livello di sicurezza attuale a livello tecnico è garantito dal nostro partner IT di fiducia. Il tema è stato ripreso con i collaboratori nel corso di riunioni e con comunicazioni interne.
- È stata ottimizzata la collaborazione tra settore risorse umane e IT per la gestione dei profili personali dei collaboratori in fase di assunzione e di dimissione. All'assunzione ogni nuovo collaboratore riceve sistematicamente il Regolamento di utilizzo di server ed e-mail (A3.3) ed il Piano per la protezione dei dati (A3.5).
- Nel periodo sono stati aperti 49 profili di accesso al server di lavoro per nuovi collaboratori, tra cui anche le persone in formazione o stage e ne sono stati chiusi 23.

B. Risorse

B.1. Finanze

La situazione finanziaria è in linea con i preventivi presentati. Il monitoraggio costante messo in atto a partire dal 2023 ha permesso di introdurre, nel corso dell'anno 2024, delle misure che hanno consentito un contenimento dell'importante perdita prevista.

B.2. Personale

La Fondazione San Gottardo impiega 134 collaboratori, di cui 15 in formazione (5 apprendistati e 10 in stage), durante il periodo sono stati svolti 24 stage. L'età media è di 43.83 anni, il 60% delle collaboratrici sono donne, il 40% uomini

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 continuare a migliorare il servizio Risorse Umane. La persona incaricata sta concludendo la formazione quale specialista in risorse umane. Il nuovo software gestionale PlanetTS con il portale MyPlanet hanno migliorato notevolmente la gestione amministrativa ed organizzativa del personale, come la gestione dei turni, la gestione delle assenze, la parte statistica, ecc. Varie procedure sono ora molto più efficaci, come la gestione delle timbrature, delle richieste di congedo, dei cambi turno, ecc. poiché inviate direttamente dal collaboratore tramite il portale MyPlanet via web.

Ad inizio maggio la Direzione ha convocato il personale per una riunione plenaria riguardante le seguenti tematiche:

- presentazione del gruppo di lavoro con EOC riguardante il progetto di creazione di linee guida per i ricoveri di persone con disabilità;
- presentazione di alcune formazioni interne
- presentazione e indicazioni riguardanti un sondaggio sul clima di lavoro nel nostro settore a livello cantonale, indetto dalla commissione paritetica
- spiegazione delle misure di risparmio previste dal Cantone per il 2024 e per il 2025 e delle relative misure organizzative e di risparmio da intraprendere internamente.

B.2.1. Soddisfazione dei collaboratori

L'indagine di valutazione della soddisfazione 2024 è conclusa. I questionari sono stati sottoposti a tutto il personale in forma digitale interattiva, disponibili online sulla piattaforma "Survio", permettendo 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 52.38% (1.61% in più rispetto al 2023).

La media di tutte le risposte si situa a **4.04 su 5**, leggermente di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2023 il punteggio risulta più basso di 0.04 punti.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

1. L'Ambiente lavorativo nel proprio settore (4.43)
2. La Direzione (4.42)
3. Il proprio responsabile di settore (4.34)
4. Il settore Amministrazione (4.33)
5. Il Giudizio generale sulla FSG (4.30)

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

- Manutenzione (3.43)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.62)
- Cucina (3.63)
- Riunioni d'équipe (3.83)

Per quanto concerne la parte libera, come negli anni precedenti si contano molti contributi, sia positivi, sia negativi, ma come proposte di miglioramento, 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 la qualità di vita delle persone che accogliamo.

Per questioni di privacy le osservazioni aperte sono raccolte in forma anonima 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 2025.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2024.

B.3. Formazione

Supervisione

Nel 2024 si sono svolti con tutti i settori importanti momenti di supervisione d'équipe, per un totale di 30 incontri (primo semestre) più alcuni colloqui individuali.

Formazione interna

Sono state svolte alcune formazioni interne riguardanti l'utilizzo del nuovo gestionale risorse umane e delle presenze (timbrature, ecc.) PlanetTS e del relativo portale MyPlanet, la gestione dei rischi in particolare nell'ambito della comunicazione e delle informazioni, sicurezza antincendio e formazione agli apprendisti. È stata organizzata una formazione con un soccorritore professionista specializzato nell'assistenza in situazioni di emergenza per agevolare il passaggio di consegne e promuovere le buone pratiche di scambio in situazioni di urgenza nell'ambito dell'assistenza ad utenti con disabilità cognitive al fine di garantire interventi rapidi ed efficaci.

Sono state organizzate dei cicli di formazione concernenti i temi del disagio psichico e quello dell'approccio al comportamento problema (principi e pratiche di sicurezza).

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 2024, 21 collaboratori hanno effettuato formazioni esterne su diverse tematiche:

- Accademia di bioetica
- Bachelor in lavoro sociale
- Il responsabile pratico: ruolo e strumenti dell'accompagnamento CAS
- Collaboratrice e collaboratore sanitario CRS
- Comunicazione aumentativa alternativa CAA
- Contributo delle neuroscienze
- Corso di formazione per responsabili pratici
- DocuWare - gestione scadenze contratti
- DocuWare - novità versioni 7.8 e 7.9
- Formazione Planet TS e Myplanet
- La dimensione pedagogica nel laboratorio
- Lingua facile
- Motosega
- Novità sulla sicurezza
- Organizzazione emergenze
- Prevenzione del burnout
- Sicurezza tecnica per l'installazione di recinzioni elettriche
- Specialista in HR
- Tecniche di counselling nella relazione di aiuto

Documenti di riferimento: S-B2.16 Pianificazione annuale formazione 2024, dossier formazioni.

B.4. Materiali e attrezzature

B.4.1. Salute e Sicurezza

La Fondazione San Gottardo promuove la sicurezza e opera per il bene dei propri collaboratori e dei propri ospiti. Nel 2024 nelle varie strutture si è proceduto alla regolare manutenzione e a formazione.

A Casa Don Orione si è dovuto effettuare un'importante riparazione dell'ascensore di Villa Janua, sempre in questa struttura ad aprile vi è stato un problema legato all'impianto antincendio, che ha portato a degli aggiornamenti delle procedure di emergenza, oltre alla regolare revisione dell'impianto.

All'Orto il Gelso si è svolto un controllo da parte della SUVA, non sono state riscontrate non conformità particolari, solo alcuni spunti di miglioramento, prontamente messi in atto (es. protezioni solari durante i periodi di canicola).

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 con progetto nLPDP)
- Audit interno sicurezza presso l'Orto il Gelso
- Analisi e adeguamento del livello di sicurezza dei dati cartacei (in corso con progetto nLPDP)
- 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.
- 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.4.2. 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 riciclabili/compostabili, ecc.).

Nel 2024 la Fondazione San Gottardo ha continuato a cercare di ridurre i consumi energetici dove possibile, con successo.

B.4.3. Strutture e progetti

Casa don Orione - Lopagno

Da alcuni anni è stata avviata una riflessione con l'Ufficio degli invalidi per poter rivedere gli standard di Casa Don orione e poter dare risposte adeguate al tema dell'invecchiamento dell'utenza. Il 2024 è stato ancora un anno di riflessioni in questo senso e con il 2025 vi sarà il cambio di categoria della struttura.

Nel frattempo, Davide Daniele, subentrato a fine 2023 come responsabile di settore al posto di Raphaël Zufferey, oltre a consolidare il suo ruolo di responsabile, in collaborazione con la Direzione, ha messo in atto alcune ottimizzazioni legate alla consformazione dei gruppi di utenti, la turnistica del personale, la gestione delle riunioni di équipes e la pianificazione delle vacanze del personale. Con la riorganizzazione del gruppo di utenti, per poter agevolare la mobilità, si è intervenuti negli spazi del primo piano confrontato con una presenza di utenza con maggiori difficoltà nell'ambito della mobilità.

Sempre in ottica di ottimizzazione abbiamo realizzato una revisione delle procedure per acquisti, vacanze, attività, uscite e gite dei gruppi.

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

Per il 2025 dobbiamo prevedere la ristrutturazione del sistema di ventilazione della piscina interna che richiederà un importante investimento.

Cà Mia – Barbengo

Il progetto relativo ai Progetti Abitativi Plus (PA+) iniziato nel 2022 prosegue. Al momento un utente è residente e completeremo entro fine anno i posti a disposizione con una seconda ammissione. Da fine 2024 l'inserimento nell'ambito dei PA+ è possibile anche da utenti esterni alla FSG.

Per Cà Mia si sta lavorando per tornare a breve alla piena occupazione ed avere una utenza adeguata al contesto.

È stato avviato 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 Brughette, dove è situata Cà Mia. Il progetto è ancora in fase di ottimizzazione.

Nel corso del 2024, gli utenti e i collaboratori hanno realizzato molti momenti pubblici per contribuire all'autofinanziamento delle colonie. I mercatini, la giornata del vicino (nell'ambito del progetto cantonale legato alla ricorrenza della firma della CDPD), il lavaggio auto e altre iniziative, hanno permesso di generare entrate per gli utenti ma soprattutto di svolgere un importante lavoro di sensibilizzazione e conoscenza sul lavoro svolto.

Centri Diurni - Lugano

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. Sono state rafforzate sinergie esterne (Casa Don Orione e Cà Mia) per la realizzazione di attività esterne con alcuni utenti.

Orto il Gelso

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

Il ruolo di Raphaël Zufferey, subentrato ad Antonio Aiolfi nel 2023 come responsabile di settore, si è senza dubbio consolidato.

Si sono avviati importanti progetti di collaborazione con la posta di Chiasso, AFOR di Taverne, e la Casa anziani Paradiso. Un interessante progetto legato al concime è stato avviato con l'Hotel Splendid Lugano.

Il gruppo attivo a Casa Don Orione, oltre a gestire al meglio i terreni di Lopagno, ha notevolmente rafforzato le sinergie con la cucina per la fornitura di prodotti ortofrutticoli. Buona parte della produzione interna viene inoltre venduta al personale della Casa.

Progetti Abitativi

Per quanto concerne questo settore non sono stati intrapresi particolari progetti nel 2024, ma si è lavorato sull'ottimizzazione organizzativa e sul rafforzamento dell'équipe e dell'utenza.

Da notare che, nell'ambito degli appartamenti protetti, in questi anni è molto aumentata la mobilità. Inoltre un grosso impegno viene inoltre destinato al lavoro di rete, sia familiare che territoriale.

Casa di Airolo

La Casa di Airolo è in funzione e a disposizione di utenti e collaboratori per soggiorni. La prenotazione viene fatta online tramite la intranet FSG.

Nel 2024 vi hanno soggiornato un totale di 73 persone per un totale di 36 notti.

B.4.4. Trasporti

Durante il 2024 si è cercato di migliorare il settore trasporti sia tramite la sostituzione e l'acquisto di alcuni nuovi veicoli, sia con l'esternalizzazione di alcuni trasporti utenti.

B.5. Produzione

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

HACCP: è stato stabilito un programma per le analisi microbiologiche sulle erbe (ad ogni produzione per prodotti miscelati come le tisane, a campione su monoproducti), e analisi a campione per la rilevazione di eventuali pesticidi.

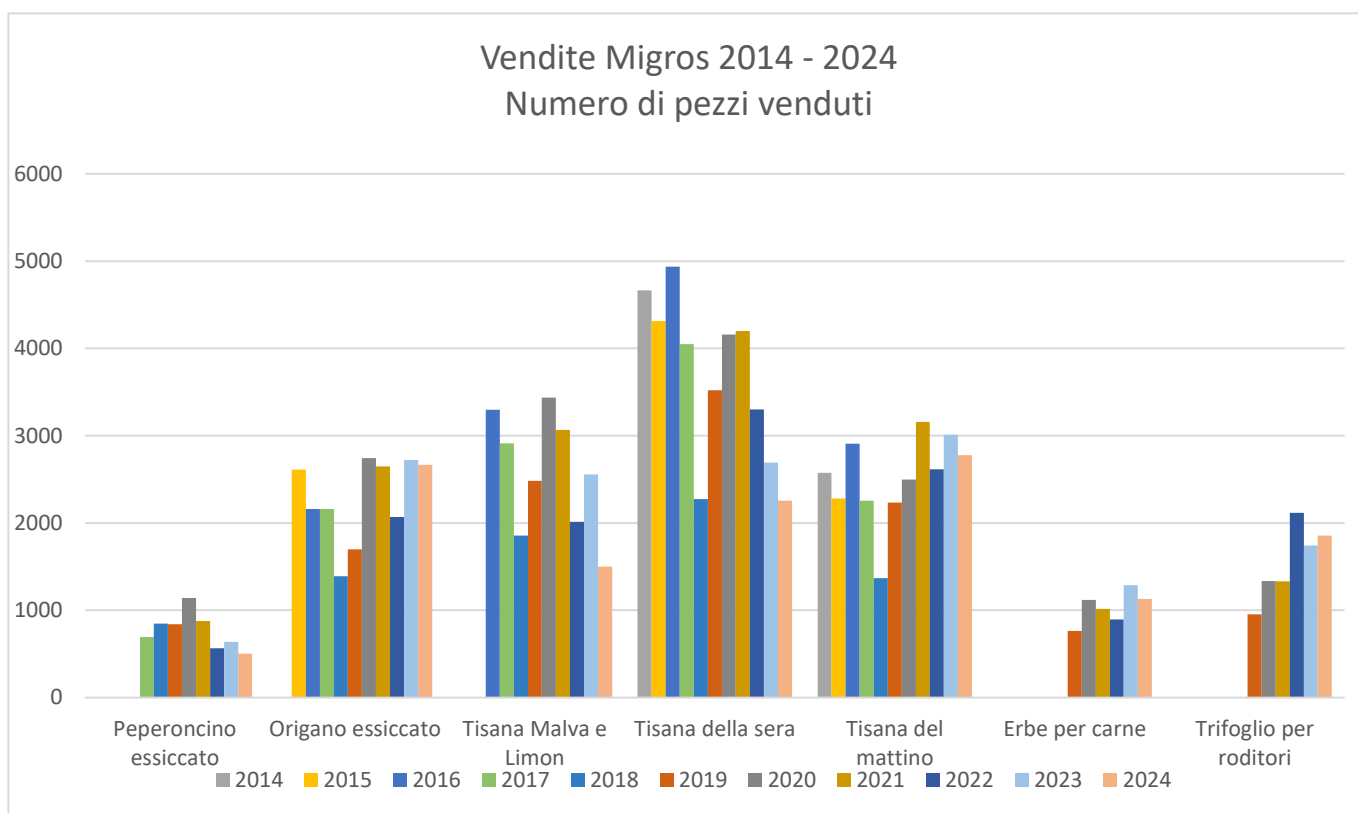
Siamo fieri di poter confermare che dall'estate 2024 l'imballaggio delle nostre tisane avviene al 100% sul territorio ticinese: il nostro partner Erboristi Lendi SA di Curio ha acquistato durante l'anno la macchina che permette di realizzare le bustine con le erbe e le bustine contenitive in carta. Il processo di inserimento delle bustine nelle scatole viene poi effettuato presso il nostro laboratorio Orto il Gelso. Grazie a questa opportunità si riapre la possibilità di creare una nuova tisana da distribuire ad altri rivenditori, che verrà valutata nel 2025.

Durante l'anno si è concluso il processo di aggiornamento del design degli imballaggi di tutti i prodotti in vendita da Migros, in quanto è stata modificata la grafica di tutta la linea dei Nostrani del ticino, rendendola uniforme per tutti i prodotti del loro assortimento. Durante l'anno sono dunque state aggiornate le grafiche delle tisane bio, dell'origano, del mix di erbe per carne, del peperoncino e del trifoglio per i roditori. Il cambiamento sta avvenendo gradualmente per evitare lo spreco della merce ancora in stock. A causa del processo di aggiornamento del design e di alcune difficoltà burocratiche e tecniche nella produzione della tisana della sera vi è stata una rottura di stock per alcuni mesi.

Le vendite presso Migros hanno dato buoni risultati (v. grafico seguente), i dati di vendita mostrano che il volume di vendita di alcuni prodotti è in linea con quelli degli anni precedenti o leggermente inferiore, anche se non raggiungono i valori registrati nel periodo 2020/2021 dove le restrizioni dovute al covid avevano giovato alle vendite in Ticino. Come spiegato precedentemente la rottura di stock della tisana della sera e della tisana malva ha causato un calo delle vendite di questo prodotto.

Le vendite di origano sono stabili, il peperoncino è leggermente in calo, la tisana della sera è in calo, la

Durante il 2025 si valuterà se il cambio di design dei prodotti, in linea con tutti i Nostrani di Migros, ma meno riconoscibili come prodotti della Fondazione San Gottardo, influirà sulle vendite.



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.

Durante l'anno si è riflettuto molto riguardo ad un'eventuale aggiornamento della modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti, in uso da alcuni anni. IL GQ ed il RS di Casa Don Orione hanno anche partecipato ad una giornata di lavoro organizzata dall'Ufficio degli invalidi con il GO2 LISPI proprio su questo tema. Date le casistiche molto diverse tra loro che sono presenti nelle nostre strutture e date le loro particolarità, principalmente psichiche, si è ritenuto che lo strumento in vigore è ancora affidabile ed attuale. Sebbene la soddisfazione dei nostri utenti viene rilevata quotidianamente dagli operatori tramite vari indicatori, la compilazione del questionario rappresenta una sorta di colloquio annuale personale tra l'utente ed il proprio educatore di riferimento, con il quale ha un rapporto di fiducia e riesce ad aprirsi con più facilità, cosa che invece risulterebbe loro molto difficile nel caso in cui a condurre l'intervista sia un auditore esterno al proprio gruppo.

Inoltre, è un questionario molto flessibile che si adatta a qualsiasi tipo di persona: chi ha difficoltà ad esprimersi può segnare solo il suo grado di soddisfazione indicando una faccina felice o triste, chi invece vuole e può esprimersi di più ha tutto lo spazio per farlo, chi lo vuole compilare autonomamente lo può fare senza problemi, sia in forma cartacea, sia digitale.

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 4.56 su 5, dunque ben al di sopra del buono.**

Le valutazioni qualitative sono sempre molto interessanti, spontanee e belle da leggere. I questionari restano disponibili ai responsabili di settore e vengono discussi con i famigliari e/o rappresentanti legali in occasione degli incontri di valutazione dei PSI.

C.1.2. Piani di Sviluppo Individuale (PSI)

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

	Casa don Orione	Cà Mia/PA+	CD Viabess	CD Montarina	Orto il Gelso	PA
N. PSI	30	16	17	10	22	15
N. obiettivi	60	42	31	15	56	27
Obiettivi raggiunti	24	21	17	6	28	12
Obiettivi parzialmente raggiunti	28	15	7	8	22	5
Obiettivi non raggiunti	8	6	7	1	6	10

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

C.2. Settore sanitario

Ad inizio anno si è lavorato per definire ufficialmente i rappresentanti per i provvedimenti sanitari per gli utenti del settore residenziale.

La struttura con maggior necessità sanitarie, e nella quale si è lavorato maggiormente è Casa Don Orione, questo è dovuto soprattutto all'età media degli utenti, che si situa a 62.3 anni, di cui il 74% è sopra ai 60 anni.

Da inizio anno sono stati inseriti degli/delle operatori/trici Sociosanitari/e in ogni gruppo, in aggiunta al referente sanitario della struttura.

Vi sono stati degli spostamenti interni in modo da creare un reparto in cui sono raggruppati gli utenti con maggior necessità di presa a carico sanitaria.

Il referente sanitario ha partecipato all'importante gruppo di lavoro “*Accoglienza e presa in carico di persone adulte con disabilità in ambito ospedaliero*”¹, composto da rappresentanti dell'Ufficio degli invalidi del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), degli enti del Settore della disabilità (LISPI), di Atgabbes, di Pro Infirmis e di ARES. Il progetto ha avviato un'importante riflessione sul tema dei ricoveri di persone con disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico e polyhandicap. Da questo progetto è scaturito, oltre a delle linee guida per le strutture ospedaliere, uno strumento comune, inserito in SGQ: S-C32.42 Modulo trasferimento persone adulte con disabilità.

D. Qualità

D.1. Sviluppo SGQ

- **Il Sistema è aggiornato al 25 ottobre 2024.**
- 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.

¹ Comunicato stampa DSS del 25.10.2024: https://www4.ti.ch/tich/area-media/comunicati/dettaglio-comunicato/?NEWS_ID=245691

- 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 25.10.2024
 - A1.2 Obiettivi istituzionali – versione 30.08.2017 confermato 25.10.2024, da rivalutare 2025
 - A1.3 Analisi rischi – versione 25.10.2024
 - A1.4 Contesto dell'organizzazione e parti interessate – versione 14.11.2017 confermato 25.10.2024
 - A1.5 Analisi variabili del contesto – PESTEL – versione 25.10.2024
 - A2.2 Organigramma – versione 10.10.2023
- Riteniamo che il Sistema sia affidabile ed efficace, nonché ben conosciuto da tutti i collaboratori.
- Nel 2024 è stato auditato il 44% dei processi che compongono il SGQ.
- Durante l'anno sono stati pubblicati 9 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 49 documenti, dei quali 10 sono nuovi (ultima versione 25.10.2024).

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 393 documenti, di cui 126 procedure e 272 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 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, **che sono state risolte o corrette**.
- Sono stati sporti alcuni reclami, alcuni legati alla produzione di legna da ardere, prontamente corretti, e alcuni legati alla rottura di stock della tisana della sera (purtroppo causata da influenze esterne). Infine un reclamo è stato sporto nell'ambito dell'accompagnamento, anch'esso prontamente discusso con le persone di riferimento e risolto.
- 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 triennale degli audit interni (S-D4.3), sono stati effettuati audit da parte del Gestore Qualità con la collaborazione dei process owner.

Alcuni audit fuori programma sono stati organizzati con i responsabili al fine di rivalutare alcuni processi in base a delle necessità sorte durante il periodo.

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

È stato auditato internamente il 44% del totale dei processi in SGQ, in base alla valutazione del rischio (A1.3), agli obiettivi annuali, alle segnalazioni o alle necessità di aggiornamento. Sono stati auditate parti dei processi di: Direzione (A1 Missione e contesto, A2 Organizzazione, A3 comunicazione e informazione), risorse (B2 Personale, B3 Materiali e attrezzature), prestazione (C1 ammissione, C2 accompagnamento, C3 sanitario, C4 prestazioni alberghiere) e qualità (D5 Soddisfazione prestazioni).

Sulla base degli audit non sono emerse particolari non conformità, ma misure di miglioramento che sono state prontamente discusse e corrette o, generalmente tradotte in modifiche alla documentazione, processi e strumenti.

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

D.4.2. Audit esterni

- SQS (ultima certificazione 29.11.2023): Il prossimo audit di mantenimento è previsto il 15.11.2024.
- SUVA (06.06.2024): audit presso il laboratorio Orto il Gelso sulla salute e sicurezza sul posto di lavoro, superato. Alcuni spunti di miglioramento minori sono stati prontamente adottati.
- Bio.Inspecta (28.08.2024): audit annuale sui requisiti Bio Suisse per la produzione dell'uperato e certificazione confermata.
- È stato richiesto da Migros un audit sulla produzione, che avverrà nella primavera 2025.

D.4.3. Soddisfazione

I tassi di partecipazione all'indagine di valutazione della soddisfazione 2024 sono stati i seguenti:

Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale inviati	Tasso di risposta
Famigliari e rappr. legali	31	90	121	33.88%
Utenti	126	126	126	78.57%
Clienti	28	26	54	53.70%
Collaboratori	0	126	126	52.38%

Soddisfazione generale

Tutti i valori medi rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.04 punti (su 5) del gruppo collaboratori fino al 4.81 dei clienti. I famigliari si situano a 4.43 e gli utenti a 4.55. I punteggi sono nella media rispetto agli ultimi anni.

In generale questi valori rispecchiano l'intento della Fondazione San Gottardo di migliorarsi continuamente, e fanno dedurre che in generale l'operato è 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 35.54% (43 su 121), 3.13% in più rispetto al 2023.

La media dei punteggi delle risposte si situa a 4.40 su 5, risultato inferiore di 0.07 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio di tutte le risposte si situa nettamente al di sopra del "buono". Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG (4.50), il personale educativo (4.49), i responsabili di settore e Amministrazione e Direzione (4.47).

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono inviati (anonimamente, se non esplicitato diversamente) 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 53.70% (29 questionari rientrati su 54 inviati), vi è stata una diminuzione del 0.4% rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.81 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti il 76% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 17 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore, alcuni partecipanti non hanno indicato il proprio giudizio.

Dai questionari non sono emersi reclami, ma ringraziamenti, complimenti e proposte di collaborazione.

Data: 28.04.2025

Firma Direzione: Claudio Naiaretti 

Firma Gestore Qualità: Curzio Schlee 

Allegato 1 - S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2024
Stato: 31.12.2024

Numero di obiettivi non raggiunti / parzialmente raggiunti / raggiunti.



Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritario, verde = inserito nel periodo	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Misslone	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	Sospeso	20	
				b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	In corso, rivalutare dopo fine formazione specialista RU.	50	
				c	Introduzione pianificazione di settore	31.12	DIR, CDG	Tutti	Creata scheda S-A1.2, da implementare dai RS fine 2024 per 2025	100	
		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		75
	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 e acquisto nuovi veicoli	100
				R2	b	Valorizzazione competenze del personale in ottica di maggior responsabilità	31.12	DIR, RS	Tutti	Riunioni per organizzazione	75
					c	Ottimizzazione dei campi in organigramma (Orto, CDO, PA+, Risorse Umane)	31.12	DIR, RS	Tutti		100
					d	Valutare l'utilità di sviluppare dettagli d'organigramma interno per ogni struttura così da tracciare deleghe e funzioni vicarie (SQS)	31.12	DIR, CDG	Tutti	Valutato e deciso per il momento no.	100
					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	Valutato e deciso per il momento no.	100
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	Riunioni ok. Piano interno ok. In corso progetto Cantonale.	75	

		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	In corso, anche nell'ottica del contenimento delle spese. Importante lavoro realizzato nell'ambito del passaggio di consegna notturno-diurno	75	
					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	Attivato nuovo sistema di invio comunicazioni tramite software planetTS dove i collaboratori devono confermare la lettura delle comunicazioni.	100	
		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. Procedure, strumenti, e formazione interna per adeguare i comportamenti e la comunicazione esterna	31.12	AMM	Tutti	In corso.	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	Ev. DIR	25	
b	Individuare sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.				31.12	COM, GQ	Tutti	ok, ev riprendere formazione per sito/intranet	75			

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
B. RISORSE	B1 Amministrazione e finanze	1	R5	a	Ottimizzata organizzazione, aggiornare documenti SGQ del settore amministrativo.	31.12	DIR, AMM	Tutti	In corso	50	
		2		a	Contenere disavanzo finanziario. Considerare perdita strutturale esistente a CDO (categoria A4 -> A5).	31.12	DIR, AMM, RS	Tutti	In corso riorganizzazione gruppi e attività. Fitlab sospeso, altri ok.	75	
	B2 Personale	1	Assunzioni realizzate con cura, profili e mansionari ben definiti. Consegna nuova brochure per le assunzioni "Benvenuto alla FSG" costantemente aggiornata. [verificare]		a	Assunzione in linea con formazioni standard contratto di prestazioni (personale formato).	31.12	DIR, AMM	Tutti	ok	100
					b	Adeguamento progressivo standard personale CDO in base alla richiesta presentata e accettata da UI	31.12	DIR, AMM	Tutti	ok	100
		2	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)	31.12	DIR, RS, RU	Tutti	Stilare un rapporto	50
					b	Riorganizzazione settore vegliatori.	31.12	DIR, RS, RU	Tutti	Strumenti passaggio consegna, cambiamento orari.	100
					c	Riorganizzare vacanze settore educativo CDO e realizzazione procedura.	31.12	DIR, RS, RU	Tutti	Ridefinizione calendario vacanze alla fine dell'anno precedente.	100
		4	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)	31.12	DIR, RS, RU	Tutti	Valutato. Difficilmente realizzabili linee guida considerando differenza settori e persone coinvolte. Ipotesi realizzazione checklist.	75
		4	Sono ridotti i rischi di incidenti sul lavoro e applicati i principi SUVA. Formazione interna sicurezza in tutte le strutture.								
		5	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	Verificare con RS	25
	b				Messa in funzione nuovo software gestione del personale con formazione utilizzatori.	31.12	DIR, IT, RU	Tutti	Ok	100	
	6	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.							
	7	Supervisioni regolari gruppi e équipes.							
	8	Supervisioni individuali se richieste e approvate da Direzione							
	9	Supervisioni casi se richiesto e necessario							
	10	Sostegno e promozione alla formazione continua individuale.							
	11	Promozione formazioni interne	a	Formazione disagio psichico con OSC e relativo gruppo di lavoro.	31.12	DIR, RS	Tutti		100
b			Formazione interna per settore su tema Comunicazione, alla luce anche della LPD.	31.12	DIR, RS	Tutti	Sensibilizzazione con équipes. Formazione prevista 2025.	50	
c			Applicazione strumenti di lavoro acquisiti in ambito di Etica	31.12	DIR, RS	Tutti		75	
d			Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti	Riprendere, offerta richiesta per 2025	50	
	12	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.							
	13	Garantito l'applicazione della procedura concernente la violazione dell'integrità personale							
B3 Strutture, materiali, attrezzature	14	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs							
	1	Gestione ottimale delle strutture	a	Ottimizzazione delle risorse energetiche: riscaldamento consumo elettrico	31.12	DIR, RS	Tutti	Valutate offerte ottenuto buoni prezzi. Sensibilizzazione ai collaboratori.	100
			b	Ottimizzazione gestione casa di Airolo	31.12	DIR, RS	Tutti	ok	100
	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	Ottenute documentazione autisti e convenzione.	80
3	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.								

	4	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	Creato, valutare inserimento SGQ. Completare con procedure emergenze particolari.	75
			b	Rirendere le non conformità riscontrate per iniziare lavoro Gruppo SISA (2021-22 Insos).	31.12	DIR	Tutti		0
			c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso (costi).	0
			d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	AS	Tutti	Pronti. In attesa (costi).	0
			e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	AS	Tutti	Sospeso (costi).	0
			f	Allineamento procedure emergenza CD con Livit	31.12	AS	Tutti	Livit sta rifacendo tutte le procedure. Poi valutazione rispetto FSG. Sollecit. 2025	50
			g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	AS	Tutti	Sospeso (costi).	30
			h	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore)	31.12	DIR	Tutti	Riattivati contatti Municipio per prossimo incontro a livello pianificatorio.	25
B4 Produzione e servizi	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	Parzialmente.	30
			b	Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare attività socio-lavorative con socio-educative				in corso	70
	2	Il Tasso di occupazione è ottimale.							
	3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attutito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.							
	4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna	a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano.	31.12	DIR, RS	Tutti	Cooperazione Lendi per imballaggio tisane Lendi/FSG	100
b			Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione. Passaggio della gestione amministrativa da Lopagno a Melano	31.12	RS, GQ	Tutti	Migliorato, da riprendere.	50	

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %
				c	Riprendere la riflessione su produzione nuova "Tisana da l'ort".	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti	Attivata riflessione in attesa di poter beneficiare della nuova macchina c/o Lendi	50
	5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"		d	Adeguamento packaging tisane a esigenze Migros	30.09	DIR, GQ	Tutti	OK	100
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		75
	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.				ok	100
	4	Piena occupazione delle strutture secondo Contratto di prestazione con ottimizzazione collocamento utenza casistica-prestazioni								
C2 Prestazioni di accompagnamento	5	Continuazione del progetto "posti accoglienza temporanea".								
	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	In corso riorganizzazione gruppi e attività. Fitlab interrotto. Altri ok.	75
				b	Continuare riflessione e avviare applicazione su ruolo dei curatori e dei famigliari, anche in base alla nuova LPD.	31.12	DIR, RS	Tutti	ok	100
				c	Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti	Di difficile realizzazione essendo contesti e persone differenziate.	25
				d	Rafforzamento concetto "CASA", diritti e doveri, nell'ambito del settore residenziale.	31.12	DIR, RS	Tutti	sempre in corso	75
				e	CDO: riorganizzazione lavoro e attività piani -1 e -2 ateliers.	31.12	DIR, RS	Tutti	in corso	75
				f	CDO: riorganizzazione turnistiche e conformazione équipe	31.12	DIR, RS	Tutti	in corso	75
				g	Spese settori CDO (attività, uscite, ecc.). Regolamentare con procedura.	30.09	DIR, RS, GQ	Tutti	OK, C2.4	100

			h	CDO: miglioramento passaggio di consegna vegliatori-educatori	31.12	RS, Vegl	Tutti	OK, doc. S-C2.38/39/40	100
	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)	31.12	DIR, RS	Tutti	Ricordare a tutti (prevista revisione documento PSI 2025)	50
	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)	31.12	DIR, RS	Tutti	In corso	75
	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	100
C3 Prestazioni sanitarie	6	Verificare processi/linee guida e monitorare utilizzo Internet da parte degli utenti							
	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	Ok. Creazione reparto maggior presa a carico sanitaria 1. piano.	100
b			Avvio gruppo di lavoro con EOC per ottimizzare i ricoveri ospedalieri	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti	Concluso. Creata scheda di trasferimento, inserita in SGQ S-C3.42 Modulo trasferimento persone adulte con disabilità	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	Parzialmente. Creata procedura spiegazione Eclinic base (chi, cosa, come).	60	
d			Ottimizzazione preparazione farmaci e blister CDO	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	Stipulato accordo con farmacia esterna che prepara e consegna blister.	100	

C4 Prestazioni alberghiere	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		75	
			b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)	31.12	RS	Tutti	In corso	50	
			c	Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipes. Considerare anche la tutela degli educatori.	31.12	DIR / CDG	Tutti	ok	100	
	1	Annullamento del rischio d'intossicazione. Riconoscimento e rispetto dei bisogni specifici degli utenti. Le norme igieniche sono rispettate.	a	Visite regolari della cucina ai vari settori	31.12	RS, CUC, GQ	Tutti	ok	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	ok, cambio organizzazione, maggiore produzione, per cucina e vendita interna /esterna insalate e ortaggi	100	
	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	R29	a	Tenere aggiornati obiettivi	30.01	DIR, CDG, GQ	Tutti	ok	100

	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	in corso	75
	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	in corso, DIR	30
D2 Gestione documentale	4	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015								
	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 valutare.	25
	3	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure “datate”.	31.12	GQ	Tutti	Cucina ok, ED in corso, continuare secondo programmaz. audit	50
				b	Creare procedura istruzioni Database documentale	31.12	GQ	Tutti	ok	100
				c	Aggiornare procedura aggiornamento e pubblicazione documenti SGQ.	31.12	GQ	Tutti	ok	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 scheda intranet di Segnalazione. Incremento del 50% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti	promemoria inviati, ma 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	da valutare e creare purché sia davvero utile alle modalità di audit utilizzate	0

		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	Pianificazione audit ok	100
					b	Esecuzione audit interni più efficace.	31.12	GQ, CDG	Tutti	in corso	75
					c	Attenzione particolare negli audit ai processi protezione dati e abusi/maltrattamenti.	31.12	CDG, GQ	Tutti		100
					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 2024, spostare di più su web survio.	30.1	GQ	Tutti	ok, conclusa	100

Allegato 2 - S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2025

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritario, verde = inserito nel periodo	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
				c	Si raccomanda di ottimizzare i processi di sperimentazione/revisione procedure in base ai nuovi bisogni emergenti degli ospiti e questo anche in ragione del prossimo progetto di fusione dei servizi della Fondazione San Nicolao.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti
	A2 Organigramma	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 senso di responsabilità e appartenenza	31.12	DIR, RS	Tutti
				c	Ottimizzazione dei campi in organigramma (Orto, CDO, PA+, Risorse Umane) alla luce dell'evoluzione della FSG	31.12	DIR, RS	Tutti
	A3 Comunicazione e informazione	I canali d'informazione sono ben definiti codificati e pertinenti al contenuto	R3	a	Avvio progetto accorpamento Fondazione San Nicolao - Comunicazione - Organizzazione istituzionale - Operativo	31.12	DIR, CDG CdF	Tutti
				e		31.12	DIR, CDG	Tutti
			R3	a	Completamento procedure e applicazione LPD in tutti i settori con formazione del personale	31.12	DIR, CDG	Tutti
		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, CDG	Tutti

					b	Con relazione alla sintesi espressa al par. 7 Comunicazione nel resoconto del Rapporto di riesame 2024 – stato provvisorio ottobre 2024, si raccomanda di tentare di porre in essere una valutazione di efficacia ed efficienza con riferimento ad un periodo significativo. . Attivazione e applicazione MyPlanet 2.0	31.12	DIR, CDG	Tutti	
		3	Svolgimento regolare riunioni/incontri:	R3						
		4	CdF: almeno 6/anno (almeno 1 con CdG)	R3						
		5	CdG: scadenza di regola settimanale	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	Garantire risorsa sostituto GQ	30.06	COM, GQ	Tutti	
	b				Garantire sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti		
	c				Ravvivare presenza sui social media					
		Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
B. RISORSE	B1 Amministrazione e finanze	1	Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.	R5	a	Ottimizzata organizzazione settore amministrativo.	31.12	DIR, AMM	Tutti	
					b	Valutazione capitolo B1, procedure da aggiornare e mancanti.	31.12	DIR, AMM	Tutti	

	2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.		a	Contenere disavanzo finanziario. Considerare perdita strutturale esistente a CDO (categoria A4 -> A4+).	31.12	DIR, AMM, RS	Tutti
B2 Personale	1	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
				b	Adeguamento progressivo standard personale CDO in base ai nuovi standard del personale della Direttiva 5	31.12	DIR, AMM	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	Monitoraggio e analisi costante (trimestrae) evoluzione finanziaria costi e gestione del personale e relativa ottimizzazione	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
	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	Completare la 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					
B3 Strutture, materiali, attrezzature	14	Monitoraggio costante dei flussi (dati informatici) in collaborazione con E-Datalabs					
	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
			c	Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore) e incontro per Casa Suore con Associazione "Amici di Don Orione".	31.12	DIR	Tutti
			d	Cambio sistema ventilazione piscina e riattivazione	31.12	DIR, Amm	Tutti
	2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.	a	Realizzazione di audit esterni servizi in Outsourcing (trasporti); elementi direttamente impattanti verso l'utenza (SQS 5).	31.12	DIR, RS	Tutti
			b	Applicazione nuove procedure uscite e attività utenti CDO	31.12	DIR, Amm,RS	Tutti
			c	Realizzazione procedura uscite e attività per altri settori.	30.06	Dir, RS, GQ	Tutti
	3	LcPUB - seguiti gli sviluppi in ambito cantonale e assicurata l'applicazione delle direttive. Concorsi dove necessario realizzati.					
	4	Sono adottate le misure di sicurezza e prevenzione necessarie e opportune delle strutture e dei veicoli.	a	Creazione capitolo B5 sicurezza e salute SGQ, inserimento Manuale Sicurezza e salute sul posto di lavoro in 10 punti.	31.12	InSI	Tutti
			b	Creazione Manuale gestione emergenze	31.12	InSI, SISA	Tutti
			c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	InSI, DIR	Tutti
			d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	InSI, DIR	Tutti
			e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	InSI	Tutti
			f	Allineamento procedure emergenza CD con Livit	30.06	InSI	Tutti
			g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	InSI	Tutti
	B4 Produzione e servizi	4	Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.				

		1	La proposta di attività lavorative e di produzione è adatta al Target.		a	Aggiornamento 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 attutito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.							
		4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna	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" o altre nuove possibili produzioni.	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti		
		5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"							
		Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello
		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
2	Presentazione completa e oggettiva dell'offerta.				a	Aggiornare documento C1.1 (PA+, Casa San Nicolao)	31.12	DIR, CDG	Tutti	
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.	31.12	DIR, CDG	Tutti	
4	Piena occupazione delle strutture secondo Contratto di prestazione con ottimizzazione collocamento utenza casistica-prestazioni									
C2 Prestazioni di accompagnamento	5		Continuazione del progetto "posti accoglienza temporanea".							
	1		Identificazione dei bisogni corretti degli utenti	a	Riorganizzazione utenza nel settore residenziale in base alle necessità di accompagnamento considerando anche il contesto Casa San Nicolao	31.12	DIR, RS	Tutti		
b		Applicazione nuov LPD nell'ambito della relazione con l'utenza, rappresentanti legali e rete di riferimento.		31.12	DIR, RS	Tutti				

			c	Definizione procedure informazione e comunicazione ai “curatori”	31.12	DIR, RS	Tutti
			d	CDO: riorganizzazione turnistiche e conformazione équipe	31.12	DIR, RS	Tutti
	2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.	a	Evidenziare nuovi obiettivi dagli obiettivi ripresi dall'anno precedente (mantenimento)	31.12	DIR, RS	Tutti
			b	Si raccomanda di focalizzare, con maggior insistenza sui dettagli, l'azione di sviluppo e	31.12	DIR, RS	Tutti
	3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.	a	progettazione dei PSI così da fornirne un preciso riscontro “a futura memoria”.	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
C3 Prestazioni sanitarie	6	Verificare processi/linee guida e monitorare utilizzo Internet da parte degli utenti					
	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 e CàM, Svincolo informazioni mediche (CDO, CàMia, AP), Definizione rappresentante provvedimenti sanitari (CDO, CàMia).	31.12	DIR, RS, SAN	Tutti
			b	Applicazione nuove procedure per ricoveri ospedalieri EOC/OSC	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti
			c	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti
			d	Ottimizzazione preparazione farmaci e blister CDO e CàM	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	a	Applicazione dei principi sviluppati nell'ambito della formazione etica	31.12	DIR, RS, IT	Tutti

D2 Gestione documentale	1	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015						
	2	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.						
	3	Il Sistema di qualità è conosciuto e applicato come strumento quotidiano che facilita e ottimizza l'operato		a	Valutare documenti specifici Villino CDO in SGQ	31.12	GQ, RS	Tutti
	4	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure "datate".	31.12	GQ, RS	Tutti
				b	Creazione capitolo A4 Protezione Dati	31.12	DIR, GQ	Tutti
				c	Creazione capitolo B5 Sicurezza e salute	31.12	GQ, InSI	Tutti
			d	aggiornare tutti i documenti dove figurano i capitoli SGQ	31.12	GQ	Tutti	
			e	Allineamento SGQ FSG con San Nicolao	31.12	DIR, 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 20% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti
		b	80% delle segnalazioni risolte.	31.12	DIR, CdG, GQ	Tutti		
D4 Gestione audit interni	2	Presenza del GQ negli incontri di CdG per discutere modifiche SGQ.	R27					
	1	Checklist e documentazioni aggiornate e appropriate ai bisogni. Valorizzazione degli effetti degli audit per il processo di miglioramento istituzionale.	R29	a	Aggiornamento checklist audit (S-D4.4).	30.06	GQ	Tutti
D5 Soddisfazione prestazioni	2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.						
	1	Costante mantenimento o miglioramento del grado di soddisfazione auspicato	R30	a	Aumento partecipazione al sondaggio (+20%), valutare strategie.	30.10	GQ	Tutti

FONDAZIONE SAN GOTTARDO



SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ
RAPPORTO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE
2024

CURZIO SCHLEE

Allegato 3 – Rapporto valutazione della soddisfazione 2024

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 tredici 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 se pertinenti, 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 quinto anno è stata data la possibilità di compilare i questionari online tramite una apposita piattaforma (Survio), rendendo la compilazione più interattiva e più rapida, oltre a rendere la raccolta dati molto più efficiente, riducendo il rischio di errori e permettendo di risparmiare in termini economici e 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, rispetto al cartaceo:

- il 72% dei famigliari e rappresentanti legali degli utenti (= 2023)
- il 52% dei clienti (+3% dal 2023)
- il 100% dei collaboratori
- il 5% degli utenti (= 2023).

Tassi di risposta

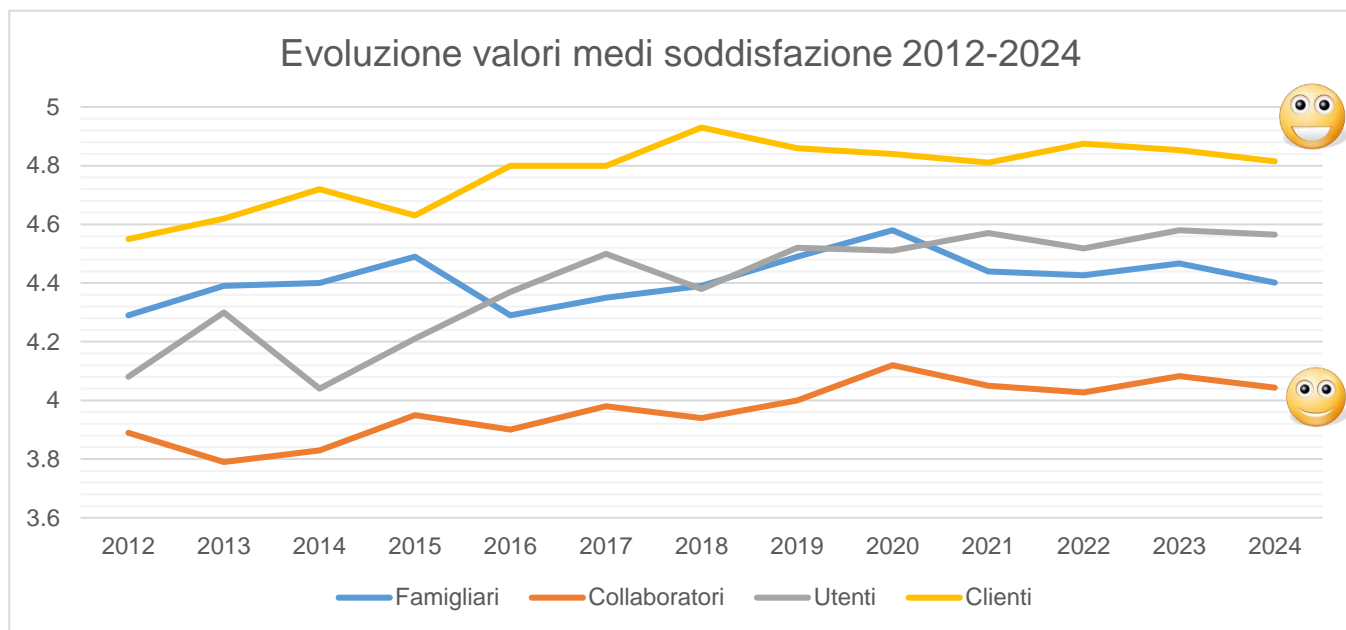
Gruppo	Totale questionari inviati	Totale risposte	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
Famigliari e rappr. legali	121	43	27.91%	72.09%	35.54%
Utenti	126	99	94.95%	5.05%	78.57%
Clienti	54	29	48.28%	51.72%	53.70%
Collaboratori	126	53	0.00%	100.00%	42.06%

Evoluzione dei 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 2024:



	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
2024	4.40	4.04	4.56	4.81

Con il grafico precedente si paragonano i valori medi delle risposte ricevute nei questionari di valutazione dei vari stakeholder dal 2012 al 2024. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.04 punti del gruppo collaboratori fino al 4.81 dei clienti, che sfiora l'ottimo.

In generale questi valori rispecchiano l'intento della Fondazione San Gottardo di migliorarsi continuamente, e fanno dedurre che in generale l'operato è molto apprezzato sia dai contesti interni, sia da quelli esterni.

Soddisfazione rappresentanti legali e famigliari

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

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

I famigliari e i rappresentanti legali hanno risposto all'indagine sulla loro soddisfazione in misura del 35.54% (43 su 121), 3.13% in più rispetto al 2023.

La media dei punteggi delle risposte si situa a **4.40 su 5**, risultato inferiore di 0.07 punti rispetto allo scorso anno. Il valore medio di tutte le risposte si situa nettamente al di sopra del "buono".

Gli aspetti più apprezzati sono stati quest'anno il giudizio generale sulla FSG (4.50), il personale educativo (4.49), i responsabili di settore e Amministrazione e Direzione (4.47).

Da alcuni questionari sono emersi molti complimenti ed alcuni spunti di miglioramento, che sono inviati (anonimamente, se non esplicitato diversamente) 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 2024, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Grafico dei punteggi medi:

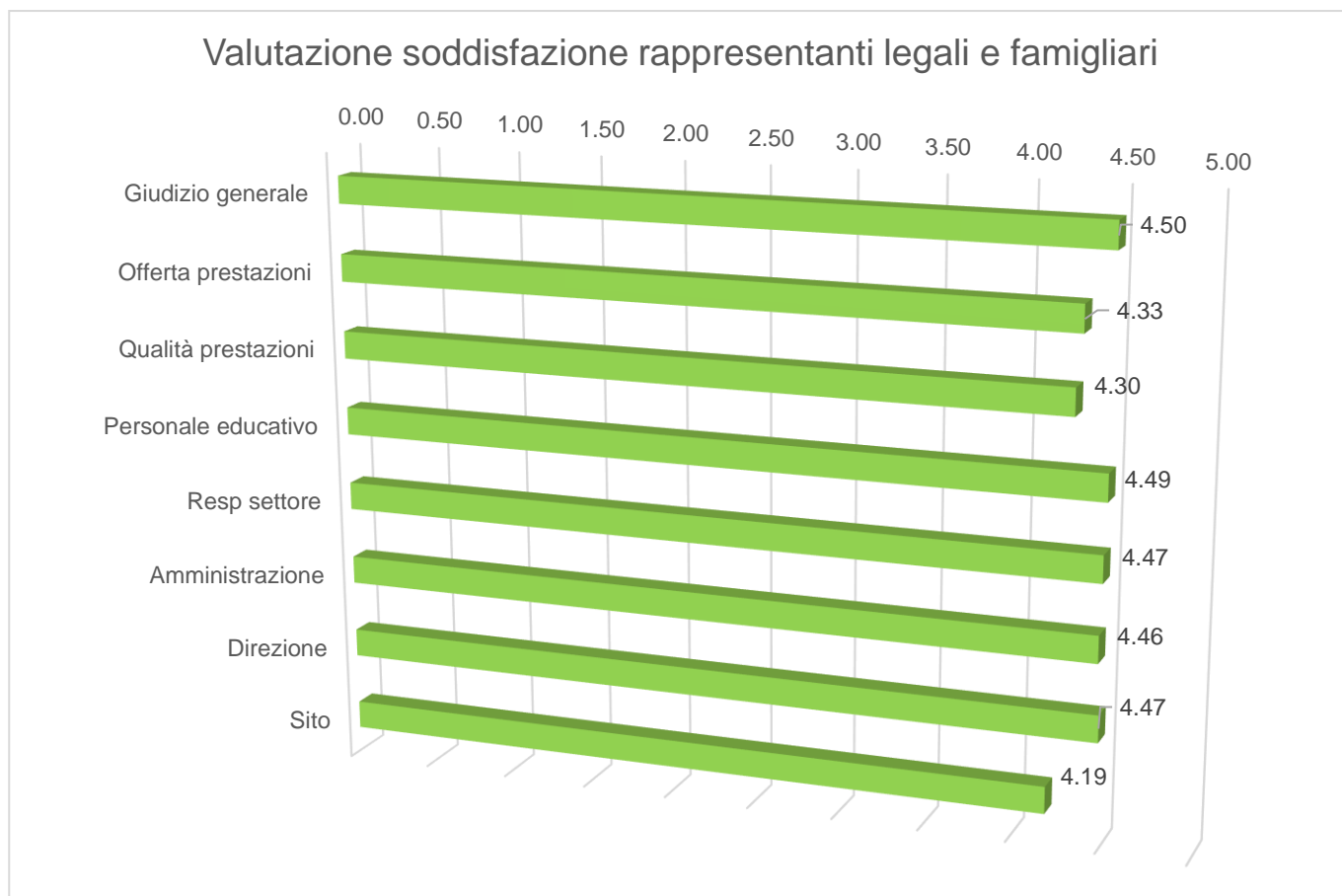
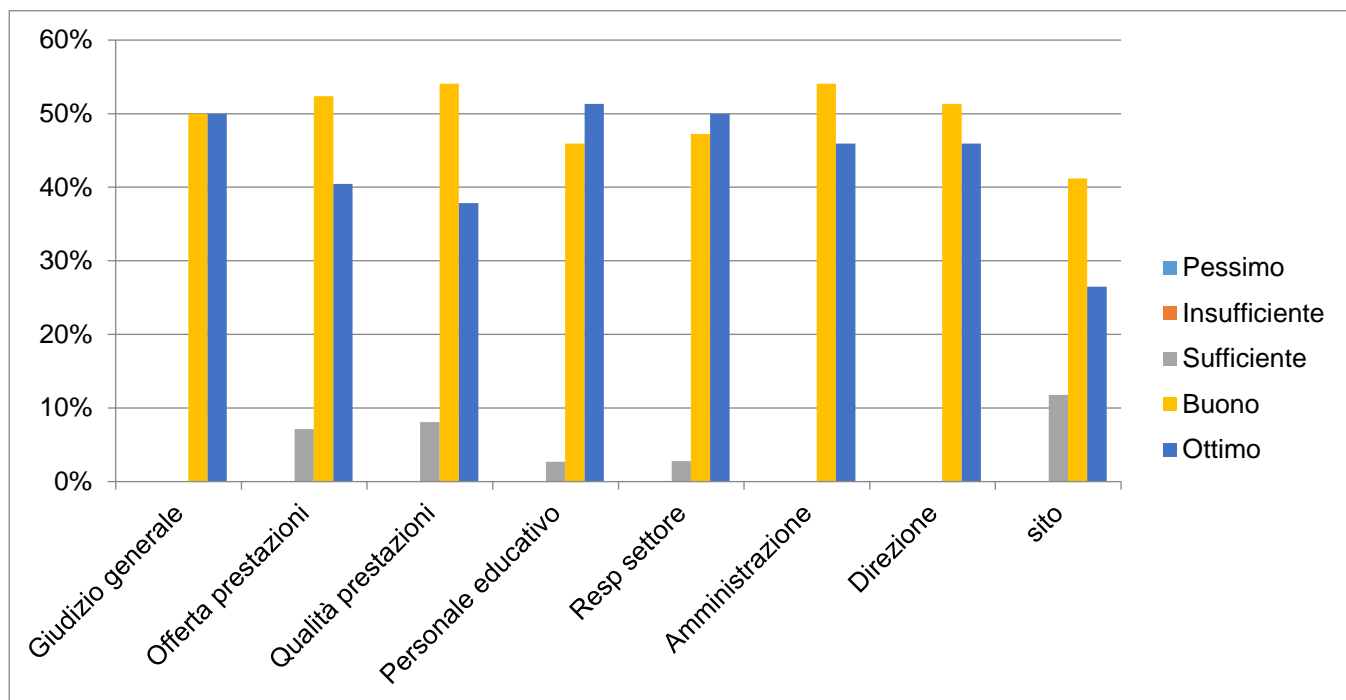


Grafico dei giudizi per ogni risposta:



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 53.70% (29 questionari rientrati su 54), vi è stato un leggero calo del 0.4% rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a **4.81 su 5**, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti il 76% dei formulari riporta come valutazione "ottimo", ed il 17 % "buono", non vi sono giudizi di valore inferiore, due clienti non hanno inserito il giudizio.

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

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2024, 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.

Durante l'anno si è riflettuto molto riguardo ad un'eventuale aggiornamento della modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti, in uso da alcuni anni. IL GQ ed il RS di Casa Don Orione hanno anche partecipato ad una giornata di lavoro organizzata dall'Ufficio degli invalidi con il GO2 LISPI proprio su questo tema. Date le casistiche molto diverse tra loro che sono presenti nelle nostre strutture e date le loro particolarità, principalmente psichiche, si è ritenuto che lo strumento in vigore è ancora affidabile ed attuale. Sebbene la soddisfazione dei nostri utenti viene rilevata quotidianamente dagli operatori tramite vari indicatori, la compilazione del questionario rappresenta una sorta di colloquio annuale personale tra l'utente ed il proprio educatore di riferimento, con il quale ha un rapporto di fiducia e riesce ad aprirsi con più facilità, cosa che invece risulterebbe loro molto difficile nel caso in cui a condurre l'intervista sia un auditore esterno al proprio gruppo. Inoltre, è un questionario molto flessibile che si adatta a qualsiasi tipo di persona: chi ha difficoltà ad esprimersi può segnare solo il suo grado di soddisfazione indicando una faccina felice o triste, chi invece vuole e può esprimersi di più ha tutto lo spazio per farlo, chi lo vuole compilare autonomamente lo può fare senza problemi, sia in forma cartacea, sia digitale.

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 **4.56 su 5**, dunque ben al di sopra del buono.

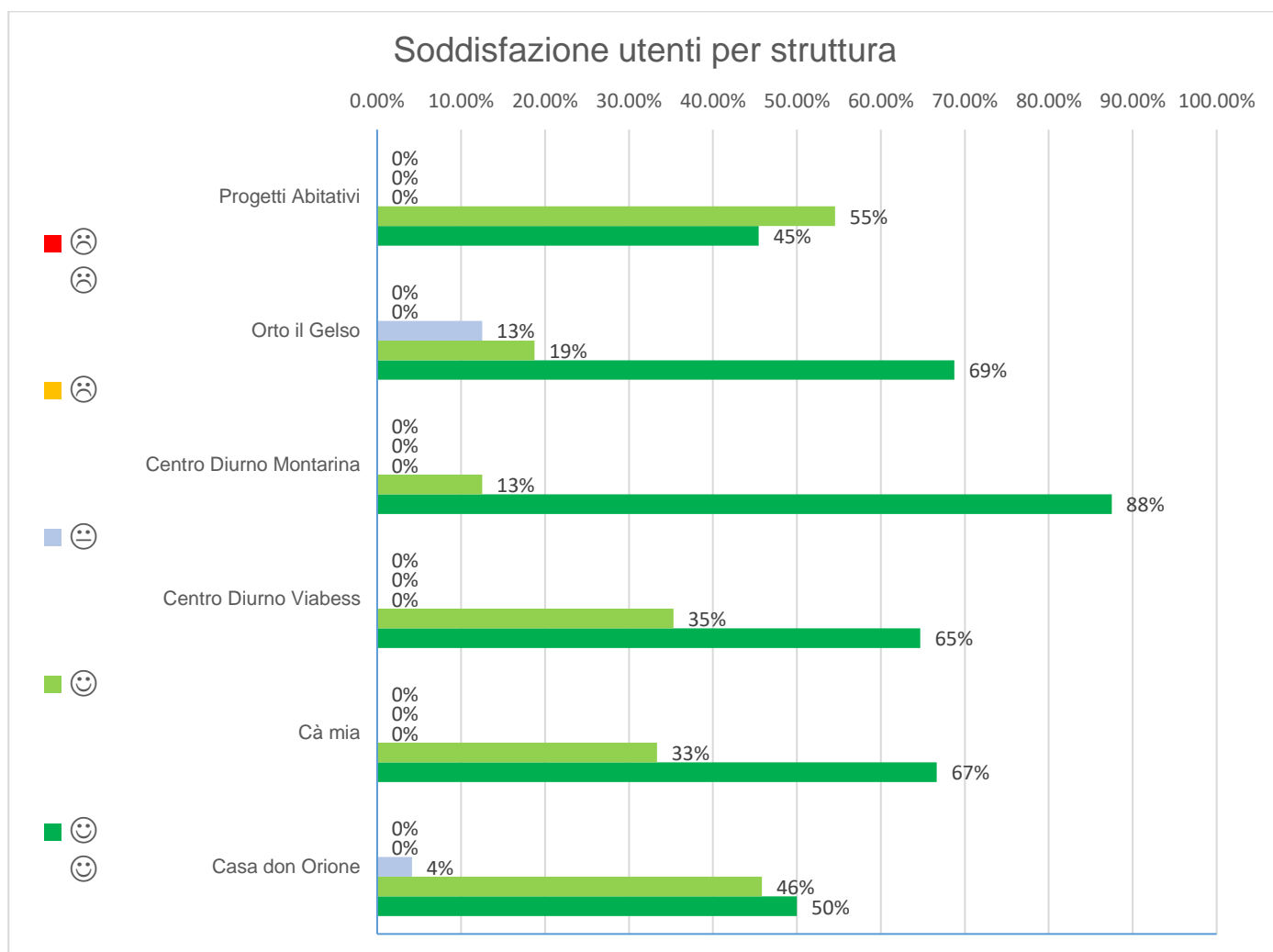
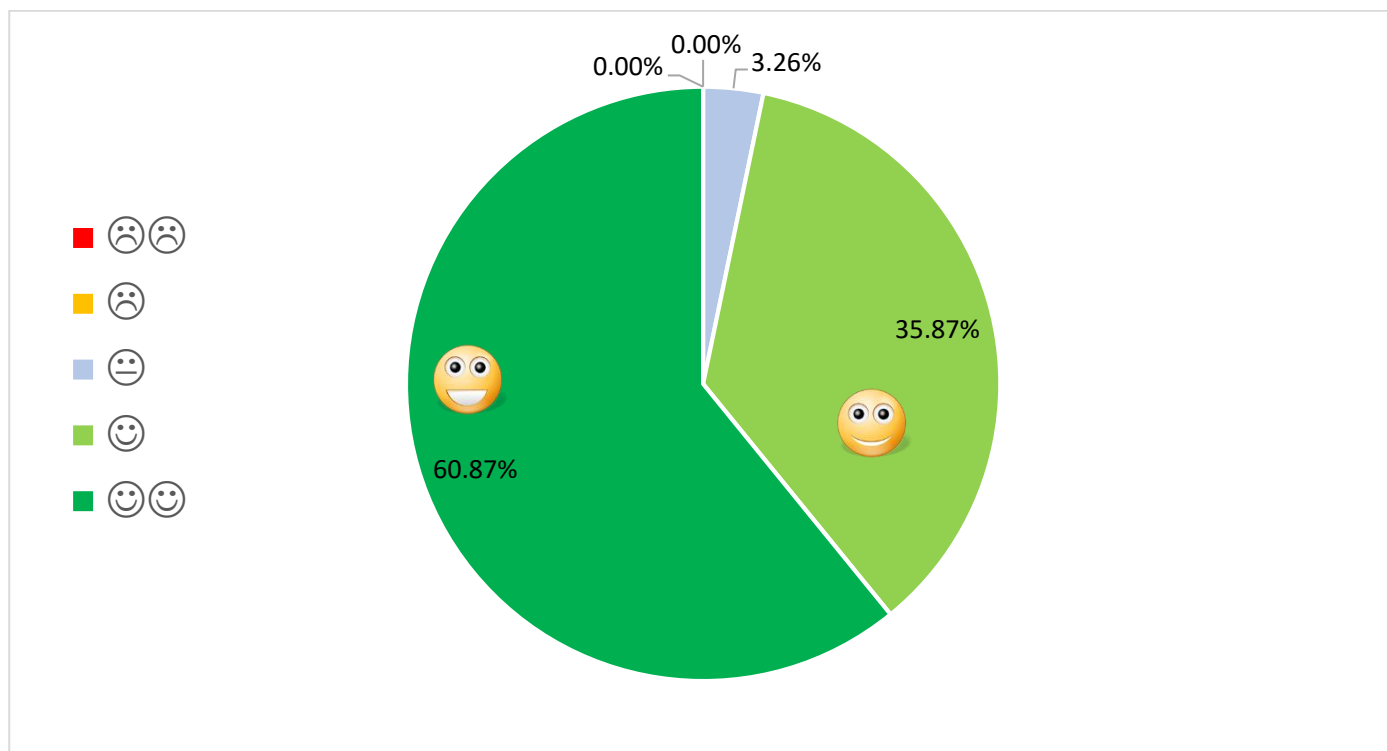
Le valutazioni qualitative sono sempre molto interessanti, spontanee e belle da leggere. I questionari restano disponibili ai responsabili di settore e vengono discussi con i famigliari e/o rappresentanti legali in occasione degli incontri di valutazione dei PSI.

Ecco i risultati sui 99 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%
2024	60.87%	35.87%	3.26%	0.00%	0.00%

Documenti di riferimento: Dossier e rapporti soddisfazione 2012-2024.

Grafico soddisfazione utenti 2024



Soddisfazione 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 52.38% (1.61% in più rispetto al 2023).

La media di tutte le risposte si situa a **4.04 su 5**, leggermente di sopra della soglia del "buono". Rispetto al 2023 il punteggio risulta più basso di 0.04 punti.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

- L'ambiente lavorativo nel proprio settore (4.43)
- La Direzione (4.42)
- Il proprio responsabile di settore (4.34)
- Il settore Amministrazione (4.33)
- Il Giudizio generale sulla FSG (4.30)

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

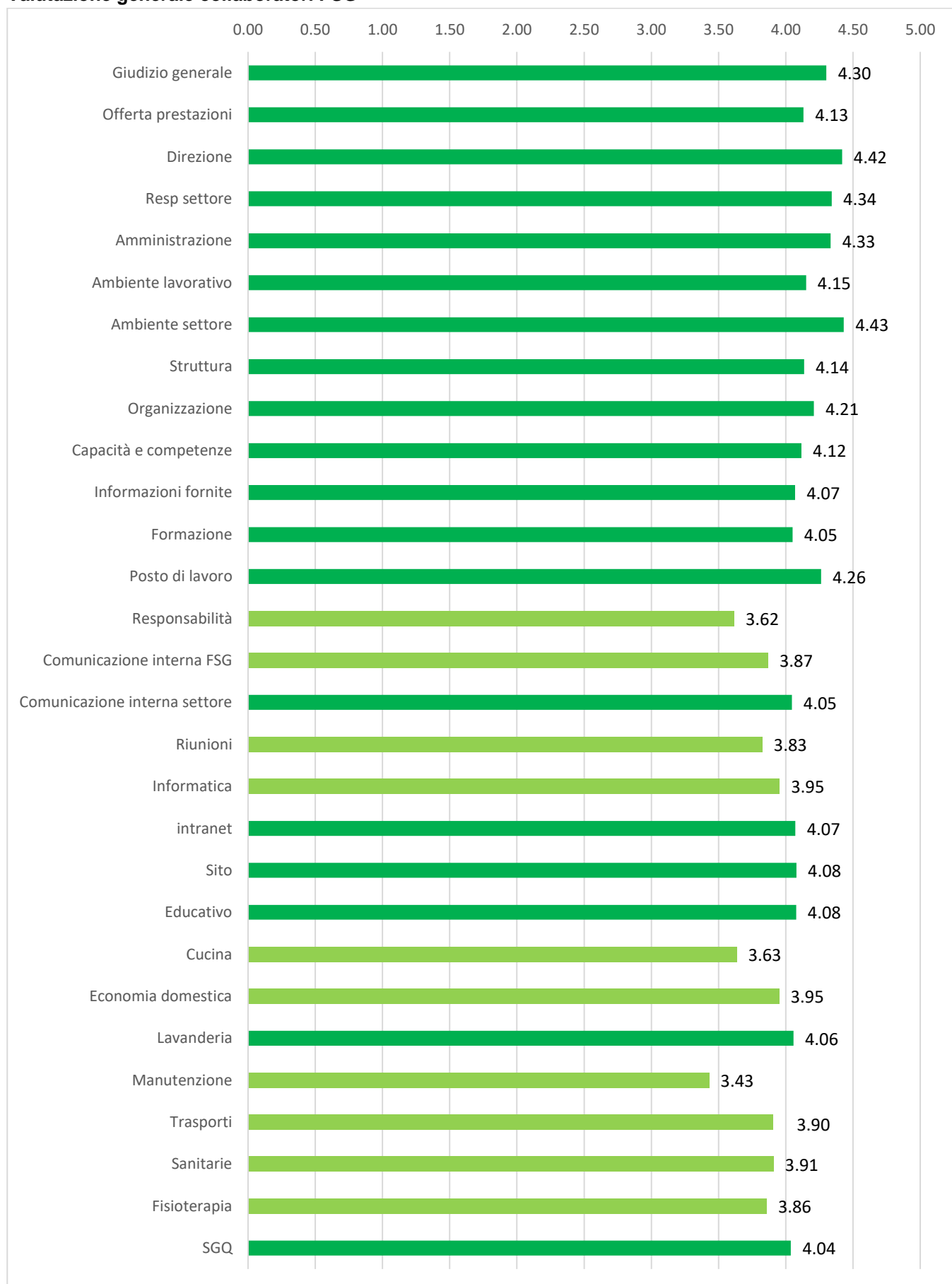
- Manutenzione (3.43)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.62)
- Cucina (3.63)
- Riunioni d'équipe (3.83)

Per quanto concerne la parte libera, come negli anni precedenti si contano molti contributi, sia positivi, sia negativi, ma come proposte di miglioramento, 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 la qualità di vita delle persone che accogliamo.

Per questioni di privacy le osservazioni aperte sono raccolte in forma anonima 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 2025.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2024.

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.

Gestione Qualità e Direzione - Fondazione San Gottardo