



Berna, 08.02.2022

# Piano

## Gestione della qualità alloggio (GQA)

### Valido dal: 1° luglio 2021

Mandante	Claudio Martelli (Mto), capo AD Asilo
Redattori	Nadine Santos de Brito (Eln), specialista SnAPR Patricia Tanner (Tapa), specialista SnAPR Stéphane Berger (Bete), specialista SnAPR
Classificazione	Interno
Stato	Approvato, PILAS del 22 giugno 2021
Versione	2.1 / Revisione approvata, finestra regionale PILAS 08.02.2022
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capo AD AS</li><li>- Incaricato gestione qualità (IGQ) AD AS</li><li>- Addetto al controllo della qualità (ACQ) AD AS</li><li>- PILAS</li><li>- Direzione Sezione P&amp;A</li><li>- SPoC FP Assistenza e sicurezza</li><li>- Sezione SnSI</li><li>- Sezione APR</li></ul>

#### Indice delle modifiche

Versione	Data	Modifica	Autori	Mandante
1.0	01.07.2021	Prima versione approvata del piano.	Eln, Tapa, Bete	Mto
2.0	14.12.2021	Revisione 2021	Eln	Ker
2.1	08.02.2022	Versione del piano approvata dal PILAS (finestra regionale)	Eln	Mto

#### Descrizione

Il Piano Gestione della qualità alloggio (GQA) definisce gli obiettivi e gli strumenti della gestione della qualità dell'alloggio e dell'assistenza nei Centri federali d'asilo (CFA).

# INDICE

<b>1. PRINCIPI DI BASE E REQUISITI</b> .....	<b>3</b>
1.1 OBIETTIVO DELLA GESTIONE DELLA QUALITÀ ALLOGGIO (GQA) .....	3
1.2 VANTAGGI E SIGNIFICATO DELLA GESTIONE DELLA QUALITÀ ALLOGGIO (GQA).....	4
1.3 CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
1.4 DURATA DI VALIDITÀ.....	5
1.5 MANDANTE E MANDATO .....	5
1.6 CONDIZIONI GENERALI.....	5
<b>2. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONE</b> .....	<b>6</b>
2.1 DELIMITAZIONE E RELAZIONI.....	6
2.2 INQUADRAMENTO ORGANIZZATIVO E COMPETENZE .....	6
2.3 RISORSE .....	7
2.4 FATTORI DI SUCCESSO .....	7
2.5 PANORAMICA DEI COMPITI, DELLE COMPETENZE E DELLE RESPONSABILITÀ.....	7
<b>3. IMPLEMENTAZIONE DELLA GARANZIA DELLA QUALITÀ</b> .....	<b>11</b>
3.1 DEFINIRE E VALUTARE LA QUALITÀ .....	11
3.2 STANDARD DI QUALITÀ ALLOGGIO (SQA).....	12
3.3 OBIETTIVI DI QUALITÀ.....	12
3.4 CULTURA.....	12
3.5 PROCESSO DI MIGLIORAMENTO .....	13
3.6 GESTIONE DEI RECLAMI (INTERNA/ESTERNA).....	13
3.7 GESTIONE DEI FORNITORI DI PRESTAZIONI.....	13
3.8 AUDIT.....	13
3.9 ISPEZIONI.....	15
3.10 INDICATORI.....	15
3.11 AUDIZIONI .....	16
3.12 PROPOSTE .....	16
<b>4. ATTUAZIONE E CONDUZIONE</b> .....	<b>17</b>
4.1 PIANIFICAZIONE E LINEE GUIDA (PLAN) .....	17
4.2 IMPLEMENTAZIONE E APPLICAZIONE (DO) .....	17
4.3 CONTROLLING (CHECK) .....	17
4.4 MIGLIORAMENTO E SVILUPPO (ACT) .....	18
4.5 AGENDA GQA .....	19
4.5 PANORAMICA CONDUZIONE .....	20
4.6 PRESTAZIONI DELLA SNAPR / P&A .....	21
<b>5. ALLEGATO</b> .....	<b>22</b>
5.1 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....	22
5.2 ELENCO STRUMENTI AUSILIARI .....	22

# 1. Principi di base e requisiti

## 1.1 Obiettivo della Gestione della qualità alloggio (GQA)

L'obiettivo della **Gestione della qualità alloggio (GQA)** è garantire che:

### Principi di base

- l'**assistenza** dei richiedenti l'asilo (RA) nei Centri federali d'asilo (CFA) sia conforme ai **requisiti di leggi e direttive** nonché ai requisiti in materia di comportamento etico di tutti i collaboratori in un CFA;
- siano **evitati o limitati** possibili **rischi** per i RA o la SEM, che possono insorgere a causa del mancato rispetto di norme legali o etiche;
- il **modo di lavorare** nei CFA corrisponda agli **standard di qualità** prestabiliti e, in caso di **discrepanze**, si possano adottare **misure** correttive in tempi brevi;
- sia **verificato** e valutato in modo uniforme e con la cadenza prescritta il **rispetto degli standard di qualità** mediante gli **strumenti di valutazione** prestabiliti.

### Aggiornamento e miglioramento

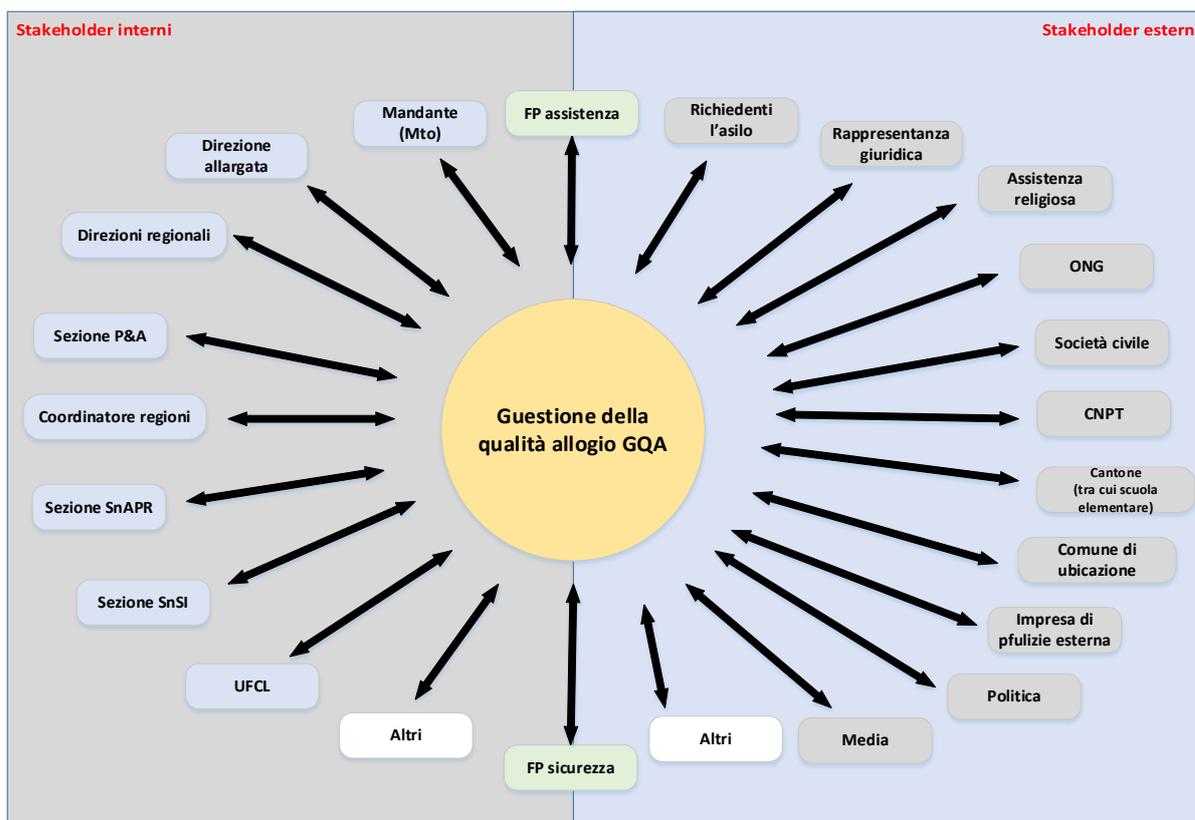
- gli **standard di qualità** e gli **strumenti di valutazione** siano costantemente **adeguati** in base alle **revisioni dei documenti di riferimento** (p. es. Piano d'esercizio Alloggio PE, Manuale Accesso dei RA all'assistenza sanitaria e procedure nel CFA, Manuale per l'assistenza ai RMNA nei CFA, ecc.);
- laddove indicato, sia avviato ed eseguito un **processo di miglioramento continuo**;
- sia possibile sviluppare «**buone pratiche**» e diffonderle in tutte le regioni d'asilo.

### Obiettivo operativo

- sia raggiunto l'obiettivo minimo del **75 per cento per l'adempimento degli standard di qualità** (indicatori) nel settore dell'alloggio nel controlling SEM.

## 1.2 Vantaggi e significato della Gestione della qualità alloggio (GQA)

### Panoramica degli stakeholder interni ed esterni



#### Stakeholder interni

La GQA serve alla direzione e al mandante (Mto/capo AD AS) nella centrale nonché alle direzioni delle regioni, alle sezioni P&A nelle sei regioni d'asilo della SEM e al coordinatore delle regioni come **processo di conduzione affermato** per l'**attuazione** e la **sorveglianza** degli standard di qualità e per la riduzione dei principali rischi legati alla **compliance**. Inoltre, la GQA è uno strumento di conduzione per **instaurare un processo di miglioramento continuo** e «**buone pratiche**» nelle sei regioni d'asilo. Un'attuazione coerente della GQA evidenzia poi se la SEM agisce **conformemente alle proprie linee guida**. Coinvolgendo uffici che toccano tutti gli AD (SnSI e UFCL), si garantisce la diffusione di una **consapevolezza comune** e di un senso della qualità nel settore dell'alloggio e dell'assistenza.

#### Stakeholder esterni

Per i RA la GQA garantisce che l'**alloggio e l'assistenza siano adeguati, rispondano ai loro bisogni** e siano garantiti in modo **uniforme** in tutti i CFA. Grazie alla GQA, i fornitori di prestazioni (FP) esterni nel settore dell'assistenza e della sicurezza possono orientarsi a **linee guida uniformi** e attuarle nel loro lavoro quotidiano, a prescindere dal loro datore di lavoro.

Nei confronti di **altri stakeholder**, come p. es. la CNPT, l'ACNUR, il CPT, le ONG, i media e la politica, l'attuazione coerente della GQA è una **prova** che la SEM ritiene importante un'**elevata qualità dell'alloggio e dell'assistenza** di tutti i RA nei CFA e la sua verifica regolare con diversi strumenti di valutazione. **Verificando gli standard di qualità**, è possibile fornire **in qualsiasi momento** agli stakeholder esterni **informazioni sul grado di rispetto degli standard** nel quadro della legge federale sul principio di trasparenza dell'amministrazione (LTras).

### 1.3 Campo di applicazione

Il campo di applicazione si estende a **tutte le attività** (fatta eccezione per i temi menzionati al n. 2.1 sotto «Delimitazione») nel settore dell'**alloggio e dell'assistenza nei CFA**. La base di riferimento è costituita dal Piano d'esercizio Alloggio (PE): <https://sharepoint.ad-min.ch/ejpd/sem/it-ch/asyl/unterbringung/beko/Documents/Piano%20d'esercizio%20Alloggio%20PE%20-%2001.01.2021.pdf>

Il **PE** è il **manuale** per l'esercizio dei CFA della SEM. Contiene tutti i **principi e le norme rilevanti** che devono essere rispettati dai diversi attori nei CFA nel settore dell'alloggio e dell'assistenza. Il **PE** contiene gli **obiettivi** e gli **standard** per tutti i processi nel settore dell'alloggio e dell'assistenza dei RA nei CFA. Questi valgono, salvo disposizioni contrarie, in egual misura **per tutti i CFA** e per tutti i gruppi di persone.

I **destinatari** del PE sono soprattutto le **direzioni delle regioni**, le **sezioni P&A**, i **FP assistenza**, incluso il personale sanitario, i **FP sicurezza** nonché tutti gli altri attori che operano nei CFA.

### 1.4 Durata di validità

Il presente **Piano** è stato approvato dal PILAS il **22 giugno 2021**, è entrato **in vigore il 1° luglio 2021** e rimane valido fino a revoca. Eventuali **revisioni** dei documenti di riferimento – soprattutto del PE – sono **riprese** autonomamente **nella GQA** dalla SnAPR almeno una volta all'anno con conseguente **adeguamento** del presente documento.

### 1.5 Mandante e mandato

Il **mandante** della GQA è il **Capo dell'Ambito direzionale Asilo**, che ha incaricato il coordinatore delle regioni e la **sezione APR** di implementare un sistema di garanzia della qualità per il settore dell'**alloggio e dell'assistenza nei CFA**, in modo da assicurare un alloggio appropriato e adeguato alla situazione dei RA, tenendo in debita **considerazione** le persone con **bisogni particolari**. La sezione APR ha dunque il compito di verificare il **rispetto delle linee guida del PE** e di comunicare eventuali discrepanze al mandante e al coordinatore delle regioni.

### 1.6 Condizioni generali

La base della GQA è costituita dal Piano d'esercizio Alloggio (PE), inclusi gli allegati.

## 2. Organizzazione e funzione

### 2.1 Delimitazione e relazioni

#### Delimitazione

- I processi negli ambiti **registrazione** ed **esecuzione delle procedure d'asilo** nei CFA **non** sono oggetto della GQA.
- La responsabilità per la **conformità legale del PE** è dei **responsabili del contenuto del PE** e non della GQA.
- I **processi** tra la **sezione SI** e i **FP sicurezza non** sono verificati/sorvegliati nell'ambito della GQA.
- La **responsabilità per l'attuazione e il rispetto del PE** nelle regioni d'asilo è delle rispettive **direzioni**.

#### Relazioni e ulteriori requisiti

Il **PE** è stato elaborato tenendo **conto** delle **raccomandazioni**

- della Commissione nazionale per la prevenzione della tortura (CNPT);
- dell'Ufficio delle Nazioni Unite Alto Commissariato per i rifugiati (ACNUR) e
- della Commissione federale della migrazione (CFM).

Nell'ambito della collaborazione con lo European Union Agency for Asylum (EUAA), ha luogo uno scambio regolare con altri Stati europei e, laddove possibile, vengono sfruttate sinergie e sviluppate «buone pratiche».

In futuro, nella GQA potranno essere considerati eventuali requisiti di altri stakeholder.

### 2.2 Inquadramento organizzativo e competenze

#### Inquadramento organizzativo

Garantire il rispetto degli standard di qualità **competete alle direzioni delle sei regioni d'asilo**. Le **direzioni delle sezioni P&A** sono responsabili per l'implementazione operativa e l'attuazione degli standard di qualità nei CFA.

Il coordinatore delle regioni è responsabile per l'attuazione della GQA in tutte le regioni e la **sezione centrale APR** è competente per **l'attuazione operativa, la verifica, il monitoraggio e l'ulteriore sviluppo della GQA**. Dal punto di vista organizzativo, la sezione APR è inserita nella regione d'asilo Berna.

#### Competenze

In caso di **eventuali modifiche** dei documenti di riferimento – soprattutto del PE – la sezione APR è **competente e autorizzata ad apportare le pertinenti modifiche agli standard di qualità, senza previa consultazione di altre commissioni**.

In caso di necessità, la sezione APR può effettuare **audit o ispezioni** nei CFA **senza preavviso**.

La sezione APR può **informare direttamente il mandante** in caso di disaccordi relativi all'attuazione degli standard di qualità.

## 2.3 Risorse

Gli **standard qualitativi alloggio (SQA) approvati** e implementati **dal PILAS** costituiscono il **fondamento** per le **attività** nell'ambito della GQA. Il mandante mette a disposizione le necessarie risorse di personale per attuare il presente Piano GQA dal punto di vista operativo. Le **direzioni delle regioni** devono invece assicurare che nelle regioni d'asilo siano disponibili le **risorse di personale** necessarie per l'**attuazione della GQA**.

## 2.4 Fattori di successo

Affinché l'implementazione abbia successo, è essenziale **attuare in modo coerente le misure correttive predefinite e rispettare i termini concordati**. Inoltre un'attuazione riuscita può essere garantita soltanto con **sufficienti risorse di personale**. Una **consapevolezza comune della qualità a tutti i livelli** è una condizione importante affinché la qualità sia vissuta. Tutti i dirigenti sostengono l'attuazione della GQA in modo esemplare.

## 2.5 Panoramica dei compiti, delle competenze e delle responsabilità

Funzione	Compiti e competenze	Responsabilità / Risultato
<b>Mandante</b> (Vicedirettore AD AS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferimento del mandato, predisposizione delle risorse e approvazione GQA.</li> <li>• Approvazione finale:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- PE</li> <li>- SQA</li> <li>- reporting GQA (mensile)</li> <li>- revisione PE (annuale)</li> </ul> </li> <li>• Supporto per misure correttive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il mandato è conferito, sono disponibili sufficienti risorse e la GQA è approvata.</li> <li>• Il PE, gli SQA, il reporting GQA e la revisione annuale del PE sono approvati.</li> <li>• Convalida, risorse, conseguenze in caso di mancata osservanza / mancato rispetto.</li> </ul>
<b>Direzioni delle regioni</b>	<p><b>Responsabilità strategica GQA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuzione delle risorse approvate nelle regioni d'asilo.</li> <li>• Garanzia dell'attuazione della GQA nelle regioni d'asilo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le regioni d'asilo hanno a disposizione le risorse necessarie.</li> <li>• Il PE e gli SQA sono rispettati nelle regioni d'asilo.</li> </ul>
<b>Direzione P&amp;A</b>	<p><b>Responsabilità tecnica per la GQA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo della GQA in tutti i CFA nella regione d'asilo.</li> <li>• Allestimento mensile di indicatori e inoltre agli incaricati GQA SnAPR.</li> <li>• Implementazione di un sistema di controllo regionale per le ispezioni.</li> <li>• Esecuzione del processo di miglioramento continuo (PMC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attuazione della GQA è assicurata.</li> <li>• Gli indicatori aggiornati sono inoltrati alla SnAPR entro i termini.</li> <li>• Esiste un sistema di controllo regionale per le ispezioni. Le valutazioni sono costantemente inoltrate alla SnAPR.</li> <li>• In caso di discrepanze, si esegue il PMC.</li> </ul>

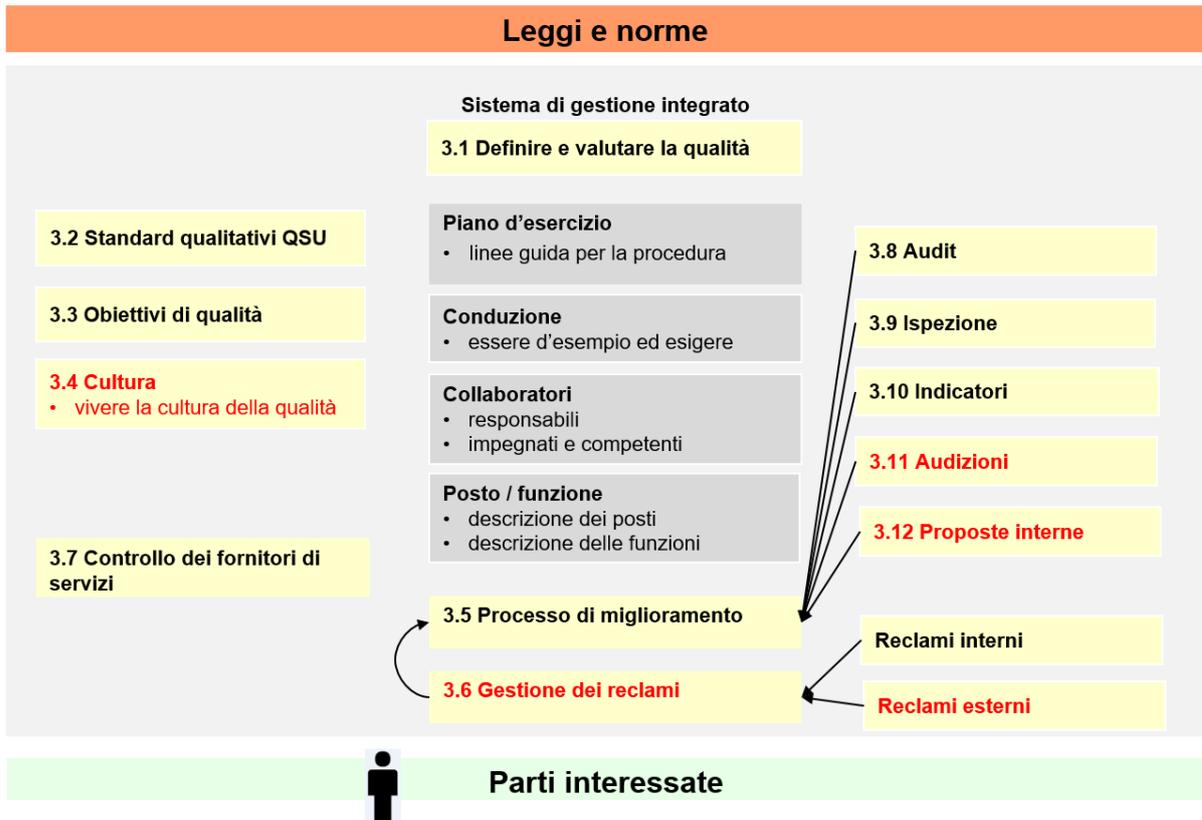
Funzione	Compiti e competenze	Responsabilità / Risultato
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinazione di misure in caso di discrepanze/carenze e controlling relativo agli SQA.</li> <li>• Predisposizione di risorse di personale per la partecipazione agli audit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono avviate misure sulla base dei risultati dell'analisi delle cause.</li> <li>• La SnAPR ha sufficienti <i>auditor</i> a disposizione.</li> </ul>
<b>Coordinatore delle regioni</b>	<p><b>Responsabilità strategica globale GQA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilità in tutte le regioni per l'attuazione della GQA e predisposizione delle risorse per la SnAPR</li> <li>• Approvazione finale a livello di coordinamento delle regioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PE</li> <li>- SQA</li> <li>- reporting GQA (mensile)</li> <li>- revisione PE (annuale)</li> <li>- revisione SQA (annuale)</li> </ul> </li> <li>• Approvazione della pianificazione annuale degli audit e approvazione a livello di coordinamento tra le regioni.</li> <li>• Definizione dei criteri materiali per gli audit</li> <li>• Intervento e adozione di misure a livello della Conferenza dei responsabili delle regioni procedurali (CRR) qualora l'obiettivo minimo di un adempimento al 75% degli standard qualitativi (indicatori) nel settore dell'alloggio è a rischio nel quadro del controlling della SEM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La GQA è attuata e sono disponibili sufficienti risorse</li> <li>• PE, SQA, reporting GQA, rapporto di audit e revisioni annuali sono approvati.</li> <li>• La CRR e l'ACQ/IQ AD AS sono informati mensilmente sullo stato di attuazione della GQA.</li> <li>• Gli audit sono eseguiti secondo il programma annuale e i rapporti di audit sono approvati e inviati conformemente al distributore.</li> <li>• I contenuti da esaminare sono definiti.</li> <li>• Le misure sono definite a livello di CRR.</li> </ul>
<b>Direzione SnAPR</b>	<p><b>Responsabilità operativa GQA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione operativa della GQA e predisposizione delle risorse SnAPR.</li> <li>• Approvazione a livello della SnAPR: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PE</li> <li>- SQA</li> <li>- reporting GQA (mensile)</li> <li>- rapporto di audit</li> <li>- revisione PE (annuale)</li> <li>- revisione SQA (annuale)</li> </ul> </li> <li>• Approvazione e attuazione del programma annuale di audit e approvazione dei rapporti di audit a livello di sezione.</li> <li>• Informazione del coordinatore delle regioni in caso di gravi discrepanze o di mancato raggiungimento del valore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La GQA è attuata e sono disponibili sufficienti risorse.</li> <li>• PE, SQA, reporting GQA, rapporto di audit e revisioni annuali sono approvati.</li> <li>• La CRR e l'ACQ/IQ AD AS sono informati mensilmente sullo stato di attuazione della GQA.</li> <li>• Gli audit sono eseguiti secondo il programma annuale e i rapporti di audit sono approvati.</li> </ul>

Funzione	Compiti e competenze	Responsabilità / Risultato
	<p>target del 75%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La SnAPR è responsabile per la verifica costante della conformità del PE alla legge e per il suo eventuale adeguamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La conformità del PE alla legge è verificata.</li> </ul>
<p><b>Incaricato GQA SnAPR</b></p>	<p><b>Attuazione operativa della GQA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- reporting GQA (mensile)</li> <li>- revisione PE (annuale)</li> <li>- revisione SQA (annuale)</li> </ul> </li> <li>Esecuzione degli audit in programma, inclusa la redazione dei rapporti di audit entro i termini.</li> <li>Individuazione di rischi e trend.</li> <li>Elaborazione di linee guida e strumenti ausiliari adeguati allo scopo.</li> <li>Avvio e monitoraggio del processo di miglioramento continuo (PMC).</li> <li>Elaborazione di «migliori pratiche».</li> <li>Programmazione ed esecuzione di formazioni relative alla GQA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il reporting GQA mensile e le revisioni annuali del PE e dei SQA sono redatti.</li> <li>Tutti gli audit in programma sono eseguiti e i rapporti di audit sono redatti.</li> <li>I rischi e i trend sono riconosciuti tempestivamente e sono inseriti nel reporting GQA.</li> <li>Le regioni d'asilo e la SnAPR hanno a disposizione linee guida e strumenti ausiliari adeguati allo scopo e questi sono costantemente aggiornati e sviluppati.</li> <li>In caso di discrepanze che evidenziano le caratteristiche di un problema, viene avviato un processo di risoluzione dei problemi, vale a dire che si esegue un'analisi delle cause con l'obiettivo di eliminarle.</li> <li>Sono elaborate «migliori pratiche», che sono a disposizione di tutte le regioni d'asilo.</li> <li>Si programmano e si effettuano formazioni regolari.</li> </ul>
<p><b>FP assistenza</b>, incluso il personale sanitario, <b>FP sicurezza</b> nonché tutti gli altri attori operativi nei CFA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione a formazioni relative alla GQA.</li> <li>Presentazione proattiva e tempestiva di proposte per migliorare la GQA.</li> <li>Predisposizione di informazioni rilevanti, aggiornate e oggettive in occasione dei controlli (indicatori, audit, ispezioni).</li> <li>Messa a disposizione del personale necessario per la GQA (p. es. per i colloqui di audit).</li> <li>Attuazione di misure di correzione e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I collaboratori prendono parte alle formazioni, hanno compreso i contenuti e dispongono delle corrispondenti competenze.</li> <li>Le proposte sono presentate tempestivamente.</li> <li>Sono preparate informazioni.</li> <li>È disponibile il personale necessario.</li> <li>Le misure di correzione sono attuate entro i termini e la necessità di</li> </ul>

Funzione	Compiti e competenze	Responsabilità / Risultato
	richiesta di ulteriori risorse, se necessario.	ulteriori risorse è notificata.

### 3. Implementazione della garanzia della qualità

L'implementazione degli elementi volti a garantire la qualità nel sistema di gestione avviene secondo il grafico seguente.



Rosso: Elementi di sviluppo in programma  
Giallo: Elementi della garanzia della qualità  
Grigio: Struttura di base/principi prefissati

#### 3.1 Definire e valutare la qualità

Leggi e ordinanze costituiscono la base del PE e dei suoi allegati e quindi anche degli SQA. Pertanto la verifica del rispetto degli standard fornisce sempre anche informazioni sul grado di **conformità con le leggi e le linee guida**.

Interessante è anche l'**effetto** degli **interventi** in relazione a **gruppi d'interesse** diversi. Ciò significa che **valutare la qualità** ci aiuta a riflettere sull'effetto dei nostri interventi e ad apportare **miglioramenti** laddove necessario. In questo modo miglioriamo costantemente anche l'**efficacia del sistema di gestione**.

## 3.2 Standard di qualità alloggio (SQA)

Gli standard di qualità sono suddivisi nei settori **PE**, **medicina** e **RMnA** in base alle linee guida contenute nei seguenti documenti di riferimento:

- **Piano di esercizio Alloggio (PE)**
  - Piano di prevenzione della violenza
  - Sistema di gestione dei reclami[Standard qualitativi per l'alloggio \(SQA\) – Ambito Piano d'esercizio Alloggio \(PE\).pdf](#)
- **Manuale Accesso dei RA all'assistenza sanitaria e procedure nel CFA**
  - Gestione degli agenti terapeutici nei CFA[Standard qualitativi per l'alloggio \(SQA\) – Ambito Medicina.pdf](#)
- **Manuale per l'assistenza ai richiedenti l'asilo minorenni non accompagnati (RMNA) nei centri federali d'asilo (CFA)**  
[Standard qualitativi per l'alloggio \(SQA\) – Ambito Assistenza RMNA.pdf](#)

*Non appena sarà pronta la **Guida per persone con bisogni particolari (PcBp)**, saranno definiti pertinenti SQA anche per questa.*

Gli SQA sono ponderati e suddivisi nelle categorie **critici** (rosso), **importanti** (arancione) e **meno importanti** (verde). Grazie a questa ponderazione, negli audit e nelle ispezioni è possibile effettuare una prioritizzazione degli standard e nei reporting/rapporti adottare un focus particolare.

## 3.3 Obiettivi di qualità

La GQA persegue i seguenti quattro tipi di obiettivi di qualità:

- **obiettivi di sviluppo** (p. es. introduzione Piano GQA, implementazione degli SQA)
- **obiettivi di sistema** (p. es. formazione collaboratori)
- **obiettivi di qualità e di efficacia** (p. es. gestione dei reclami, soddisfazione stakeholder)
- **obiettivi di prestazione e miglioramento** (p. es. audit in programma/ eseguiti, misure di miglioramento attuate con successo).

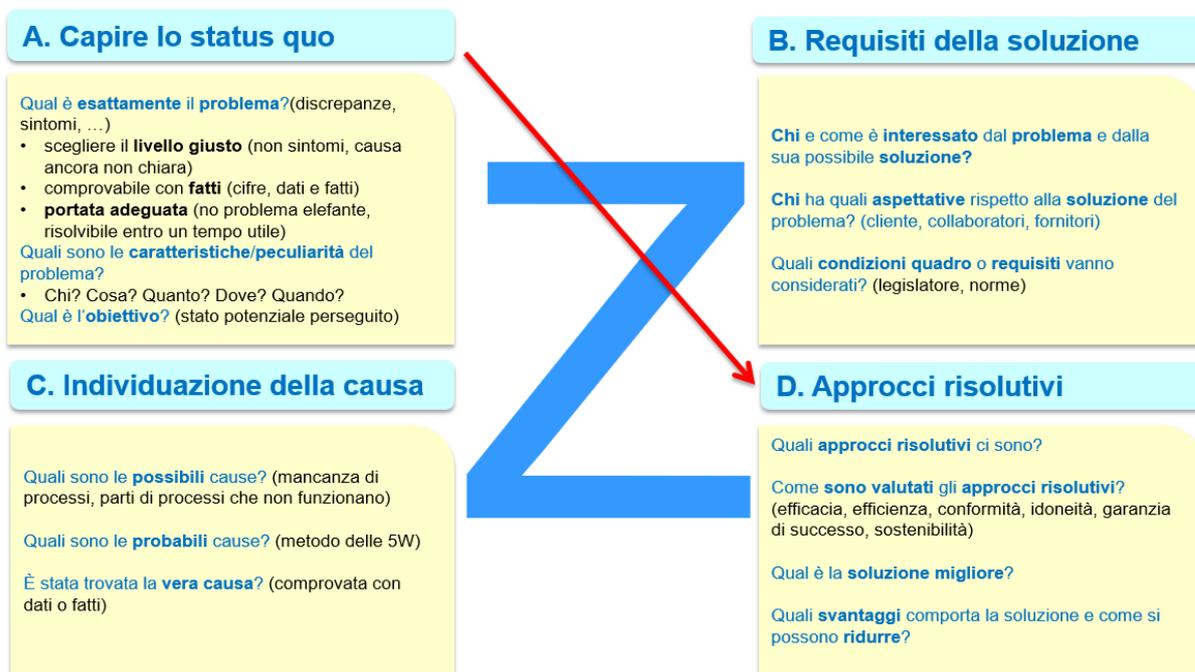
## 3.4 Cultura

Una cultura vissuta della qualità può fornire un importante contributo per consentire un esercizio senza intoppi.

-> v. *Agenda GQA, capitolo 4.5*

### 3.5 Processo di miglioramento

Affinché sia possibile migliorare o eliminare in modo sostenibile ed efficace **discrepanze** dagli standard di qualità, per **ogni discrepanza** viene avviato un **processo di risoluzione dei problemi** secondo il seguente modello Z. La **responsabilità** è della direzione della regione ovvero della **direzione della sezione P&A**.



*La successione delle diverse fasi del processo di risoluzione dei problemi può variare in funzione del tipo di discrepanza ed essere adeguata in funzione dei bisogni.*

### 3.6 Gestione dei reclami (interna/esterna)

Una volta completata, la gestione interna ed esterna dei reclami nel settore dell'alloggio e dell'assistenza sarà oggetto di un apposito capitolo nel PE e quindi costituirà la base per ulteriori standard da sviluppare e implementare nella GQA.

### 3.7 Gestione dei fornitori di prestazioni

Per garantire la qualità, la sezione P&A effettua colloqui settimanali con i fornitori di prestazioni (FP) di assistenza e sicurezza. Inoltre, una volta al mese organizza un colloquio con tutti i partner nel CFA. Per di più, le sezioni P&A e il RSic controllano una volta alla settimana i CFA prendendo a riferimento le linee guida degli SQA e sorvegliano costantemente i processi di miglioramento avviati a causa di discrepanze.

### 3.8 Audit

#### Obiettivi dell'audit

Obiettivo dell'audit è verificare periodicamente i processi lavorativi dei FP assistenza, dei FP sicurezza e della sezione P&A SEM nonché dei loro risultati nell'ottica del grado di adempimento degli standard di qualità.

### **Programma degli audit**

Il **programma degli audit** è la **pianificazione temporale degli audit per tre anni**. Il mandante stabilisce che **ogni anno** debbano essere effettuati **sei audit**, ossia ogni **regione d'asilo** deve essere sottoposta ad audit almeno **una volta all'anno**. In questo contesto i CFA con funzione procedurale (CFA cfp) devono essere sottoposti ad audit una volta ogni due anni, se possibile. Spetta al coordinatore delle regioni definire i criteri materiali secondo cui svolgere gli audit.

### **Team degli audit**

Gli audit hanno durata di quattro giorni (CFA cfp) o tre giorni (CFA sfp) e sono effettuati da quattro auditor. Il team incaricato dell'audit è composto da due o tre rappresentanti della sezione APR e uno o due rappresentanti della sezione P&A di una regione d'asilo che non è soggetta ad audit in quel momento. Nel comporre i team va considerata la regione linguistica del CFA da sottoporre ad audit e quindi vanno tenute presenti le conoscenze linguistiche degli auditor.

Facendo **partecipare** i collaboratori della **sezione P&A**, da un lato si garantisce che siano disponibili le conoscenze tecniche della prassi, il che aumenta anche l'accettazione degli audit sul posto, e dall'altro si approfondiscono le conoscenze dei processi in altri CFA.

### **Pianificazione delle risorse per gli audit**

Attraverso la **pianificazione delle risorse**, la **direzione della sezione APR stabilisce** quali collaboratori effettuano gli audit e chi assume la direzione dell'audit. La partecipazione all'audit dei rappresentanti della sezione P&A, riconfermata dalla SnAPR, è vincolante e, in caso di eventuale assenza, la rispettiva regione d'asilo è tenuta a inviare un sostituto.

### **Rapporto di audit**

Dopo ciascun audit, la sezione APR redige un rapporto di audit, che indica, tra l'altro, quali SQA sono stati verificati (p. es. solo standard critici), se sono state riscontrate discrepanze e, in caso affermativo, quali. In questo contesto viene fornita la pertinente prova dell'audit, ossia si spiega sulla base di quali documenti, dichiarazioni o osservazioni è avvenuta la verifica dello standard.

Il rapporto di audit contiene poi indicazioni, raccomandazioni e «buone pratiche» identificate. Infine si spiega brevemente la procedura e la metodologia adottate, nonché gli ulteriori passi da intraprendere.

Il rapporto di audit è trasmesso ai seguenti destinatari:

- Direzione della regione CFA
- Caposezione P&A CFA
- RSic CFA
- Direzione FP assistenza e sicurezza CFA
- SPoC FP assistenza e sicurezza CFA
- Capo AD AS (mandante)
- IGQ AD AS
- ACQ AD AS
- Coordinatore regione
- Direzione SnAPR
- Direzione sezione SI
- Team di auditor

Inoltre il rapporto viene presentato alle seguenti commissioni per conoscenza:

- CR P&A
- CRR

Sulla base della legge federale sul principio di trasparenza dell'amministrazione (LTras), su richiesta il rapporto di audit è fornito anche a esterni.

### 3.9 Ispezioni

L'obiettivo delle ispezioni è quello di **verificare regolarmente** e migliorare il **rispetto** degli **standard di qualità prestabiliti** in tutti i CFA. I modelli a tal fine sono elaborati e messi a disposizione delle regioni d'asilo dalla sezione APR.

Per gli standard di qualità **critici** (rosso)

- si effettua un'ispezione almeno due volte all'anno in ogni CFA.

Per gli standard di qualità **importanti** (arancione) e **meno importanti** (verde)

- si effettua un'ispezione una volta all'anno.

La **direzione delle regioni** è responsabile per l'**esecuzione delle ispezioni** nei CFA. Per la **sintesi** e il **reporting** è invece responsabile la sezione P&A. Per quanto riguarda gli ispettori, si può trattare o di **collaboratori** di un'**altra regione** o di collaboratori della **stessa regione**, ma anche di un'**altra sezione** (p. es. Dublino o Procedura). Un'ispezione dura **tre giorni lavorativi** (1½ giorni di controllo e 1½ di valutazione).

#### **Procedura in caso di discrepanze**

Dopo ogni ispezione, la direzione della sezione P&A inoltra alla sezione APR un rapporto con gli esiti, un'analisi delle cause e proposte di risoluzione con corrispondenti misure.

A sua volta, la sezione APR presenta alla direzione della regione una raccomandazione di approvazione (senza spiegazioni) o di modifica (con spiegazioni) delle misure proposte.

La direzione della regione è responsabile per la scelta delle misure e per la sorveglianza della loro attuazione.

In occasione dell'ispezione successiva (in caso di standard critici massimo sei mesi dopo), si valuta se le misure adottate sono efficaci.

### 3.10 Indicatori

Per gli standard di qualità particolarmente critici/importanti sono stati fissati e definiti, laddove necessario, degli indicatori. Gli indicatori sono individuati mensilmente o dalla direzione P&A o dalla sezione APR, a seconda della responsabilità prestabilita. La base di valutazione si fonda su un sistema di voti (1–6) e un sistema a semaforo (verde/arancione/rosso). Come descritto nel capitolo 3.5, in caso di discrepanze occorre avviare un processo di risoluzione dei problemi per poter adottare misure accettabili e sostenibili. Le valutazioni mensili, incluse le misure opportune, sono riprese nel reporting GQA.

### **3.11 Audizioni**

Per poter valutare in modo completo l'efficacia della garanzia della qualità, in futuro saranno sentiti diversi gruppi di interesse (p. es. AS, FP assistenza, PedSoc ecc.).

-> v. *Agenda GQA, capitolo 4.5*

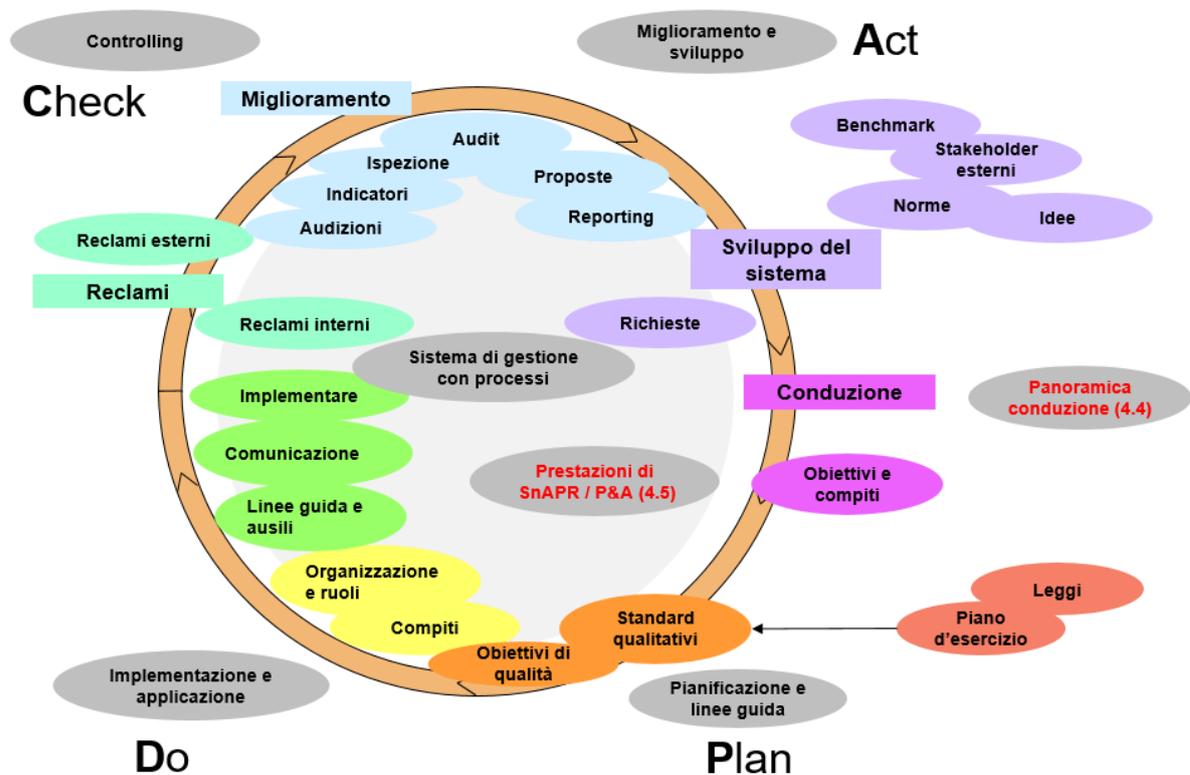
### **3.12 Proposte**

Come si gestiscono oggi le proposte?

-> v. *Agenda GQA, capitolo 4.5*

## 4. Attuazione e conduzione

### Modello PDCA (Plan-Do-Check-Act)



#### 4.1 Pianificazione e linee guida (Plan)

Tenendo conto delle basi legali, il PE e i suoi allegati contengono le linee guida per gli obiettivi di qualità e gli standard di qualità allegati.

#### 4.2 Implementazione e applicazione (Do)

A seconda della complessità della modifica e delle integrazioni delle linee guida, si procede come segue:

- formulazione degli standard di qualità;
- adeguamento degli strumenti di valutazione;
- adeguamento dei contenuti delle formazioni;
- esecuzione della formazione;
- comunicazione/messa in vigore.

#### 4.3 Controlling (Check)

Il GQA reporting si basa sui dati e le informazioni derivanti da audit, ispezioni e indicatori. La sezione APR è responsabile per la redazione e l'invio dei reporting GQA. I destinatari del reporting GQA sono:

- Capo AD AS (mandante)

- Incaricato qualità AD AS
- PILAS
- Direzioni delle regioni
- Direzione sezione P&A
- SPoC FP assistenza e sicurezza
- Direzione sezione SI
- Sezione APR

Sulla base della legge federale sul principio di trasparenza dell'amministrazione (LTras), su richiesta il reporting GQA è fornito anche a esterni.

Panoramica degli strumenti di valutazione:

<b>Strumenti di valutazione</b>	<b>Cadenza</b>	<b>Rilevamento dati</b>	<b>Valutazione/ Controlling</b>
Audit	6 l'anno	SnAPR	SnAPR
Ispezione	2 l'anno	P&A	SnAPR
Indicatori	mensile	P&A/ SnAPR	SnAPR
Colloqui settimanali	settimanale	P&A	P&A
Rapporti mensili	mensile	FP assistenza	P&A/ SnAPR
Reporting misure disciplinari	trimestrale	P&A	SnAPR
Reporting casi di violenza	trimestrale	SnSI	SnAPR
Audit personale FP assistenza	Tbd	SnAPR	SnAPR
Gestione dei reclami (interna)	Tbd	P&A	SnAPR (tbc)
Gestione dei reclami (esterna)	Tbd	Servizio esterno	SnAPR (tbc)
Interrogazioni richiedenti l'asilo	Tbd	P&A	SnAPR
Sistema di proposte	Tbd	P&A	SnAPR (tbc)

#### **4.4 Miglioramento e sviluppo (Act)**

Il PE, quale documento di base, e la GQA vanno **sviluppati** costantemente e rivisti almeno una volta all'anno. Gli **incarichi** di sviluppo sono conferiti dal **mandante (capo AD AS)**. I conseguenti lavori operativi sono **coordinati dalla SnAPR**.

La GQA è sviluppata nel quadro di sedute di scambio ai diversi livelli nell'AD AS. In questo contesto si possono sviluppare «buone pratiche», benchmark e conoscenze organizzative. All'occorrenza, si possono organizzare anche ulteriori occasioni di scambio ad hoc con rappresentanti di funzioni specifiche (p. es. personale sanitario, PedSoc), per tematizzare, promuovere e sviluppare ulteriormente la qualità nel pertinente settore.

## **Panoramica sedute di scambio**

<b>Riunione</b>	<b>Partecipanti Cadenza</b>	<b>Obiettivo, scopo</b>	<b>Materiale ausiliario</b>
Coordinamento regioni P&A - SnAPR	P&A/SnAPR trimestrale	Finestra GQA, migliori pratiche	Reporting GQA, strumenti di valutazione
PILAS	PILAS/SnAPR trimestrale	Reporting GQA, aggiornamento stato GQA	Reporting GQA, strumenti di valutazione
Scambio GQA con IGQ/ACQ AD AS	SnAPR, IGQ/ACQ AD AS trimestrale	Coordinamento qualità AD AS	Reporting GQA, strumenti di valutazione
Scambio GQA	SnAPR interno settimanale	Coordinamento GQA	

### **4.5 Agenda GQA**

Con l'agenda GQA si sviluppa continuamente la GQA.

#### **Digitalizzazione/automatizzazione**

- Adeguamento dell'Assessment of Reception Conditions (ARC) Tool dell'EASO.
- Valutazione della qualità con sondaggi online di RA mediante SEM Asylum PWA.
- Sviluppo dashboard GQA.

#### **Orientamento a standard riconosciuti**

- Certificazione ISO per PE e GQA.
- Verifica di una possibile integrazione degli European Reception Standards sviluppati dall'EASO.
- Creazione di una lista di controllo per i requisiti di qualità per la scelta e l'apertura di nuovi CFA (p. es. capacità per quarantena/isolamento, accesso per sedie a rotelle ecc.).
- Sviluppo della gestione delle proposte nel settore dell'alloggio e dell'assistenza e sua integrazione nella GQA.
- Integrazione della cultura del team e della qualità nella GQA.

#### **Ampliamento della GQA**

- Maggiore coinvolgimento del personale a contatto diretto (p. es. circolo qualità della sicurezza con gli incaricati della sicurezza dei CFA in loco).
- Piano per il rispetto della qualità in condizioni difficili (p. es. elevato numero di domande d'asilo presentate, pandemia).
- Integrazione dei manuali Raccomandazione vaccinale e gestione dei focolai e Linee guida PcBp.

#### **Migliori pratiche**

- Elaborazione e implementazione di migliori pratiche all'interno della propria organizzazione.
- Fissazione di benchmark con gli Stati membri dell'UE+.



## 4.6 Prestazioni della SnAPR / P&A

Compito principale	Chi	Ca- denza	Strumenti ausiliari, ri- sultato	Onere (ore/anno)	Onere (FTE/anno)
Reporting GQA -> preparazione e monitoraggio	SnAPR	mensile	Reporting GQA	114	0,06
Attuazione revisione PE	SnAPR	annuale	PE aggiornato	67	0,04
Attuazione revisione SQA	SnAPR	annuale	SQA aggiornati	67	0,04
Pianificazione operativa, elaborazione preliminare e successiva degli audit secondo programma audit	SnAPR	6x/anno	Programma di audit, organizzazione, pianificazione, rapporti di audit	128	0,07
Esecuzione audit (inclusi viaggi di andata e ritorno)	SnAPR	6x/anno		648	0,35
Coordinamento migliori pratiche	SnAPR	trimestrale	Reporting GQA, finestra GQA coordinamento delle regioni P&A - SnAPR	64	0,3
Sviluppo GQA secondo l'agenda (dal 2022)	SnAPR	continuo	Agenda GQA	1210	0,65
Esecuzione ispezioni e presentazione alla SnAPR entro i termini prefissati	P&A	2x/anno	Strumento di valutazione ispezione, reporting GQA	432 (totale tutte le regioni)	0,25
Esecuzione ispezioni per gli indicatori e presentazione alla SnAPR entro i termini prefissati	P&A	mensile	Strumento di valutazione ispezione, reporting GQA	648 (totale tutte le regioni)	0,35
Garanzia di esecuzione del processo di risoluzione dei problemi secondo il modello Z in caso di discrepanze	P&A	continuo	Reporting GQA, strumenti di valutazione	432 (totale tutte le regioni)	0,25
Garanzia di esecuzione degli audit nel <u>proprio</u> CFA	P&A	1x/anno	Piano audit	82 (totale tutte le regioni)	0,05
Partecipazione ad audit in un CFA <u>esterno</u>	P&A	1x/anno	Pianificazione risorse audit	216 (totale tutte le regioni)	0,12
Elaborazione di migliori pratiche	P&A	trimestrale	Reporting GQA, finestra GQA coordinamento delle regioni P&A - SnAPR	96 (totale tutte le regioni)	0,05
<b>Totale FTE SnAPR</b>				<b>2298</b>	<b>1,51</b>
<b>Totale FTE P&amp;A</b>				<b>1906</b>	<b>1,07</b>
<b>Totale FTE SnAPR e P&amp;A</b>				<b>4204</b>	<b>2,58</b>

## 5. Allegato

### 5.1 Documenti di riferimento

#### Interno

<b>Piano d'esercizio Alloggio (PE)</b> Piano di prevenzione della violenza Sistema di gestione dei reclami	<a href="#">Intranet SEM - PE alloggio (admin.ch)</a>
<b>Accesso dei RA all'assistenza sanitaria e procedure nel CFA</b> Gestione degli agenti terapeutici nei CFA	<a href="#">Manuale - Accesso dei RA all'assistenza sanitaria e procedure nel CFA</a> <a href="#">Gestione degli agenti terapeutici nei CFA</a>
<b>Manuale per l'assistenza ai richiedenti l'asilo minorenni non accompagnati (RMNA) nei centri federali d'asilo (CFA)</b>	<a href="#">Manuale per l'assistenza ai RMNA nei centri federali d'asilo (CFA)</a>
<b>SQA – PE</b>	<a href="#">Standard qualitativi per l'alloggio (SQA) – Ambito Piano d'esercizio Alloggio (PE).pdf</a>
<b>SQA – Medicina</b>	<a href="#">Standard qualitativi per l'alloggio (SQA) – Ambito Medicina.pdf</a>
<b>SQA – RMNA</b>	<a href="#">Standard qualitativi per l'alloggio (SQA) – Ambito Assistenza RMNA.pdf</a>
<b>Manuale SGQ</b>	<a href="#">Intranet SEM – Sistema di gestione della qualità (SGQ) (admin.ch)</a>
<b>Elenco responsabili contenuto PE</b>	Link segue

### 5.2 Elenco strumenti ausiliari

<b>Tema / strumenti</b>	<b>Scopo</b>	<b>Link ActaNova</b>
Strumento di valutazione indicatori	Strumento di lavoro standardizzato per P&A	Link segue
Strumento di valutazione ispezione	Strumento di lavoro standardizzato per P&A	Link segue
Strumento di valutazione audit	Strumento di lavoro standardizzato per SnAPR	Nessun link, poiché strumento di lavoro interno SnAPR
Programma audit	Pianificazione operativa audit per tre anni	<a href="#">Programma audit.xlsx</a>
Pianificazione risorse audit	Pianificazione operativa delle risorse per gli audit	<a href="#">Pianificazione risorse audit.xlsx</a>
Rapporto di audit	Modello per la redazione dei rapporti di audit	Nessun link, poiché strumento di lavoro interno SnAPR