



**Fondazione San Gottardo**  
**Rapporto di gestione**  
**2025**

## Indice

S-D1.1	RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ .....	3
A.	Direzione e organizzazione .....	3
A.1.	Andamento .....	3
A.2.	Basi legali .....	5
A.3.	Obiettivi 2025 .....	5
A.4.	Obiettivi 2026 .....	6
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 .....	17
C.1.	Utenti .....	17
C.2.	Settore sanitario .....	17
D.	Qualità .....	18
D.1.	Sviluppo SGQ .....	18
D.2.	Documentazione SGQ .....	18
D.3.	Proposte di miglioramento, punti deboli .....	19
D.4.	Audit .....	19
Allegato 1 - S-A1.1	OBIETTIVI ANNUALI 2025 .....	17
Allegato 2 - S-A1.1	OBIETTIVI ANNUALI 2026 .....	32
Allegato 3	Rapporto valutazione della soddisfazione 2025 .....	40

## S-D1.1 RAPPORTO DI GESTIONE QUALITÀ

Anno	2025
Periodo preso in esame	01 Gennaio 2025 – 31 dicembre 2025

### A. Direzione e organizzazione

#### A.1. Andamento

La Fondazione San Gottardo è un'organizzazione sana e dinamica, sempre in crescita e in continua evoluzione. Le realtà presenti sono consolidate, i collaboratori e le collaboratrici 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 FSG sta lavorando per l'annessione dell'Istituto San Nicolao di Bidogno alle proprie strutture.

La rete e la collaborazione con il Cantone e altri enti è sempre intensa, positiva e determinante e continua a rivelarsi strategica.

**Il Sistema Gestione Qualità della Fondazione San Gottardo è aggiornato al 01.12.2025 ed è conforme alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 dell'Ufficio degli 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 2025 sono stati **pienamente raggiunti in misura del 52%**, il 31% è in corso, mentre il 17% non è ancora stato raggiunto oppure è stato accantonato o posticipato per varie ragioni (v. allegato 1 Obiettivi 2025).

Processi e documenti del Sistema Gestione Qualità più significativi sui quali la FSG ha lavorato nel 2025:

In elaborazione

- Processo A4, nuovo e in elaborazione: Protezione dei dati.
- Aggiornamento del sistema per l'accorpamento di Casa San Nicolao.

Documenti pubblicati:

- Aggiornamento del sistema per il cambio della Direzione
- Aggiornamento generale processo C3. Sanitario
- C3 Sanitario: Intero processo rivisto e aggiornato (30 documenti)
- A1.1 Linee guida e concetto quadro
- A1.3b Analisi dei rischi produzione e HACCP
- A3.3 Server FSG e e-mail
- B3.11 Regolamento Casa Airolo
- B4.14 Ritiro e richiamo prodotto
- C2.1 Criteri e procedura piano di accompagnamento individuale (PAI)
- C3.14 Procedura in caso di emergenza – Orto il Gelso
- C3.5 Gestione problemi sanitari Casa Don Orione
- S-B3.26 Contratto affitto Spazio San Gottardo
- S-B4.20 Formulario cliente richiamo o ritiro prodotto
- S-C1.3 Convenzione e regolamento Progetto Abitativo
- S-C1.4 Contratto di lavoro e regolamento utenti laboratorio
- S-C1.4a Contratto lavoro e regolamento stage laboratorio
- S-C1.5 Formulario richiesta collocamento

- S-C1.6 Scheda amministrativa utente
- S-C1.7 Rapporto valutazione periodo di prova – stage
- S-C2.2 Piano di accompagnamento individuale - PAI
- S-C2.20 Programma settimanale CD Montarina
- S-C3.1 Piano di cura

Il 2025 della Fondazione San Gottardo è stato caratterizzato in breve dalle seguenti principali tematiche:

- ▲ **Accorpamento Casa San Nicolao:** da gennaio è stato avviato il processo di accorpamento della struttura di Treggia/Bidogno previsto dal 1. Gennaio 2026. Il tutto è stato gestito in collaborazione tra i due Consigli di Fondazione, le Direzioni e i responsabili preposti. Il processo è in corso e porterà progressivamente ad una gestione di Casa San Nicolao in linea con l'organizzazione e i principi della Fondazione San Gottardo.
- ▲ **Cambio Direzione:** dando seguito alla decisione dell'attuale Direttore Claudio Naiaretti di lasciare l'incarico con la fine del 2025 il Consiglio di Fondazione si è attivato per la ricerca di una figura che potesse dare continuità al lavoro svolto in questi anni. Il processo di selezione, avallato dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, e dall'Ufficio degli invalidi, ha portato alla nomina di Ursula Dandrea. La nuova Direttrice assumerà il suo ruolo dal 1. novembre 2025 e sarà accompagnata fino a fine anno dal Direttore Naiaretti.
- ▲ **Aumento dei costi, diminuzione delle entrate:** anche per il 2025, come per gli anni precedenti, 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, hanno reso necessario rivedere molti processi al fine di ottimizzare i costi laddove possibile. Il processo è ancora in corso e probabilmente si tratterà di una tematica con la quale saremo confrontati anche in futuro.
- ▲ **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. Questo anche alla luce dell'accorpamento di Casa San Nicolao. 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.
- ▲ **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. Il progetto di allineamento alla nuova legge, iniziato a livello cantonale per il settore LISPI nel 2024, è tuttora in corso. Sono stati elaborati i modelli ed i regolamenti che verranno adattati ad ogni ente e verranno utilizzati con l'entrata in vigore della nuova legge cantonale.
- ▲ **Adeguamento della presa a carico secondo l'evoluzione e il cambio dell'utenza.** Il settore è confrontato negli ultimi anni con nuove sfide legate all'utenza come il tema dell'invecchiamento e della maggior casistica con disagio psichico. Questo comporta inevitabilmente un costante confronto interno per l'adeguamento della presa a carico ed esterno per rafforzare gli interventi valorizzando le competenze presenti nella rete territoriale.
- ▲ **Rete territoriale:** allacciandosi al punto precedente, questa rete resta determinante sia per la presa a carico dell'utenza, sia per rendere più efficienti ed efficaci le azioni proposte. Si è dato pertanto 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 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.
- ▲ **Altri audit esterni:** si sono svolti con successo controlli da parte dell'Ufficio invalidi (visita di sorveglianza), Swiss Safety Center (antincendio), Bio Inspecta (requisiti coltivazione biologica) e Bio Inspecta per Migros (sicurezza alimentare della produzione e HACCP).

## Consapevolezza

Anche il 2025 della Fondazione San Gottardo è stato all'insegna della consapevolezza attiva. Questo valore non è solo teorico: è palpabile nella dedizione quotidiana, nella partecipazione diffusa a ogni livello e nei temi centrali di questo rapporto. La comunità della Fondazione dimostra di aver fatto propri i principi comuni, impegnandosi per la missione e la visione. Lo si vede chiaramente nel dinamismo delle attività formative, nella volontà di migliorare il SGQ (anche attraverso proposte e modifiche) e persino nella serietà con cui vengono gestite le non conformità. A riprova di questo impegno a 360 gradi ci sono anche l'attenzione alla soddisfazione (tramite indagine e strumenti di segnalazione) e la scelta strategica di alleggerire il peso ambientale e organizzativo attraverso la riduzione degli sprechi energetici. In sintesi: alla Fondazione, tutti remano nella stessa direzione per dare il meglio a chi accogliamo e accompagniamo.

### A.2. Basi legali

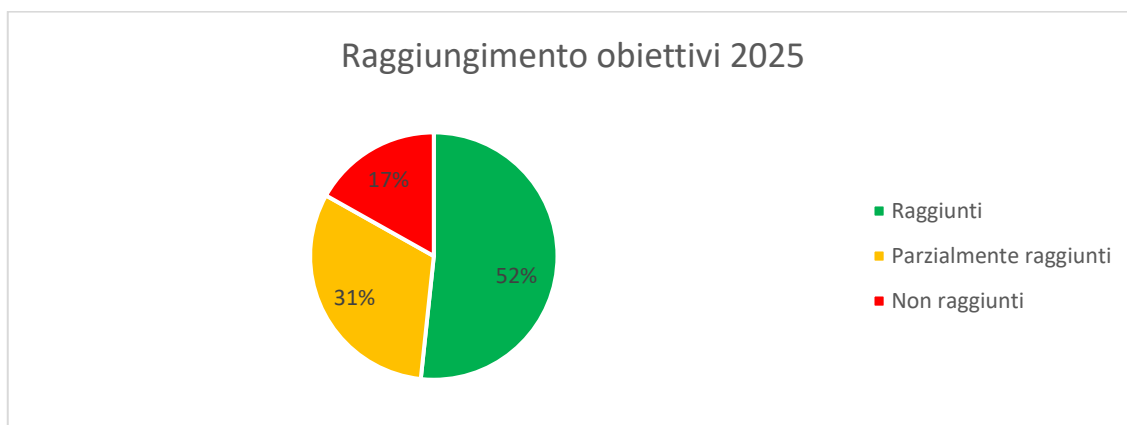
L'elenco delle basi legali (A1.6 Basi legali) è aggiornato al 26.06.2025.

**Legge federale sulla protezione dei dati LPD (2023) e Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (2026?):** 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. Si sta creando un nuovo processo in SGQ numero A4 che conterrà tutti i documenti, procedure e strumenti, informative, consensi, regolamenti, ecc.

### A.3. Obiettivi 2025

Nel corso del 2025 sono stati pianificati 89 obiettivi primari e secondari, di seguito è riportata la descrizione dell'avanzamento di quelli primari, 12 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 2025 (allegato 1).

Nel periodo 45 obiettivi risultano pienamente raggiunti, 29 parzialmente raggiunti e 15 non raggiunti poiché sono stati sospesi o posticipati.



#### Stato di avanzamento degli obiettivi principali:

- Avvio progetto accorpamento Fondazione San Nicolao. **Completato al 80%**.
- Completamento procedure e applicazione LPD in tutti i settori con formazione del personale. **Completato al 60%**.
- Cambio Direzione - processo di selezione e scelta. **Completato al 100%**.
- Cambio Direzione - passaggio di consegna. **Completato al 100%**.
- Cambio Direzione - comunicazione interna ed esterna. **Completato al 100%**.
- 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 60%**.
- Contenere disavanzo finanziario. Considerare perdita strutturale esistente a CDO (categoria A4 -> A4+). **Completato al 80%**.

- Monitoraggio e analisi costante (trimestrale) evoluzione finanziaria costi e gestione del personale e relativa ottimizzazione. **Completato al 100%.**
- Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore) e incontro per Casa Suore con Associazione "Amici di Don Orione". **Completato al 75%.**
- Riorganizzazione utenza nel settore residenziale in base alle necessità di accompagnamento considerando anche il contesto Casa San Nicolao. **Completato al 100%.**
- Applicazione nuova LPD nell'ambito della relazione con l'utenza, rappresentanti legali e rete di riferimento. **Completato al 70%.**
- Applicazione dei principi sviluppati nell'ambito della formazione etica. **Completato al 80%.**

**Misure: mettere in atto le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi 2024 non raggiunti**

#### **A.4. Obiettivi 2026**

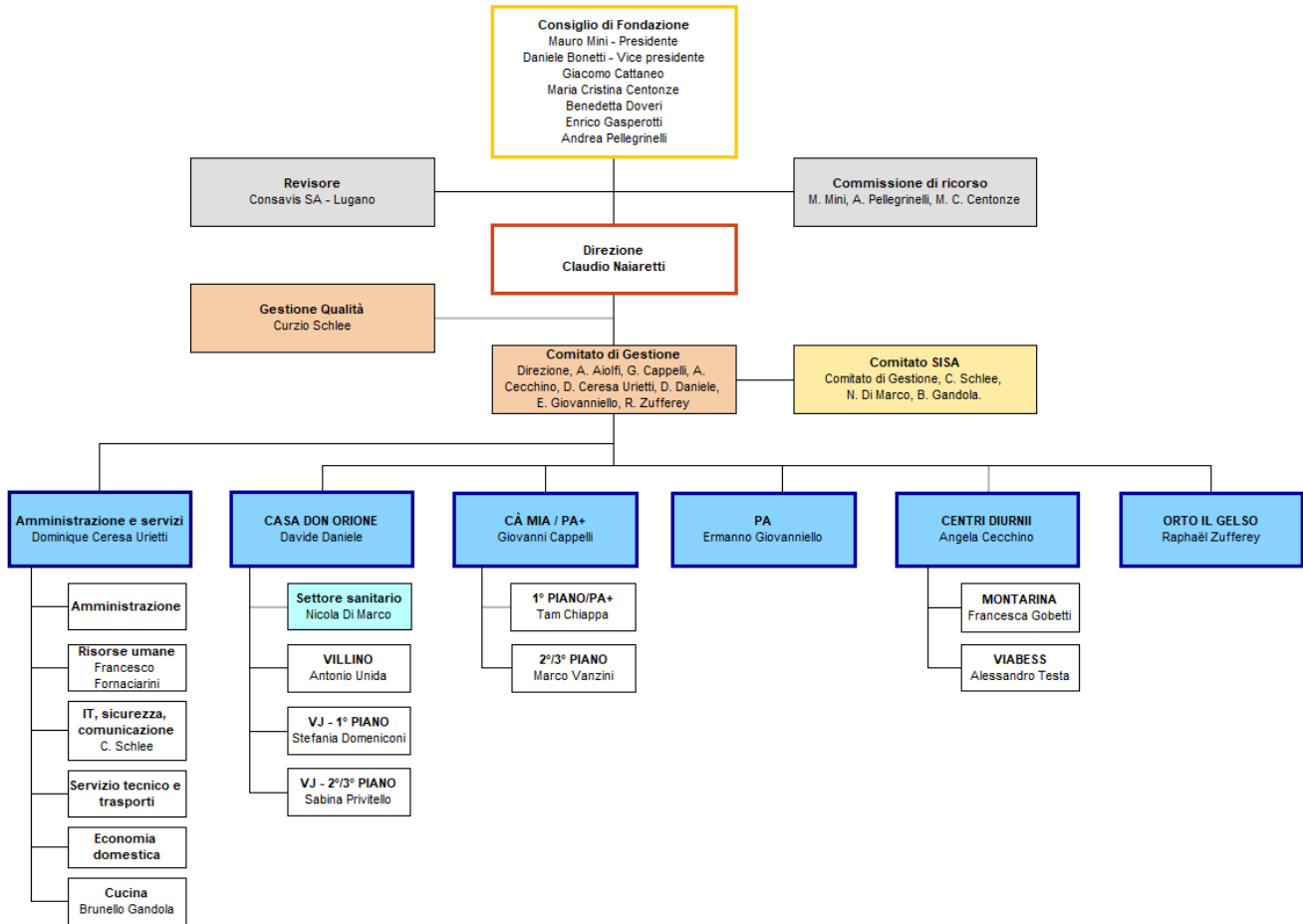
Gli obiettivi istituzionali per il 2026 sono stati elaborati dalla Direzione, dal Gestore Qualità e dal Comitato di Gestione e sono riportati interamente nell'allegato 2 a questo rapporto (S-A1.1 Obiettivi annuali 2026).

Gli obiettivi principali pianificati finora sono i seguenti:

- "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".
- Festeggiamento del 30esimo della San Gottardo. Giornata aperta alla popolazione e giornate aperte in ogni struttura.
- Contenere disavanzo finanziario.
- Monitoraggio e analisi costante (trimestrale) evoluzione finanziaria costi e gestione del personale e relativa ottimizzazione.
- Riorganizzazione settore manutenzione (definizione di compiti, aggiornamento mansionario, pianificazione di intervento nelle strutture).
- Avviare riflessioni di progetto per eventuale costruzione a Casa Don Orione (Piano regolatore) e incontro per Casa Suore con Associazione "Amici di Don Orione".
- Formazione sicurezza e antincendio a tutti i settori.
- Raccolta indirizzi e-mail clienti (soprattutto legna) per fatturazione e comunicazioni.
- Rivalutazione strumento PAI (tempistiche, contenuti).
- Riorganizzazione settore cucina.
- Riorganizzazione settore lavanderia.
- Valorizzazione competenze del personale in ottica di maggior senso di responsabilità e appartenenza.

## A.5. Organigramma e organizzazione

È in corso l'aggiornamento dell'organigramma in vista dell'accorpamento di Casa San Nicolao e successivamente per il cambio di Direzione (gennaio 2026). La versione in vigore al 31.12.2025 è quella del 10.10.2023.



### Consiglio di Fondazione, comitato di gestione, comitato SISA

La comunicazione con il **Consiglio di Fondazione** è gestita dal Direttore, è diretta precisa, puntale e costante. Nel 2025 ci sono state 7 riunioni strategiche. Tutti gli aspetti strategici sono pianificati in seno al Consiglio di Fondazione che è costantemente informato e aggiornato sulle attività interne, la situazione degli utenti, del personale e i progetti in corso. Oltre alle riunioni del CdF, la collaborazione tra la Direzione e la Presidenza è intensa e regolare.

Il **Comitato di Gestione** si conferma un organo decisionale e strategico fondamentale per l'operato della FSG. Nel 2025 si è riunito 32 volte, di cui 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 dicembre 2025 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 **130 collaboratori e collaboratrici**.

Si sta lavorando per il passaggio dei 26 collaboratori/-trici dell'Istituto San Nicolao alla Fondazione San Gottardo da inizio 2026.

Settore	Prestazione	Utenti	Collab.
Casa Don Orione	Residenziale con occupazione	33	39
Cà Mia	Residenziale senza occupazione	16	19
Centro Diurno Montarina	Centro Diurno	10	7
Centro Diurno Viabess	Centro Diurno	17	7
Orto il Gelso	Laboratorio agricolo + stireria	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	-	7
Supplenti		-	9
Personale in formazione /stage		-	1
<b>Totale</b>		<b>126</b>	<b>130</b>

Documenti di riferimento: Contratto di prestazione 2025, elenco utenti, elenco collaboratori/-trici.

## A.7. Comunicazione

- **I famigliari ed i rappresentanti legali** degli utenti sono stati coinvolti ed informati in diverse occasioni, quali ad esempio il cambio di Direzione, l'accorpamento di Casa San Nicolao, modifiche interne nelle varie strutture.

Si sono svolti incontri regolari, almeno una volta all'anno, nell'ambito dei Piani di Accompagnamento Individuali ed incontri specifici al bisogno con le équipes, con i responsabili di settore o con la Direzione.

- Il sito web [www.fsangottardo.ch](http://www.fsangottardo.ch), parzialmente rinnovato nel 2024, non ha subito particolari cambiamenti.

Per quanto riguarda i visitatori, abbiamo avuto un aumento del 25% rispetto all'anno precedente con 13526 visite (2024: 10833) con un aumento di visitatori unici del 26% (12567 vs. 9943), per un totale di 30823 pagine visualizzate (2024: 24796, +25%), (fonte statistiche: plausible.io, dati al 31.12.2025).

- La pagina "Lavora con noi" risulta la pagina più visitata con 4509 visite (+40% rispetto al 2024).
- Le pagine più visualizzate sono state nell'ordine: Lavora con noi, La Fondazione, Casa Don Orione, Contatto, Orto il Gelso, Cà Mia, Vendita legna da ardere.
- L'online shop, rinnovato nel 2024, si trova al 15mo posto nel numero di visite, è sceso perché nel 2025 abbiamo purtroppo avuto alcuni ritardi di produzione dovuti a cause esterne che hanno causato la rottura di stock su diversi prodotti. L'e-shop verrà rilanciato attivamente quando saranno disponibili di nuovo i prodotti. 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 produzione e la logistica per soddisfare un grande volume di ordini.
- 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 615 persone (2024: 599). Il 92% delle valutazioni è positivo.
- La **intranet** interna è la piattaforma di comunicazione principale dalla Direzione/Amministrazione verso i collaboratori/-trici per le comunicazioni rilevanti. Ogni “news” pubblicata sul portale viene anche recapitata automaticamente via e-mail a tutti, nel 2025 sono state pubblicate e inviate 14 comunicazioni istituzionali (altre comunicazioni più operative vengono inviate a tutti/e direttamente tramite e-mail senza passare dalla intranet). Le tematiche più importanti sono state: cambio del Direttore, Commissione Interna del Personale, vari eventi, analisi del clima di lavoro nel settore sociosanitario, aggiornamenti SGQ, gestionale personale MyPlanet.
- La **intranet** è anche un importante strumento operativo, la sua organizzazione è stata aggiornata separando il menu in varie aree: Collaboratori, Documenti, Comunicazione, Formolari e strumenti utili. È stata creata una nuova sezione dedicata alla sicurezza. La pagina offerte è stata ampliata, aggiungendo nuove collaborazioni instaurate durante l’anno con partner sul territorio che danno benefici ai collaboratori e alle collaboratrici.
- Il bollettino **San Gottardo Racconta** è stato pubblicato a inizio dicembre, stampato in 1200 esemplari e distribuito in forma cartacea nelle nostre strutture, a collaboratori, utenti, famigliari, rappresentanti legali, donatori, amici, partner e fornitori. È stato anche pubblicato online sul sito, dove è stato scaricato 400 volte.
- Con il gestionale risorse umane **PlanetTS** si è implementato un servizio di comunicazione tramite il quale i collaboratori e le collaboratrici ricevono, solo in caso di informazioni importanti, un avviso tramite e-mail e successivamente devono accedere al portale MyPlanet per **confermare / approvare la comunicazione**. In questo modo si ha la conferma di lettura o di approvazione di tutti/e per tematiche significative. Al momento non vi è ancora stata occasione per utilizzarlo.
- Nel 2025 vi sono state alcune apparizioni sui **media** relative alla Fondazione San Gottardo :
  - LaRegione, 19.05.2025 – articolo e intervista “*Claudio Naiaretti si congeda dopo 11 anni*”.
  - RSI La1 – Tra le righe, 17.06.2025 – Intervista a Claudio Naiaretti.
  - Durante il mese di dicembre alcuni piccoli articoli riguardanti il presepe di Lopagno, per i suoi 70 anni.
  - Il 16.12.2025 abbiamo pubblicato un comunicato stampa annunciando la nomina di Ursula Dandrea quale direttrice e citando i 30 anni di attività della FSG nel 2026 e la presa in gestione di Casa San Nicolaio. Il comunicato è stato ripreso dai maggiori media del Cantone.
  - Il 17.12.2025 Davide Daniele, responsabile di Casa Don Orione e Vincenzo Nocella, utente di Casa Don Orione, sono stati ospiti della trasmissione Prima Ora su RSI La 1 per raccontare la loro esperienza di cammino lungo la via Francigena.
- La FSG ha riconfermato la partecipazione al calendario dell’avvento **24 sguardi sostenibili, che promuove la sostenibilità in Ticino** con la messa in palio di alcuni set di prodotti dell’Orto il Gelso.  
[www.sguardisostenibili.ch](http://www.sguardisostenibili.ch) .
- Sui social media la Fondazione è stata citata più volte in particolare dall’**Hotel Splendide Royal** di Lugano e dal suo **ristorante I Due Sud** in relazione alla importante e bella collaborazione sviluppata nella gestione dell’Orto adiacente a Casa Don Orione, del quale una parte è stata adibita alla coltivazione di ortaggi che vengono destinati ai menu stellati del ristorante. Il progetto prevede anche la valorizzazione degli scarti vegetali del ristorante che vengono recuperati come



concime. Anche la rivista “**Tutto Green** – storie, consigli e idee per la sostenibilità ha pubblicato un articolo sul progetto nell’edizione di luglio 2025<sup>1</sup>.

- Altre partnership sul territorio: nel corso dell’anno abbiamo stipulato altre collaborazioni con nuovi partner sul territorio cantonale quali Splash & SPA Tamaro SA, Amag Svizzera SA.

## Eventi

**La musica è bellezza, 28.03.2025:** si è tenuto a Casa Don Orione per il terzo anno un **concerto** in collaborazione con l’**Associazione 753Artebellezza**. Quest’anno si sono esibiti Grazia Galletta e Michele Masserano al pianoforte.

**Féra dal Pian, 3 e 4.05.2025:** per il secondo anno l’équipe di Cà Mia con alcuni utenti ha partecipato al popolare evento al Pian Scairolo con una bancarella, mettendo in vendita vari prodotti della Fondazione San Gottardo.

**Bancarelle benefiche, maggio 2025:** siamo stati presenti con una vendita di nostri prodotti all’entrata del Parco Commerciale Grancia e alla Migros di Agno.

**Car Wash Day, 24.05.2025:** giornata organizzata dall’équipe e dagli utenti di Cà Mia in collaborazione con FC Ceresio presso il campo sportivo di Barbengo, durante la quale è stato organizzato un lavaggio auto pubblico, con musica, bancarelle di cibo e bibite e dei prodotti biologici del laboratorio.



A fine settembre alcuni utenti di Casa Don Orione e di Cà Mia hanno realizzato il loro sogno di tagliare il traguardo della **StraLugano 2025!**

**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 e famiglie su prenotazione.

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

## A.8. Digitalizzazione e ottimizzazione delle risorse IT

- Nelle sedi dove è stato possibile è stata aumentata notevolmente la velocità di banda dei collegamenti internet per garantire una migliore stabilità della rete sia internamente sia nei collegamenti al terminal server di lavoro.
- L’archiviazione digitale con **DocuWare** è ben gestita anche se deve essere migliorata ed utilizzata da più persone, soprattutto con la nuova Legge sulla protezione dei dati. Lo strumento è diventato fondamentale per l’amministrazione, in più situazioni si è dimostrato fondamentale ed efficiente.

Il passaggio da on premises a cloud, rimane accantonata perché finanziariamente non sostenibile.

- Cartella informatizzata utenti **EClinic**: l’utilizzo del programma è consolidato. 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. Il programma è già stato preparato per l’acquisizione degli utenti di Casa San Nicolao dal 1. Gennaio 2026, i relativi operatori saranno formati da autunno 2025.

Nel corso dell’anno si è iniziato a popolare e utilizzare il modulo relativo ai **cespiti**, ovvero a tutte le apparecchiature, macchinari, dispositivi, ecc. per monitorarne lo stato e le manutenzioni.

<sup>1</sup> <https://online.fliphtml5.com/vssp/hnbf/#p=65>

- Per necessità in vista dell'accorpamento di Casa San Nicolao e del conseguente aumento del numero di collaboratori/-trici il **Terminal Server** di lavoro è stato sostituito nel mese di settembre, il server attuale verrà adibito al funzionamento di altri applicativi importanti quali DocuWare, EClinic e la Intranet FSG al fine di ottenere maggiore sicurezza e migliori prestazioni.
- Sono stati apportati degli aggiornamenti e nuove funzionalità al software di gestione delle risorse umane **PlanetTS** e della relativa piattaforma online **Myplanet** del fornitore Progel, che si è confermato essere un ottimo strumento per una gestione del personale efficace sia dal punto di vista amministrativo sia organizzativo. Tutti i collaboratori e le collaboratrici lo utilizzano.
- Nel periodo sono stati aperti 39 profili di accesso al server di lavoro (compresi i nuovi per Casa San Nicolao), tra cui anche le persone in formazione o stage e ne sono stati chiusi 8.

## B. Risorse

### B.1. Finanze

La situazione finanziaria è in linea con i preventivi presentati. L'esercizio 2025 è stato chiuso con un disavanzo. È in atto un monitoraggio costante alla ricerca di un contenimento della spesa per ridurre il disavanzo e trovare un equilibrio finanziario.

### B.2. Personale

La Fondazione San Gottardo impiega 130 collaboratori/trici, di cui 15 in formazione (5 apprendistati e 10 in stage), durante il periodo sono stati svolti 24 stage. L'età media è di 43.88 anni, il 61% delle collaboratrici sono donne, il 39% uomini

I Responsabili di settore stanno svolgendo i colloqui personali con i collaboratori e le collaboratrici, anche la Direzione ha effettuato alcuni colloqui personali.

Si è lavorato molto per continuare a migliorare il servizio Risorse Umane. La persona incaricata ha conseguito il **diploma federale quale specialista in risorse umane**. Si è affinato il software gestionale PlanetTS, che con il portale MyPlanet ha migliorato notevolmente la gestione amministrativa ed organizzativa del personale.

Già dalla primavera la Direzione, il Responsabile di struttura e l'incaricato per le Risorse Umane si sono occupati di pianificare e organizzare al meglio l'accorpamento del personale di Casa San Nicolao nella FSG, dal 01.01.2026.

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

- Presentazione dei risultati dell'analisi del clima di lavoro 2024 nelle istituzioni sociali, effettuata dalla Commissione Paritetica Cantonale.
- Presentazione procedura di costituzione della commissione interna del personale (CIP).

#### B.2.1. Soddisfazione dei collaboratori e delle collaboratrici

L'indagine di valutazione della soddisfazione 2025 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 47.69% (-4.69% rispetto al 2024).

La media di tutte le risposte si situa a **4.04 su 5**, leggermente di sopra della soglia del "buono", punteggio identico a quello dell'anno precedente.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

1. Il proprio responsabile di settore (4.43)
2. Il Giudizio generale sulla FSG (4.40)
3. Il settore Amministrazione / La Direzione (4.36)

4. Il proprio posto di lavoro (4.31)
5. Offerta delle prestazioni / Organizzazione (4.26)
6. L'Ambiente lavorativo nel proprio settore (4.24)
7. La possibilità di formazione (4.17)

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

- Trasporti (3.69)
- Cucina (3.65)
- Manutenzione (3.27)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.39)
- 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 e tutte le collaboratrici 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 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 2026.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2025.

I risultati presentati dalla **Commissione Paritetica Cantonale** riguardo **l'Analisi del clima di lavoro 2024**, ha dato degli **ottimi esiti** per quanto riguarda la Fondazione San Gottardo, tralasciamo in questo rapporto i risultati globali dicendo solo che hanno partecipato 1143 collaboratrici e collaboratori attivi in 27 istituzioni sociali.

Le collaboratrici e i collaboratori FSG hanno partecipato nella misura del 68.2% , fornendo un grado di soddisfazione generale di 4.08 (in una scala da 1 a 5), che riflette il grado di soddisfazione espresso nell'indagine interna degli ultimi anni. Il punteggio è risultato maggiore della media generale a livello cantonale, che è stata di 3.84 punti.

Il personale FSG ha espresso valori al di sopra del buono in molte domande, sia riguardanti l'istituzione, l'organizzazione ed il clima di lavoro, sia sul proprio lavoro ed il rapporto con i propri superiori ed i colleghi.

### **B.3. Formazione**

#### **Supervisione**

Anche nel 2025 si sono svolti con tutti i settori importanti momenti di supervisione d'équipe, per un totale di 30 incontri (nel primo semestre) più alcuni colloqui individuali.

#### **Formazione interna**

- Principi e pratiche per la sicurezza personale per operatori socio-sanitari, in collaborazione con la Polizia Cantonale.
- La cura in psichiatria. I principali interventi di presa a carico. La gestione della crisi psichiatrica. In collaborazione con l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).
- Collaboratori/-trici Casa San Nicolao: diversi incontri, formazione su SGQ e su EClinic.
- Misure terapeutiche stazionarie (art. 59 Codice Penale) in collaborazione con l'Ufficio dell'Assistenza Riabilitativa.
- Formazione per formatori di apprendisti e stagisti FSG.

## Formazione esterna

La Fondazione San Gottardo promuove regolarmente la formazione continua, inviando a tutto il personale delle proposte formative e dando la possibilità di effettuare delle formazioni esterne.

Nel 2025, 12 collaboratori/-trici hanno effettuato formazioni esterne su diverse tematiche per un totale di 38 giornate più 2 formazioni della durata di 1 e 2 anni :

- CAS Leadership in ambito sociale e sanitario
- DAS in scienze umane integrate per il benessere individuale e sociale
- Legge federale sul lavoro
- Tecniche di counselling nella relazione d'aiuto
- La salute dei curanti
- L'operatore sociale nel lavoro con le disabilità. Dalla qualità di vita di qualità: evoluzione dei modelli e delle metodologie di intervento.
- Disabilità e progetto di vita partecipato. Buone pratiche, modelli d'intervento e ruolo dell'operatore sociale.
- L'arte come stimolazione visiva
- Esperienze pratiche di apicoltura
- Formazione professionale di base cuoco AFC
- Creare un orto e la sua compostiera
- STEPS: percorsi di sostenibilità - CSR step by step

Documenti di riferimento: S-B2.16 Pianificazione annuale formazione 2025, 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 delle collaboratrici e degli/delle utenti.

Nel 2025 nelle varie strutture si è proceduto alla regolare manutenzione e formazione.

La gestione di dispositivi, macchinari, apparecchiature e attrezzi con il relativo monitoraggio del loro stato e delle manutenzioni è stata implementata, grazie a uno specifico modulo contenuto nel software EClinic, il censimento e l'inserimento dati è in corso.

A Casa Don Orione Swiss Safety Center ha svolto un audit antincendio. Gli spunti di miglioramento sono in corso di valutazione e pianificazione, saranno inseriti negli obiettivi 2026.

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 Casa Don Orione.
- 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, raccolta differenziata, acquisto di materiali riciclabili e/o biodegradabili, imballaggi delle tisane riciclati e riciclabili/compostabili, ecc.). Nel 2025 la Fondazione San Gottardo ha continuato a cercare di ridurre i consumi energetici dove possibile, con successo.

Le tisane della Fondazione San Gottardo da quest'anno sono prodotte interamente in Ticino, mentre precedentemente la fase di imballaggio avveniva fuori regione.

La FSG ha riconfermato la partecipazione al calendario dell'avvento **24 sguardi sostenibili, che promuove la sostenibilità in Ticino** con la messa in palio di alcuni set di prodotti dell'Orto il Gelso. [www.sguardisostenibili.ch](http://www.sguardisostenibili.ch).

Abbiamo iniziato una importante e bella collaborazione con l'**Hotel Splendide Royal** di Lugano ed il suo **ristorante I Due Sud** nella gestione dell'Orto adiacente a Casa Don Orione, del quale una parte è stata adibita alla coltivazione di ortaggi che vengono destinati ai menu stellati del ristorante. Il progetto prevede anche la valorizzazione degli scarti vegetali del ristorante che vengono recuperati come concime.

Uno dei responsabili di settore sta frequentando una **formazione sulla sostenibilità**: "STEPS: percorsi di sostenibilità - CSR step by step" organizzata da AITI, Associazione Industrie Ticinesi, che tratta temi quali i report di sostenibilità, scenari, tendenze, governance, digitalizzazione, ecodesign, economia circolare, welfare aziendale, progetti con la comunità, emissioni, cambiamenti climatici, trasporti, energia nella gestione immobili, acqua, rifiuti, biodiversità, comunicazione e stakeholder engagement.

Grazie a questa formazione saremo in grado di approfondire queste tematiche nel riesame finale.

### **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. Con l'inizio del 2025 sono stati parzialmente adeguati gli standard che prenderanno la loro forma definitiva nel 2027.

Quest'anno si è intervenuti con l'inserimento di figure sanitarie in ogni équipe per rispondere, parzialmente, ai bisogni legati all'invecchiamento delle persone residenti nella Casa. L'organizzazione della parte sanitaria è in continua ottimizzazione grazie anche al lavoro del referente sanitario.

A livello educativo, alla luce dell'accorpamento di Casa San Nicolao, che diventerà la quarta équipe del settore casa con occupazione sono stati, e verranno ancora realizzati cambi all'interno delle équipes cercando comunque di dare continuità al lavoro di accompagnamento che riteniamo risponda adeguatamente ai bisogni degli utenti. La sfida di riuscire a cambiare mantenendo la qualità e la continuità è un aspetto con il quale ci confrontiamo quotidianamente.

Per quanto concerne l'infrastruttura si è proceduto alla manutenzione ordinaria e straordinaria, è stato sostituito l'impianto di ventilazione e riscaldamento della piscina interna con un importante investimento.

#### **Cà Mia e PA+, Barbengo**

Il progetto relativo ai Progetti Abitativi Plus (PA+) iniziato nel 2022 prosegue. Al momento siamo pienamente occupati e non escludiamo che tale progetto possa in futuro essere ampliato. Da fine 2024 l'inserimento nell'ambito dei PA+ è possibile anche da utenti esterni alla FSG.

Per Cà Mia arriviamo a fine anno raggiungendo la piena occupazione. Abbiamo potuto beneficiare dell'inserimento di alcuni nuovi utenti che permettono di lavorare a pieno regime.

Con gli utenti di Cà Mia sono sempre proposte attività che facilitano e rafforzano il legame con il territorio. Nel corso del 2025 si è però concluso il progetto con La Posta per la distribuzione di pacchi e raccomandate nel quartiere, non essendoci nella zona una richiesta sufficiente.

Nel corso del 2025 le équipes con gli/le utenti hanno realizzato alcuni momenti pubblici per contribuire all'autofinanziamento delle colonie. Partecipazione a mercatini e fiere, 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, Melano**

Si sta cercando di rafforzare il settore produttivo, con la creazione di nuove tisane, dal 2025 inoltre le tisane prodotte per Migros sono interamente confezionate dagli utenti dell'Orto il Gelso.

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.

Sono stati rinnovati i contratti degli utenti adeguandoci agli standard degli altri laboratori sul territorio, rivedendo condizioni di lavoro (orari, vacanze).

Si sono rafforzati importanti progetti di collaborazione con La Posta di Chiasso, AFOR di Taverne, e la Casa anziani Paradiso.

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. Un interessante progetto legato al concime è stato avviato con l'Hotel Splendide Lugano.

### **Progetti Abitativi**

Per quanto concerne questo settore non sono stati intrapresi particolari progetti nel 2025, 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. Durante l'anno il servizio tecnico ha effettuato la regolare manutenzione ed ha apportato alcuni miglioramenti, quali ad esempio la sistemazione della terrazza esterna.

Nel 2025 vi hanno soggiornato un totale di 40 persone per un totale di 39 notti.

#### **B.4.4. Trasporti**

Durante il 2025 si è cercato di migliorare ancora il settore trasporti sia tramite la sostituzione e l'acquisto di alcuni nuovi veicoli, sia affinando la collaborazione con partner esterni per alcuni trasporti utenti. L'ente con l'incarico in outsourcing è stato auditato dal Gestore Qualità e dalla Direzione con esito positivo.

#### **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 monoprodotti), e analisi a campione per la rilevazione di eventuali pesticidi. Proprio in questo ambito Bio.inspecta ha svolto un audit su incarico di Migros sulla sicurezza alimentare il 28 agosto, l'audit è stato superato in modo ottimale, con 3 spunti di miglioramento.

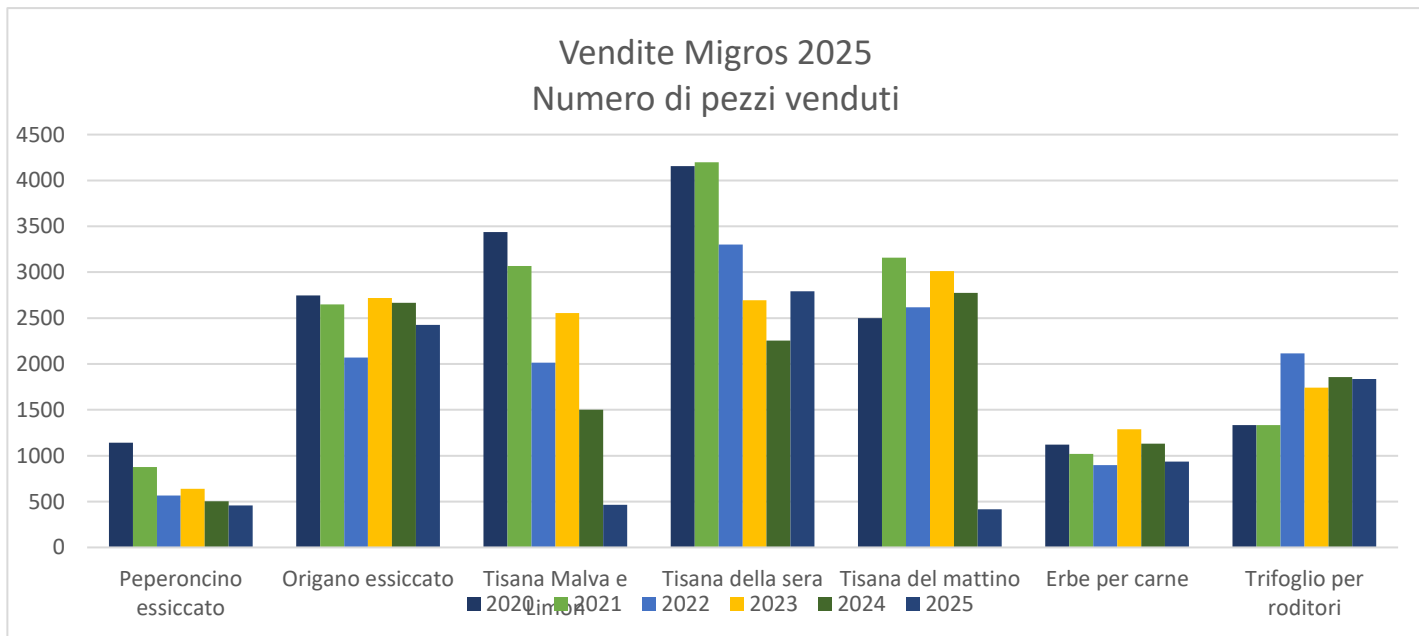
Dal 2025 l'imballaggio delle nostre tisane avviene al 100% su suolo ticinese: il nostro partner Erboristi Lendi SA di Curio ha acquistato durante l'anno la macchina che permette di realizzare le bustine con le erbe e le bustine contenitive in carta. Il processo di inserimento delle bustine nelle scatole viene poi effettuato dai nostri utenti presso il laboratorio Orto il Gelso. La messa in funzione del macchinario, la scelta dei corretti materiali ha purtroppo richiesto più tempo del previsto causando una rottura di stock delle tre tisane per diversi mesi. La produzione ha potuto ripartire da fine estate e ad inizio ottobre abbiamo potuto riprendere parzialmente le forniture a Migros.

Gli involucri protettivi delle bustine di tisana sono stati sostituiti con materiale 100% riciclabile e compostabile.

I prodotti in vendita da Migros hanno da quest'anno un nuovo design uguale a tutta la linea dei Nostrani del Ticino di Migros. Stiamo inoltre iniziando la produzione di una nuova linea di tisane FSG, uguali a quelle in vendita da Migros ma con un diverso e nuovissimo packaging dalla grafica più moderna e attrattiva. Questo progetto, che era rimasto in sospeso da alcuni anni, ha potuto ora concretizzarsi grazie alla nuova macchina imballatrice di Erboristi Lendi SA e ci permetterà di aprire nuovi canali di vendita, riprendere il rapporto con alcuni rivenditori con cui abbiamo collaborato in passato e con i clienti privati.



Le vendite presso Migros hanno finora dato in generale risultati in linea con gli scorsi anni, in particolare per le tisane del mattino e malva/limone purtroppo per vari motivi, non dipendenti da noi, vi sono state delle rotture di stock.



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. È stata data la possibilità di compilare il sondaggio sia in forma digitale online, sia cartaceo.

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 4.46 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.

	Moito soddisfatto/a	Più che soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Poco Soddisfatto/a	Per niente soddisfatto/a
					
<b>2025</b>	57.47%	35.63%	3.455	2.30%	1.15%

#### C.1.2. Piani di Accompagnamento Individuale (PAI)

I Piani di Accompagnamento 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		15	14	10	21	27
N. obiettivi	47	35	19	21	58	27
Obiettivi raggiunti	25	9	7	13	35	5
Obiettivi parzialmente raggiunti	12	11	12	6	19	18
Obiettivi non raggiunti	10	8	0	2	4	4

Documenti di riferimento: S-C2.2 Piano di accompagnamento individuale – PAI, Verbali

### C.2. Settore sanitario

L'intero processo in SGQ C3 Sanitario è stato rivisto in quanto la maggior parte dei formulari sono ora gestiti direttamente nella cartella sanitaria EClinic, questo aggiornamento è stato effettuato in condivisione con tutti i responsabili. Ciò ha portato ad una migliore efficienza della documentazione e del processo. Sono stati aggiornati 4 documenti, mentre 27 sono stati eliminati dal SGQ, con la conseguente riorganizzazione del capitolo e la nuova numerazione dei 24 documenti mantenuti.

A Casa Don Orione si è intervenuti con l'inserimento di figure sanitarie in tutte le équipe per rispondere, parzialmente, ai bisogni legati all'invecchiamento delle persone residenti nella Casa. Per gli aspetti psichiatrici, la psichiatra di riferimento è regolarmente presente nella struttura per l'accoglienza dell'utenza.

A Cà Mia è stata cambiata la Farmacia di riferimento, l'aspetto farmacologico e terapeutico viene ora coordinato direttamente con i medici di riferimento dell'utenza. Si è inoltre unificata la psichiatra di riferimento della struttura in accordo con i rappresentanti legali.

Il lavoro realizzato lo scorso anno con l'Ente Ospedaliero Cantonale per ottimizzare le procedure di ricovero in Ospedale di persone con disabilità, sembra dare buoni risultati. I ricoveri e i contatti a livello ospedaliero hanno incontrato un'accoglienza ed un miglioramento di qualità che ci rende estremamente soddisfatti.

L'organizzazione della parte sanitaria è in continua ottimizzazione grazie anche al lavoro del referente sanitario.

È stata aggiornata la procedura in caso di emergenza per l'Orto il Gelso.

## **D. Qualità**

### **D.1. Sviluppo SGQ**

- **Il Sistema è aggiornato al 2 dicembre 2025.**
- Il Sistema è allineato alla norma ISO 9001:2015 e alla Direttiva 3 DSS/UI 2016.
- Il Sistema è conforme ai propri requisiti ed a quelli delle norme in vigore.
- Ultima certificazione: 22 dicembre 2023 (SQS) – validità fino al 21 dicembre 2026.
  
- I processi base saranno valutati entro fine anno. Attualmente 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 tutto il personale.
- Nel 2025 è stato auditato il 63% dei processi che compongono il SGQ.
- Durante l'anno sono stati pubblicati 7 aggiornamenti del Manuale Qualità comprendenti modifiche a 57 documenti, dei quali 3 sono nuovi (ultima versione 01.12.2025).

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 e dalle collaboratrici per la propria attività.

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

### **D.2. Documentazione SGQ**

Il Manuale Qualità della Fondazione San Gottardo conta 409 documenti, di cui 128 procedure e 281 strumenti.

Tutta la documentazione è sempre a disposizione 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.

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

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

Il Sistema è in corso di aggiornamento generale su tutti i processi per quanto concerne l'accorpamento di Casa San Nicolao e per la nomina della nuova Direttrice.

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 mantenimento SQS del 2024 sono riprese negli obiettivi annuali 2025, così come quelle scaturite nell'audit 2025 sono inserite negli obiettivi 2026.
- Internamente sono state rilevate **11 non conformità** durante l'anno, **che sono state risolte o corrette**.
- Sono stati sporti alcuni reclami legati alla rottura di stock della tisane (purtroppo causata da influenze esterne).
- Infine un reclamo è stato sporto nell'ambito dell'accompagnamento, discusso con le persone di riferimento e risolto.
- 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 2020-2025.

### 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 (Es. processo C3 Sanitario).

È stato realizzato un audit sul fornitore in outsourcing riguardo ai trasporti.

È stato auditato internamente il 63% dei processi in SGQ, anche 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, A4 Protezione dei dati), risorse (B3 Sicurezza, B4 produzione), prestazione (C1 ammissione, C3 sanitario, C4 prestazioni alberghiere) e qualità (D1 sviluppo, D2 Documentazione, D3 miglioramento, D5 Soddisfazione).

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): audit di mantenimento svolto il 15.10.2025 con esito positivo. Particolare accento è stato posto sul processo di accorpamento di Casa San Nicolao. Sono stati auditati processi di Direzione, di gestione, aspetti operativi di Casa Don Orione, Cà Mia, PA+, Orto il Gelso. Processi di supporto, sicurezza, IT.

Non è emersa **nessuna non conformità**.

Sono state emanate due **raccomandazioni per il miglioramento continuo**:

- Si raccomanda di tenere aggiornata e alimentata la tabella di lavoro "Accorpamento FSG FSN" tracciando per ogni livello gli aspetti inderogabili alla scadenza del 1 gennaio 2026 e quelli meno urgenti.
- Si raccomanda di riportare nel Riesame lo stato di sviluppo relativo al Manuale emergenze e non di meno l'azione di controlling nel periodo riguardante gli aspetti operativi del Gruppo SISA (Sicurezza e Salute).
- **Swiss Safety Center** (28.05.2025): **audit antincendio a Casa Don Orione**. Emersi alcuni spunti di miglioramento, in corso di valutazione e attuazione.
- **Bio.Inspecta** (14.05.2024): audit annuale sui **requisiti Bio Suisse** per la produzione dell'aperitivo e certificazione confermata.

- **Bio.Inspecta** per conto di Migros (28.08.2024): audit sulla **sicurezza alimentare e HACCP della produzione**. Audit superato. Sono emersi 3 spunti di miglioramento in via di risoluzione.
- Visita di sorveglianza da parte dell'**Ufficio degli invalidi** (29.09.2025) presso l'Orto il Gelso. La visita ha confermato l'autorizzazione di esercizio sulla base della Direttiva 1 – Autorizzazione d'esercizio agli Istituti per invalidi e nel rapporto d'audit si conferma la *“buona qualità del lavoro educativo e la conformità della struttura i criteri previsti dalla normativa vigente”*.

Sono emersi due spunti di miglioramento:

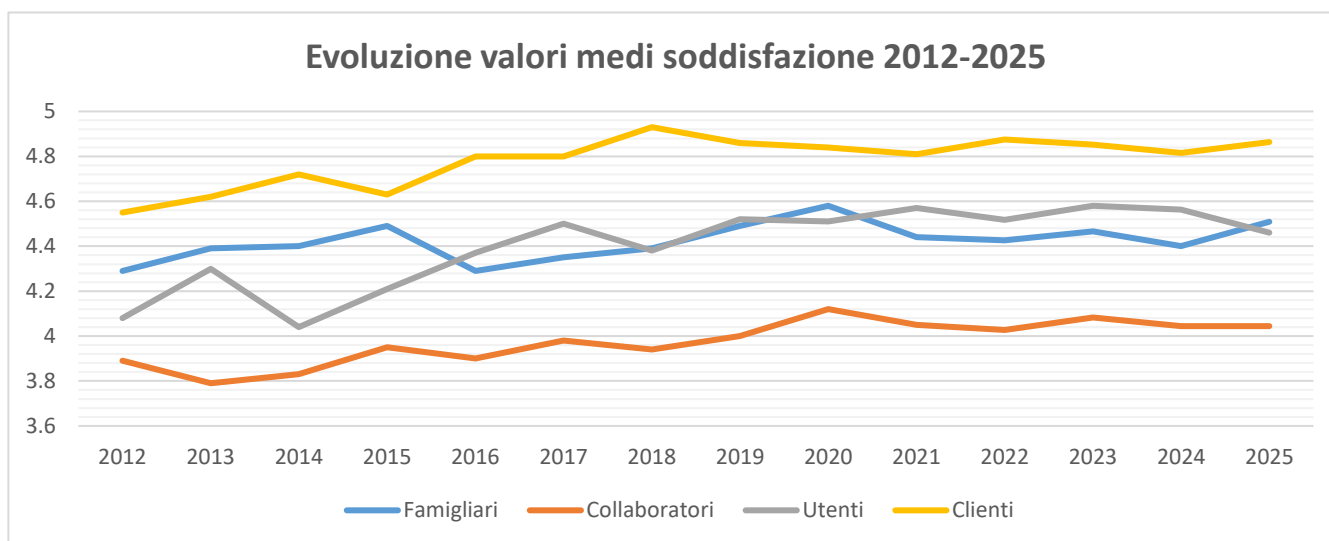
- Prevedere momenti di formazione dedicati alla prevenzione contro abusi e maltrattamenti
- Aggiornare le formazioni in materia di sicurezza e antincendio.

#### D.4.3. Soddisfazione

I tassi di partecipazione all'indagine di valutazione della soddisfazione 2025 sono stati i seguenti:

Gruppo	Invio cartaceo	Invio online	Totale inviati	Tasso di risposta
Famigliari e rappr. legali	34	86	<b>120</b>	<b>30.83%</b>
Utenti	130	0	<b>130</b>	<b>72.31%</b>
Clienti	33	32	<b>65</b>	<b>33.85%</b>
Collaboratori/-trici	0	130	<b>130</b>	<b>47.69%</b>

#### Soddisfazione generale



**Tutti i valori medi rilevati sono buoni**, si va infatti dai 4.04 punti (su 5) del gruppo collaboratori/-trici fino al 4.86 dei clienti. I famigliari si situano a 4.51 e gli utenti a 4.46. 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 30.83% (37 su 120), -4.71% rispetto al 2024.

La media dei punteggi delle risposte si situa a 4.51 su 5, risultato maggiore di 0.11 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 i Responsabili di settore (4.63), la Direzione (4.62), l'amministrazione (4.60) e il personale educativo (4.59), punteggi più alti rispetto al 2024.



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 Accompagnamento Individuali.

## **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 33.85%, di ben 20% inferiore all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.86 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti ben il 91% dei formulari riporta come valutazione "ottimo". Dai questionari non sono emersi reclami, ma molti ringraziamenti e complimenti.

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2025, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Data: 30.03.2026

Firma Direzione: Ursula Dandrea .....

Firma Gestore Qualità: Curzio Schlee .....

**S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2025**
**Stato:**  
**31.12.2025**

 Numero di obiettivi non raggiunti /  
 parzialmente raggiunti / raggiunti.

**15**
**28**
**46**

 Legenda: giallo = obiettivi  
 primari  
 Azzurro = obiettivi inseriti nel  
 periodo  
 Grigio = spunti miglioramento  
 SQS

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritario, verde = inserito nel periodo	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
<b>A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE</b>	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	Attività puntuali su principi e valori FSG nelle équipe. In corso (Cà Mia).	50	
				b	Analisi rischi: approfondire il tema delle opportunità e punti forti (talenti) con registrazione di stato.	31.12	DIR, CDG, GQ	Tutti	Riflessione svolta ambito COMED in relazione utenza. Es. sessualità. Temi ordinari nelle riunioni d'équipe.	60	
				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	In corso.	50	
		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	In costante applicazione.	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	In corso. Parz. Rinnovo parco veicoli, aggiunta veicoli. Manut. Riflessione effettuata, decisione in corso posticipata a pensionamento attuali manutentori.	75
				R2	b	Valorizzazione competenze del personale in ottica di maggior senso di responsabilità e appartenenza	31.12	DIR, RS	Tutti	Costantemente in corso.	75

			c	Ottimizzazione dei campi in organigramma (Orto, CDO, PA+, Risorse Umane) alla luce dell'evoluzione della FSG	31.12	DIR, RS	Tutti	OK	100	
			d	Avvio progetto accorpamento Fondazione San Nicolao - Comunicazione - Organizzazione istituzionale - Operativo	31.12	DIR, CDG CdF	Tutti	Avviato e in corso, già parzialmente operativo.	80	
			e	Cambio Direzione - da 01.01.2026 - continuità operativa	31.12	DIR, CDG	Tutti	Inroduzione avvenuta da 01.11.2025.	100	
			f	Cambio Direzione - processo di selezione e scelta	30.06	DIR, CdF	DIR, CdF	OK. Nuova direttrice: Ursula Dandrea.	100	
			g	Cambio Direzione - passaggio di consegna	31.12	DIR, CDG	DIR	Inroduzione avvenuta da 01.11.2025.	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, CDG	Tutti	In corso creazione nuovo processo A4, adeguamento procedure da modelli progetto cantonale. In pausa per altre priorità operative.	60
	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, CDG	Tutti	In corso.	75
				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	Non ancora usato nuovo metodo di comunicazione con approvazione.	0
				c	Cambio Direzione - comunicazione interna ed esterna	31.12	DIR	Tutti	Ok	100
	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	In corso creazione nuovo processo A4, adeguamento procedure da modelli progetto cantonale. In pausa per altre priorità operative.	60
		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	Da riprendere con nuova DIR.	20
	R3			b	Garantire sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti	Persona individuata, parzialmente formata. Da continuare.	50	
	R3			c	Ravvivare presenza sui social media	31.12	COM, GQ	Tutti	In parte, in corso	50	
				d	Sviluppo partnership con aziende del territorio.	31.12	COM, DIR	Tutti	Nuove partnership: AMAG, Hotel Splendide Royal, Splash & Spa Tamaro, DNT Racing, FC Ceresio, Parco commerciale Grancia.	100	
				e	Cambio Direzione + accorpamento San Nicolao - adeguamento comunicazione (sito, brochure, ecc.)	31.12	DIR; COM	Tutti	Alcuni contenuti pronti. In attesa	60	
		<b>Processo</b>	<b>N. Obiettivi continuativi</b>	<b>Rischio</b>	<b>N. Obiettivi annuali giallo = prioritari</b>	<b>Termine</b>	<b>Resp.</b>	<b>Livello</b>	<b>Stato</b>	<b>Avanzamento %</b>	
<b>B. RISORSE</b>	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	Ok	80
					b	Valutazione capitolo B1, procedure da aggiornare e mancanti.	31.12	DIR, AMM	Tutti	Da rivedere alla luce accorpamento San Nicolao.	40

B2 Personale	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	In corso	80	
	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	SI	100	
			b	Adeguamento progressivo standard personale CDO in base ai nuovi standard del personale della Direttiva 5	31.12	DIR, AMM	Tutti	In corso, alla luce della situazione finanziaria non definita del Cantone (CP).	60	
	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 (trimestrale) evoluzione finanziaria costi e gestione del personale e relativa ottimizzazione	31.12	DIR, RS, RU	Tutti	SI	100
	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	In corso.	40
	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	OK	100		
		b	Formazione interna er settore su tema Comunicazione, alla luce anche della LPD.	31.12	DIR, RS	Tutti	Posticipata 2026	0		
		c	Applicazione strumenti di lavoro acquisiti in ambito di Etica	31.12	DIR, RS	Tutti	In corso	70		

B3 Strutture, materiali, attrezzature		d	Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti	Non effettuato	0	
		e	Formazioni specifiche realizzate ritenute importanti durante l'anno: Polizia, manager, sostenibilità.	31.12	DIR, RS	Tutti	Alcune terminate, altre in corso.	80	
	11	Tutelati gli educatori nell'ambito del loro operato con l'utenza.							
	12	Garantito l'applicazione della procedura concernente la violazione dell'integrità personale							
	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	Miglioramento sempre in corso. Consumi diminuiti	70
			b	Ottimizzazione gestione casa di Airolo	31.12	DIR, RS	Tutti	Vari miglioramenti effettuati.	70
			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	Discussione aperta con Comune, nuovo incontro previsto.	75
			d	Cambio sistema ventilazione piscina e riattivazione	31.12	DIR, Amm	Tutti	Ventilazione ok. Ricerca perdita acqua.	75
			e	IT: nuovo server di lavoro per accorpamento SN. Trasferimento profili. Creazione profili per SN	30.09	IT	Tutti	Server pronto, profili trasferiti.	100
			f	IT: server attuale sostituirà server DW, passaggio software DocuWare, Eclinic, Intranet	30.11	IT	Tutti	In attesa per altre priorità. Fornitori avvisati e pronti.	50
			g	IT: adeguamento parco PC con windows 10 non più aggiornabili da ottobre 2025	31.12	IT, DIR	Tutti	Ok, sostituzione pc obsoleti in corso.	80
	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	Effettuato con trasporti.	100
			b	Applicazione nuove procedure uscite e attività utenti CDO	31.12	DIR, Amm,RS	Tutti	Ok	100
c			Realizzazione procedura uscite e attività per altri settori.	30.06	Dir, RS, GQ	Tutti	Riflessione avvenuta. Mantenimento procedure attuali. Aggiornare procedura in SGQ	75	

	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	Rinviato per altre priorità. Documentazione parziale. Esistente. Creata sezione sicurezza su intranet.	50
			b	Creazione Manuale gestione emergenze particolari	31.12	InSI, SISA	Tutti	Rinviato, da fare.	0
			c	Rinnovo impianto illuminazione d'emergenza CDO	31.12	InSI, DIR	Tutti	Da riprendere. (Costi)	0
			d	Sostituzione canna fumaria CDO	30.06	InSI, DIR	Tutti	Permessi ok. Rinvia esecuzione per altre priorità.	50
			e	Aggiornamento piani di evacuazione ed elaborazione piani antincendio CDO	31.12	InSI	Tutti	Sospeso	0
			f	Allineamento procedure emergenza CD con Livit	30.06	InSI	Tutti	Richiesti. Non ancora pervenuti.	25
			g	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Center Orto il Gelso (2022)	30.05	InSI	Tutti	In corso	40
			h	Valutazione e risoluzione spunti miglioramento audit antincendio Swiss safety Casa Don Orione (2025)	2028	INSI	Tutti	Valutazione in corso e definizione priorità.	30
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	NO. Ev. definire secondo audit haccp frequenza test ritiro prodotto e piano analisi.	50
			b	Continuazione lavoro di organizzazione per conciliare attività socio-lavorative con socio-educative				SI	100
	2	Il Tasso di occupazione è ottimale.							
3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.	a	Consolidazione e ricerca nuove partnership sul territorio.	31.12	DIR, RS	Tutti	Importante progetto con Hotel Splendide Royale per orto Lopagno. Altre partnership consolidate.	80	

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	Stato	Avanzamento %	
C. PRESTAZIONI	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	In corso. Richiesta a ITDEI Stiftung per nuovi macchinari	50	
				b	Ottimizzata la gestione amministrativa della produzione. Passaggio della gestione amministrativa da Lopagno a Melano	31.12	RS, GQ	Tutti	Da rivalutare con nuova DIR	40	
				c	Riprendere la riflessione su produzione nuova "Tisana da l'ort" o altre nuove possibili produzioni.	31.12	DIR, RS, GQ	Tutti	OK, creata linea nostre 3 tisane con design nuovo e proprio (non Migros).	100	
	5	Considerare concetto di "qualità dei prodotti"									
	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	Procedura ottimizzata	80
		2	Presentazione completa e oggettiva dell'offerta.		a	Aggiornare documento C1.1 (PA+, Casa San Nicolao)	31.12	DIR, CDG	Tutti	In corso	25
		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	In corso	50
		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	Ok CDO, deciso adeguamento con SN 2026-2027	100
b					Applicazione nuova LPD nell'ambito della relazione con l'utenza, rappresentanti legali e rete di riferimento.	31.12	DIR, RS	Tutti	Fatto 2024, documenti in corso di aggiornamento (nuovo processo A4).	70	
c					Definizione procedure informazione e comunicazione ai "curatori"	31.12	DIR, RS	Tutti	Da riprendere.	25	
d					CDO: riorganizzazione turnistiche e conformazione équipe	31.12	DIR, RS	Tutti	OK	100	
2			a	Evidenziare nuovi obiettivi dagli obiettivi ripresi dall'anno precedente (mantenimento)	31.12	DIR, RS	Tutti	In corso	50		

C3 Prestazioni sanitarie		Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PSI.	b	Si raccomanda di focalizzare, con maggior insistenza sui dettagli, l'azione di sviluppo e progettazione dei PSI così da fornire un preciso riscontro "a futura memoria".	31.12	DIR, RS	Tutti	In corso	10
			c	Aggiornamento titolo da Piano di sviluppo individuale a Piano di accompagnamento individuale (PAI)	31.12.	DIR, GQ	Tutti	OK	100
	3	Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.	a	IT: Inserimento utenti San Nicolao in Eclinic	31.12	DIR, RS	Tutti	OK	100
	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	Non rivelatosi necessario.	100
	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	Ok	100
			b	Applicazione nuove procedure per ricoveri ospedalieri EOC/OSC	31.12	DIR, CdG, SAN	Tutti	Ok	100
			c	Sono state riviste le procedure sanitarie in base alla nuova organizzazione e introduzione cartella informatizzata utenti.	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	Ok, rivisto e aggiornato tutto processo C3	100
			d	Ottimizzazione preparazione farmaci e blister CDO e CàM	31.12	SIR, RS, SAN, GQ	Tutti	Ok, mandato esterno a Farmacia Contrada dei Patrizi	100
2	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti (videosorveglianza, GPS) e riduzione misure di contenzione a CDO (Parcom).								
3	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze,	a	Applicazione dei principi sviluppati nell'ambito della formazione etica	31.12	DIR, RS, IT	Tutti	In corso	80	

C4 Prestazioni alberghiere		responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG		b	Continuata formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE. (fino ad ora 34 persone formate)	31.12	RS	Tutti	Sospeso per il momento.	0	
				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. Migliorato notevolmente progetto orto Lopagno.	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 Concezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29	a	Monitorare e tenere aggiornati gli obiettivi.	trimestrale	DIR, CDG, GQ	Tutti	OK	100
		2	Introdurre negli obiettivi gli spunti di miglioramento dopo audit SQS								
		3	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.		a	Formazione su SGQ e rischi, aggiornare e riprendere, soprattutto con nuovi collaboratori.	31.12.	GQ, RS	Tutti	Fatta parz. con operatori San Nicolao, da riprendere.	60
	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	sospeso	0
	4	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Rivalutare documenti e procedure "datate".	31.12	GQ, RS	Tutti	Parzialmente effettuato, e in corso	50
			b	Creazione capitolo A4 Protezione Dati e adeguamento doc	31.12	DIR, GQ	Tutti	In corso	60	
			c	Creazione capitolo B5 Sicurezza e salute	31.12	GQ, InSI	Tutti	Rinviato	0	
			d	aggiornare tutti i documenti dove figurano i capitoli SGQ	31.12	GQ	Tutti	Da fare con obiett. C)	0	
			e	Allineamento SGQ FSG con San Nicolao	31.12	DIR, GQ	Tutti	In corso	75	
			f	Allineamento SGQ FSG per cambio Direzione	31.12	DIR, GQ	Tutti	Ok	100	
			g	Allineamento SGQ (+Eclinic) per cambio PSI -> PAI	31.12	DIR, 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 20% del numero di segnalazioni inviate.	30.03	GQ, CDG	Tutti	Da riprendere	20
		b		b	80% delle segnalazioni risolte.	31.12	DIR, CdG, GQ	Tutti	Ok	100
	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-D4.4).	30.06	GQ	Tutti	Sospeso.	0
	2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.								
D5 Soddisfazione prestazioni	1	Costante mantenimento o miglioramento del grado di soddisfazione auspicato	R30	a	Aumento partecipazione al sondaggio (+20%), valutare strategie.	30.10	GQ	Tutti	Non raggiunto, partecipazione generale calata.	0

## Allegato 2 - S-A1.1 OBIETTIVI ANNUALI 2026

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritario, verde = inserito nel periodo	Termine	Resp.	Livello	
A. DIREZIONE / ORGANIZZAZIONE	A1 Missione	1		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	Monitoraggio S-A1.2 pianificazione di settore	30.04	DIR	Tutti	
		2							
		3							
	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	Riorganizzazione settore manutenzione	31.12	CDG	Tutti
				R2	b	Valorizzazione competenze del personale in ottica di maggior senso di responsabilità e appartenenza	31.12	DIR, RS	Tutti
					c	Aggiornare organigramma gruppo SISA	30.03	DIR	Tutti
					d	Rivalutazione del ruolo referenti (ridefinizione dei compiti e aggiornamento del mansionario)	31.12	CDG	Tutti
	A3 Comunicazione e informazione	1	I canali d'informazione sono ben definiti codificati e pertinenti al contenuto	R3	a	Valutazione progetto CRM (customer relationship management) con Ander Group per ottimizzazione gestione contatti e comunicazione.	31.12	DIR, COM	Tutti
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
				R3					
10	Partecipazione e collaborazione costante alla rete (UI, Commissione LISPI, paritetica), associazioni di settore (ATIS, INSOS, ...)	R3							
11	Mantenere un'informazione e una comunicazione di qualità fra i diversi settori della FSG, attraverso la ricerca di strategie al passo con i tempi	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
				R3	b	Completamento procedure e applicazione LPD in tutti i settori con formazione del personale	31.12	DIR, CDG	Tutti
		13	Ottimizzati comunicazione Intranet, sito e comunicazione elettronica, monitorato e regolamentato utilizzo di messaggi nei gruppi. Aggiornamento contenuti sito internet.	R3	a	Individuare e formare risorsa sostituto GQ	30.06	COM, GQ	Tutti
				R3	b	Garantire sostituto + formazione per aggiornamento sito web + intranet.	31.12	COM, GQ	Tutti
					c	Festeggiamento del 30esimo della San Gottardo. Giornata aperta alla popolazione e giornate aperte in ogni struttura. Conferenza.	9.05	DIR, CDG	Tutti
	<b>Processo</b>	<b>N.</b>	<b>Obiettivi continuativi</b>	<b>Rischio</b>	<b>N.</b>	<b>Obiettivi annuali giallo = prioritari</b>	<b>Termine</b>	<b>Resp.</b>	<b>Livello</b>
<b>B. RISORSE</b>	B1 Amministrazione e finanze	1	Sono rispettate le scadenze e i parametri definiti nel contratto di prestazione.	R5	a	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.	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.						
		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 (trimestrale) 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	Ordine server / ordine mail / ottimizzare spazio	31.12	RS, REF, IT	Tutti
				R12	b	Formazione docuware per RS	30.09	IT, RS	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						

B3 Strutture, materiali, attrezzature	8	Supervisioni casi se richiesto e necessario						
	9	Sostegno e promozione alla formazione continua individuale.						
	10	Promozione formazioni interne	a	Formazione interna sul tema Comunicazione.	31.12	DIR, RS	Tutti	
			b	Formazione sicurezza e antincendio	31.12	DIR, RS	Tutti	
			c	Corso pratico di spegnimento (pompieri)	31.12	DIR, RS	Tutti	
			d	Formazione contro abusi e maltrattamenti	31.12	DIR, RS	Tutti	
			e	Formazione accompagnamento dei giovani con disagio sociale - Anna Jolidon	31.12	DIR, RS	Tutti	
			f	Formazione vegliatori - intervento socio-educativo e farmacoterapia	31.12	DIR, RS	Tutti	
			g	Formazione violenza di genere e disabilità - pari opportunità	31.12	DIR, RS	Tutti	
			h	Formazione sulla Convenzione dei Diritti per le persone con disabilità	31.12	DIR, RS	Tutti	
			i	Formazione LPD (quando conclusa documentazione)	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						
	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	Riorganizzazione settore manutenzione (definizione di compiti, aggiornamento mansionario, pianificazione di intervento nelle strutture).	31.12	DIR	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	Piscina Casa Don Orione - risoluzione problemi perdite	31.12	DIR, Amm	Tutti	
			e	Valutazione impianto clima Casa Don Orione	31.12			
			f	IT: server attuale sostituirà server DW, passaggio software DocuWare, Eclinic, Intranet	30.11	IT	Tutti	
g			Aumentare grado soddisfazione settore manutenzione	30.12	RS	Tutti		
2	Ottimizzazione degli acquisti e chiara conoscenza dei bisogni e delle risorse.	a	Realizzazione di audit esterni servizi in Outsourcing elementi direttamente impattanti verso l'utenza (SQS 5).	31.12	DIR, RS	Tutti		
		b	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 particolari	31.12	InSI, SISA	Tutti	
				d	Sostituzione canna fumaria CDO	31.12	InSI, DIR	Tutti	
				e	Formazione sicurezza e antincendio a tutti i settori	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, DIR	Tutti	
				h	Risoluzione manchi antincendio Swiss safety Casa Don Orione (2025)	30.05	InSi, DIR	Tutti	
				i	Perizia rischio residuo x Comune - Casa Don Orione	30.07	INSI	Tutti	
			Smaltimento e riciclaggio dei rifiuti adeguato.						
	B4 Produzione e servizi	1	La proposta di attività lavorative e di produzione è adatta al Target.	a	Rivalutare tutto il capitolo B4 ev. aggiornare.	31.12	GR, RS	Tutti	
		2	Il Tasso di occupazione è ottimale.						
		3	Sono soddisfatti i parametri finanziari relativi il contratto di prestazione. È attuito l'impatto economico derivato da condizioni naturali sfavorevoli. Commercializzazione di tutti i prodotti a prezzi interessanti.	a	Consolidazione e ricerca nuove partnership sul territorio.	31.12	DIR, RS	Tutti	
		4	Incremento/ottimizzazione produzione in corso: tisane e legna	a	Ottimizzata l'attrezzatura per incremento della filiera produttiva a Melano. Fondazione ITDEI	31.12	DIR, RS	Tutti	
				b	Garantire approvvigionamento continuo prodotti Migros (Lendi) e collaborazione proattiva	30.06	PROD	Tutti	
				c	Raccolta indirizzi e-mail clienti (soprattutto legna) per fatturazione e comunicazioni	31.12	PROD, COM	Tutti	
		5	Mantenere la buona qualità dei prodotti	a	Creazione piano di analisi	30.04	GQ	Tutti	
				b	Microtossine e alcaloidi pirrolizidinici analizzare	31.12	GQ	Tutti	
				b	Introdurre test annuali di ritiro e richiamo prodotti	30.04	GQ	Tutti	
		6	Mandato di inclusione attraverso attività e collaborazioni con nuovi attori sul territorio (VarioSystem AG, ACLC, ...)						

Processo	N.	Obiettivi continuativi	Rischio	N.	Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello	
C1 Ammissione	1	Applicazione dei criteri di ammissione (RS quale responsabile) e di esclusione.				31.12	DIR, CDG	Tutti	
	2	Presentazione completa e oggettiva dell'offerta.		a	Aggiornare documento C1.1 (PA+, Casa San Nicolao) + riprendere i contratti e le convenzioni	30.06	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 dell'offerta "posti accoglienza temporanea".						
		1	Identificazione dei bisogni corretti degli utenti		a	Valutazione continua utenza ed équipes adeguate al contesto, Organizzazione intersettoriale (trasferimenti interni, riorganizzazioni)	31.12	DIR, RS	Tutti
					b	Applicazione nuova LPD nell'ambito della relazione con l'utenza, rappresentanti legali e rete di riferimento.	31.12	DIR, RS	Tutti
		2	Sono ottimizzati il processo e gli strumenti di elaborazione di gestione e di valutazione dei PAI.		c	Evidenziare nuovi obiettivi dagli obiettivi ripresi dall'anno precedente - aggiungere flag in Eclinic	31.12	DIR, RS	Tutti
					d	PAI Orto - aggiornare secondo raccomandazioni UI	30.06	DIR, RS	Tutti
					e	Rivalutazione strumento PAI (tempistiche, contenuti)	31.12	CDG	Tutti
3		Monitoraggio e valutazione costante situazione utenti.		a					
4	Rafforzamento comunicazione e collaborazione con la rete legata alla persona (famiglia, ambito sanitario, ...) e con "Servizio d'informazione e coordinamento dell'Ufficio degli invalidi. Almeno 1 incontro annuo con il CdG.								
5	Riduzione del rischio di errori professionali.		a						
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	Cà Mia - adeguamento gestione terapie e monitoraggio				

C. PRESTAZIONI

C4 Prestazioni alberghiere	2	Sono ottimizzati i sistemi elettronici per sicurezza utenti e riduzione misure di contenzione.							
	3	Create condizioni ottimali di lavoro (competenze, responsabilità) per il personale educativo operante nella FSG		a	Formazione per la modalità di gestione delle emergenze sanitarie. BLS-DAE.	31.12	RS	Tutti	
		Il processo C3.3 Abusi e maltrattamenti è sempre aggiornato e condiviso nelle équipe. Considerare anche la tutela degli educatori.		a	Prevedere occasioni formative o di confronto sul tema abusi e maltrattamenti. Sensibilizzare e consolidare cultura prevenzione.	31.12	DIR, CDG	Tutti	
	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	Tutti	
	2	Rispetto delle date limite di acquisto e di consumo dei prodotti. Gestione stock pianificato e validato. Messa in atto delle norme HACCP nel momento della preparazione e dello stoccaggio degli alimenti, controllo dei DLC.		a					
	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.		a	Riorganizzazione settore cucina	31.12	DIR, CDG	Tutti	
			b	Riorganizzazione settore lavanderia	31.12	DIR, CDG	Tutti		
Processo		N. Obiettivi continuativi	Rischio	N. Obiettivi annuali giallo = prioritari	Termine	Resp.	Livello		
D. QUALITÀ	D1 Concezione di sviluppo	1	Obiettivi di sviluppo a breve e medio termine chiari, ben definiti temporalmente e costantemente aggiornati. Registrare tutti i progetti negli obiettivi. Con relativo sviluppo. Ev. inserire anche durante l'anno.	R29	a Monitoraggio e aggiornamento obiettivi.	trimestrale	DIR, CDG, GQ	Tutti	
		2	Introdurre negli obiettivi gli spunti di miglioramento dopo audit SQS						
		3	Il progetto istituzionale è condiviso e fatto proprio dal personale.		a	Formazione su SGQ, nuova norma 2026 e rischi, aggiornare e riprendere, soprattutto con nuovi collaboratori.	31.12.	GQ, RS	Tutti
	D2 Gestione documentale	1	Mantenere standard di Qualità ISO 9001:2015		a	Audit di ricertificazione superato con successo	23.12	GQ, DIR	Tutti

	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						
	4	Mantenimento e aggiornamento Database documentale		a	Allineamento SGQ FSG con San Nicolao	31.12	GQ, RS	Tutti
b				Creazione capitolo A4 Protezione Dati e adattamento doc	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				Si raccomanda di riportare nel Riesame lo stato di sviluppo relativo al Manuale emergenze e non di meno l'azione di controlling nel periodo riguardante gli aspetti operativi del Gruppo SISA (Sicurezza e Salute).	31.12	GQ, SISA	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
	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-D4.4).	30.06	GQ	Tutti
	2	Svolgimento audit interni secondo programmazione.						
D5 Soddisfazione prestazioni	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  
2025**

## Allegato 3 – Rapporto valutazione della soddisfazione 2025

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/-trici e clienti dei nostri prodotti o servizi.

La protezione dei dati è garantita.

Per il sesto 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. Al personale è stata richiesta la sola compilazione online.

Hanno utilizzato il sondaggio digitale online, rispetto al cartaceo:

- il 64% dei famigliari e rappresentanti legali degli utenti
- il 50% dei clienti
- il 100% dei/delle collaboratori/-trici
- il 3% degli utenti.

### Tassi di risposta

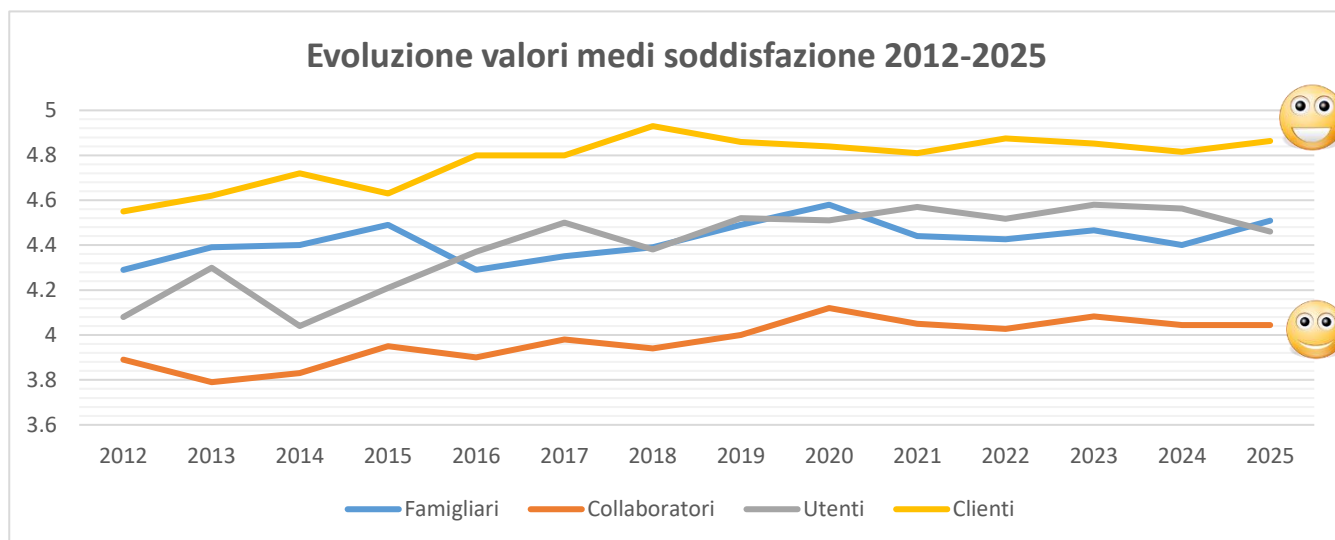
Gruppo	Totale questionari inviati	Totale risposte	Tasso di risposta cartaceo	Tasso di risposta online	Tasso di risposta totale
<b>Famigliari e rappr. legali</b>	<b>120</b>	37	35.14%	64.86%	<b>30.83%</b>
<b>Utenti</b>	<b>130</b>	94	96.81%	3.19%	<b>72.39%</b>
<b>Clienti</b>	<b>65</b>	22	50.00%	50.00%	<b>33.85%</b>
<b>Collaboratori/-trici</b>	<b>130</b>	62	0.00%	100.00%	<b>47.69%</b>

## Evoluzione tassi di soddisfazione

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

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

Di seguito sono riportati, in modo comparativo, i dati delle valutazioni degli ultimi anni, dal 2012 al 2025:



	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	<b>4.93</b>
2019	4.49	4.00	4.52	4.86
2020	<b>4.58</b>	<b>4.12</b>	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	<b>4.58</b>	4.85
2024	4.40	4.04	4.56	4.81
<b>2025</b>	<b>4.51</b>	<b>4.04</b>	<b>4.46</b>	<b>4.86</b>

Con il grafico precedente si paragonano i valori medi delle risposte ricevute nei questionari di valutazione dei vari stakeholder dal 2012 al 2025. Tutti i valori rilevati sono buoni, si va infatti dai 4.04 punti del gruppo collaboratori fino al 4.86 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 30.83% (37 su 120), -4.71% rispetto al 2024.

La media dei punteggi delle risposte si situa a 4.51 su 5, risultato maggiore di 0.11 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 i Responsabili di settore (4.63), la Direzione (4.62), l'amministrazione (4.60) e il personale educativo (4.59), punteggi più alti rispetto al 2024.

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 2025, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

Grafico dei punteggi medi:

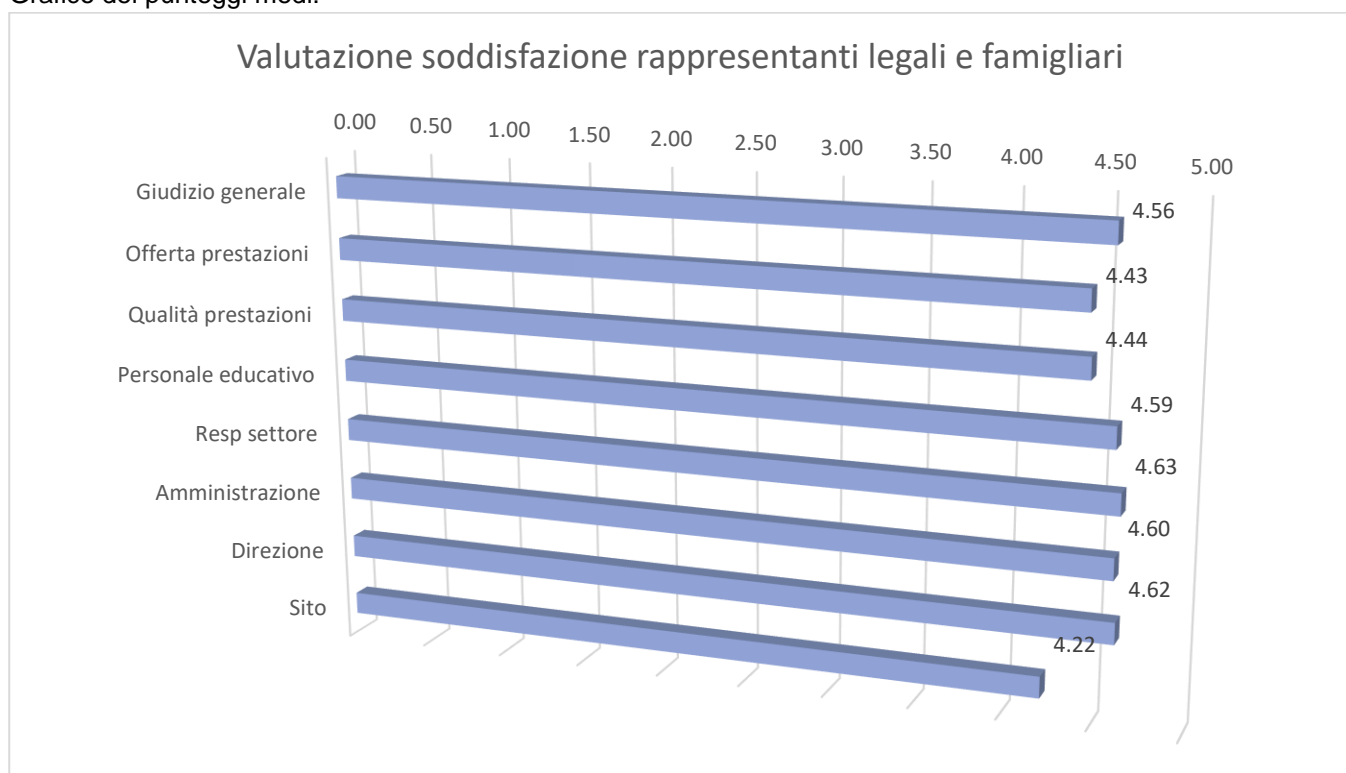
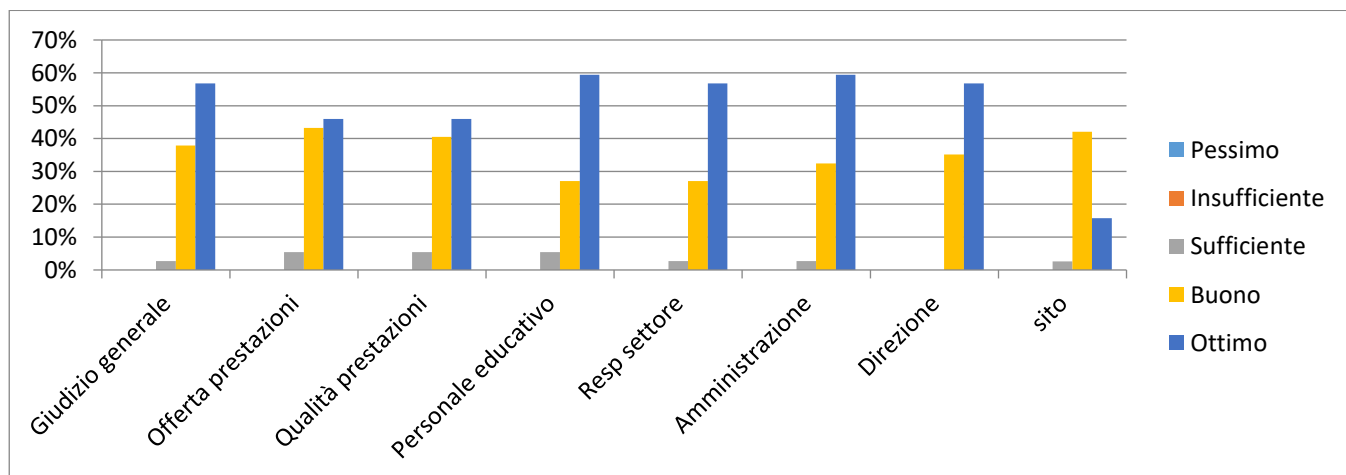


Grafico dei giudizi per ogni risposta:



## 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 33.85%, di ben 20% inferiore all'anno precedente.

La media dei punteggi si situa a 4.86 su 5, rivelando che i clienti si ritengono molto soddisfatti dei nostri prodotti e servizi, con un giudizio che sfiora l'ottimo. Infatti ben il 91% dei formulari riporta come valutazione "ottimo".

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

Documenti di riferimento: Rapporto soddisfazione 2025, Dossier valutazione soddisfazione con i questionari compilati.

## Soddisfazione utenti

Agli utenti è stato sottoposto un questionario di tipo aperto, dove è stato chiesto di descrivere 3 aspetti positivi, 3 aspetti da migliorare, 2 desideri per il futuro e Osservazioni libere.

La maggior parte delle risposte fornite lascia presagire che gli utenti si ritengono soddisfatti o molto soddisfatti delle strutture che frequentano, del personale e delle cure a loro rivolte. Come ultimo punto è stato richiesto quale sia la loro soddisfazione generale, con degli "smiley", la media delle risposte si situa a 4.46 su 5, dunque ben al di sopra del buono.

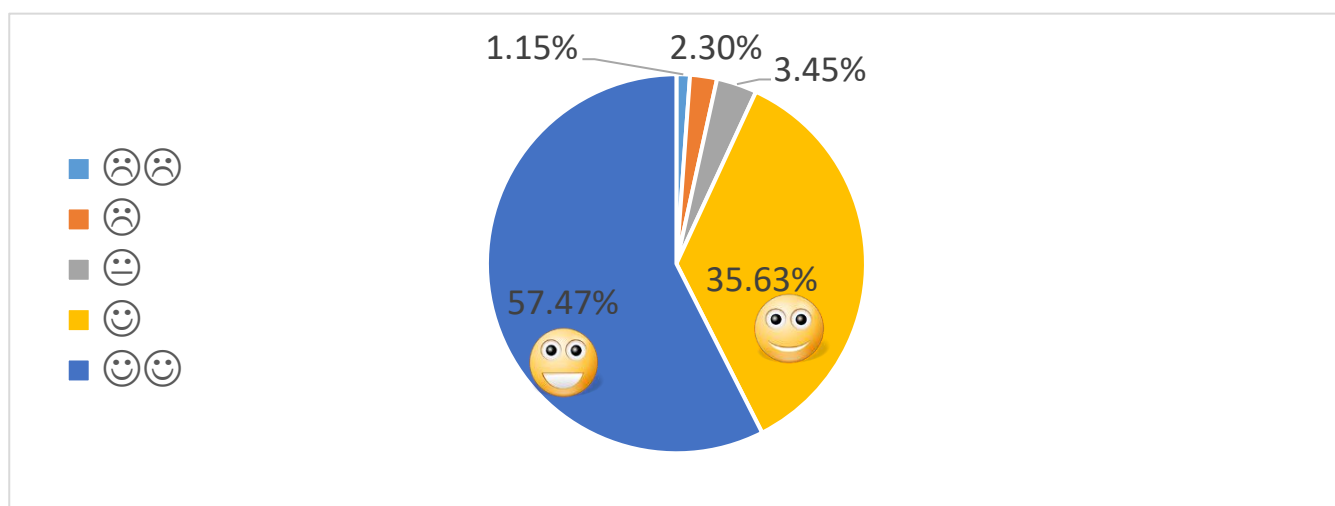
Le valutazioni qualitative sono sempre molto interessanti, spontanee e belle da leggere. I questionari restano disponibili ai responsabili di settore e vengono discussi con i famigliari e/o rappresentanti legali in occasione degli incontri di valutazione dei PSI.

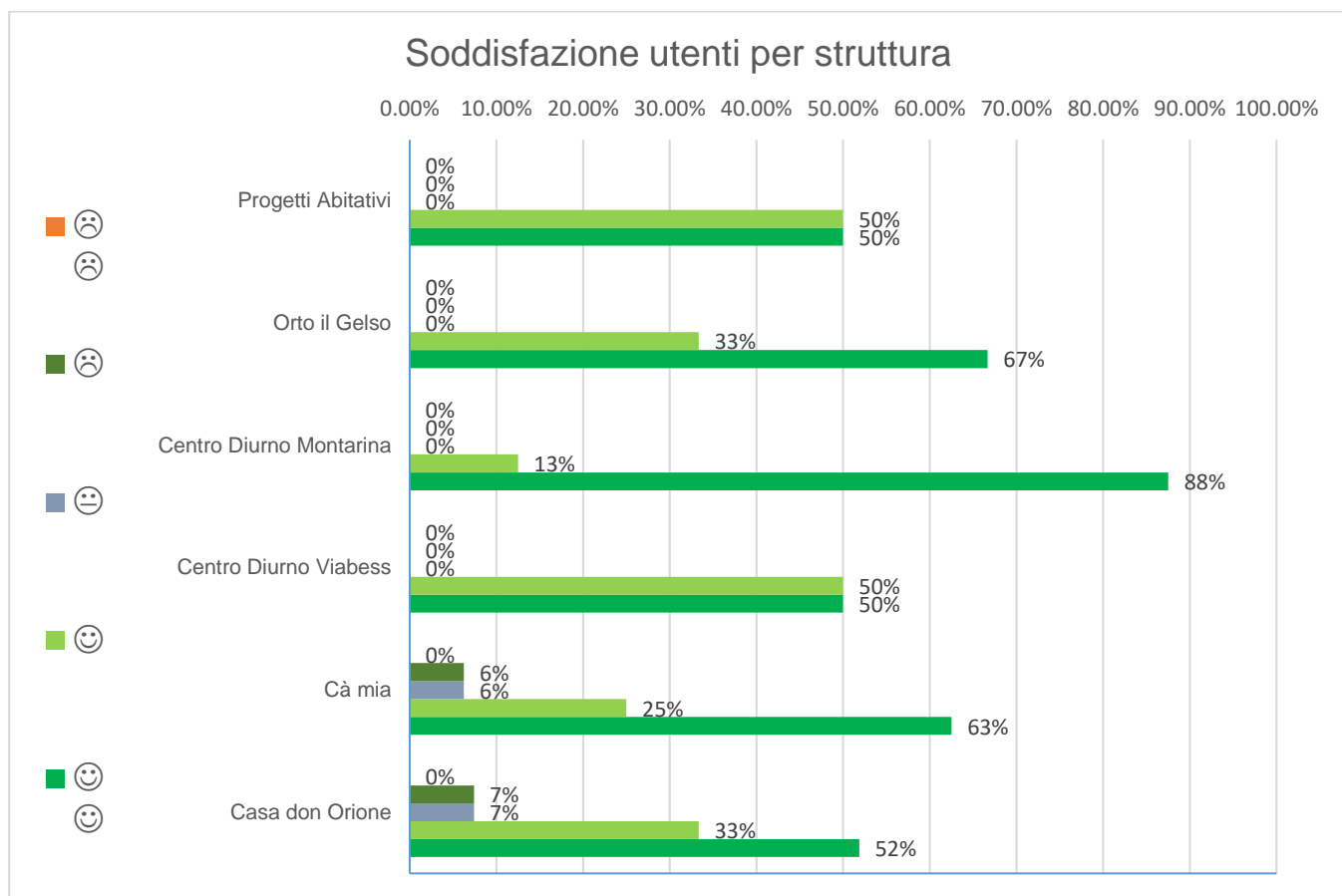
Ecco i risultati sui 94 questionari rientrati:

	Molto soddisfatto	Più che soddisfatto	Soddisfatto	Poco Soddisfatto	Per niente soddisfatto
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%
2025	57.47%	35.63%	3.45%	2.30%	1.15%

Documenti di riferimento: Dossier e rapporti soddisfazione 2012-2025.

### Grafico soddisfazione utenti 2025





## Soddisfazione collaboratori/collaboratrici

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 47.69% (-4.69% rispetto al 2024).

La media di tutte le risposte si situa a 4.04 su 5, leggermente di sopra della soglia del "buono", punteggio identico a quello dell'anno precedente.

Gli aspetti più apprezzati sono risultati:

8. Il proprio responsabile di settore (4.43)
9. Il Giudizio generale sulla FSG (4.40)
10. Il settore Amministrazione / La Direzione (4.36)
11. Il proprio posto di lavoro (4.31)
12. Offerta delle prestazioni / Organizzazione (4.26)
13. L'Ambiente lavorativo nel proprio settore (4.24)
14. La possibilità di formazione (4.17)

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

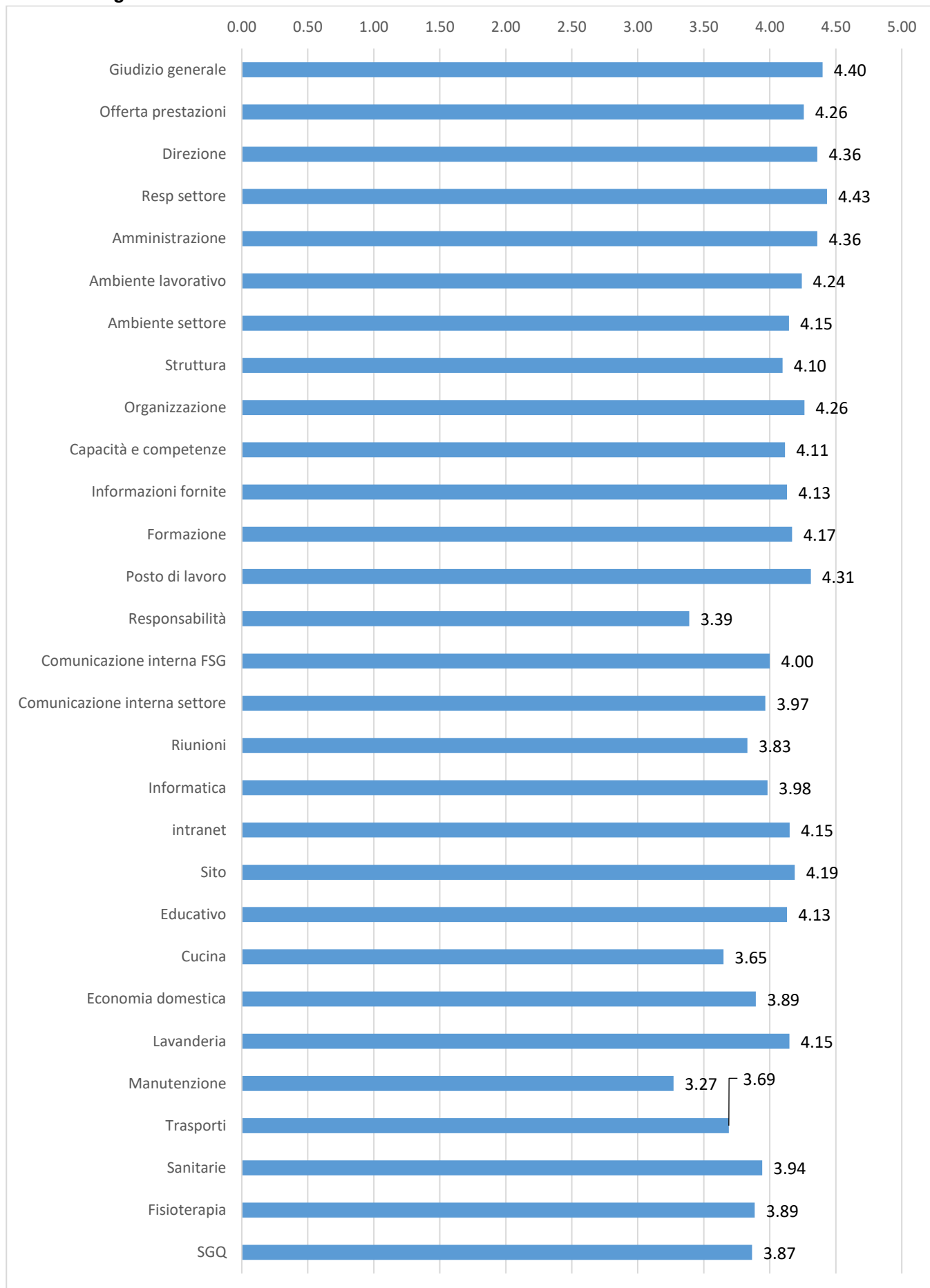
- Trasporti (3.69)
- Cucina (3.65)
- Manutenzione (3.27)
- Disponibilità ad assumere maggiori responsabilità (3.39)
- Riunioni d'équipe (3.83)

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 delle collaboratrici e dei 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 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 2026.

Documenti di riferimento: Rapporto valutazione della soddisfazione 2025.

### Valutazione generale collaboratori e collaboratrici 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 e il Comitato di Gestione, così come per tutti i collaboratori e tutte le collaboratrici, questi dati sono però importanti perché permettono di capire gli ambiti dove, grazie alla collaborazione di tutti, è possibile valutare correttivi e strategie nell'ottica del miglioramento continuo.

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

La Direzione della Fondazione San Gottardo