



**Rapporto attività 2024
dell'Associazione Triangolo (AT)**

Servizio di volontariato (SVOL)

Servizio sociale (SSOC)

Servizio di psico-oncologia (SPSI)

Servizio cure palliative domiciliari (SCPD)

Camorino, 21 maggio 2025

INDICE

1. ORGANIZZAZIONE
2. INTRODUZIONE
3. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DELL'ASSOCIAZIONE TRIANGOLO NEL 2024
 - 3.1 Attività del Servizio di Volontariato (SVOL)
 - 3.2 Attività del Servizio Sociale (SSOC)
 - 3.3 Attività del Servizio di Psico-oncologia (SPSI)
 - 3.4 Attività del Servizio Cure Palliative Domiciliari (SCPD)
 - 3.4.1 Organico SCPD
 - 3.4.1.1 Personale medico
 - 3.4.1.2 Personale infermieristico
 - 3.4.1.3 Altro personale
 - 3.4.1.4 Formazione del personale
 - 3.4.1.5 Commento sul personale
 - 3.4.2 Pazienti seguiti
 - 3.4.2.1 Numero pazienti seguiti
 - 3.4.2.2 Evoluzione del numero di pazienti seguiti per anno
 - 3.4.2.3 Commenti sul numero di pazienti seguiti
 - 3.4.2.4 Diagnosi principale
 - 3.4.2.5 Età dei pazienti
 - 3.4.3 Segnalazioni
 - 3.4.3.1 Provenienza delle segnalazioni
 - 3.4.4 Accompagnamento
 - 3.4.4.1 Luogo di prima valutazione
 - 3.4.4.2 Tempo di permanenza
 - 3.4.4.3 Luogo del decesso
 - 3.4.5 Direttive Anticipate e rappresentante terapeutico
 - 3.4.5.1 Pazienti con Direttive Anticipate
 - 3.4.5.2 Pazienti con rappresentante terapeutico
 - 3.4.6 Picchetto medico
 - 3.4.6.1 Personale impiegato nel picchetto medico
 - 3.4.6.2 Numero di chiamate
 - 3.4.6.3 Motivo della chiamata per chiamate
 - 3.4.6.4 Tipo di intervento
 - 3.4.7 Prestazioni
 - 3.4.8 Qualità
 - 3.4.8.1 Valutazione della certificazione
 - 3.4.8.2 Miglioramento continuo
 - 3.4.8.3 Capacità risposta ai bisogni
 - 3.4.8.4 Gruppi vulnerabili
 - 3.4.9 Rete
 - 3.4.10 Sguardo al futuro
4. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE e ALTRE ATTIVITÀ
5. ATTIVITÀ DI SEGRETARIATO
6. CONCLUSIONI E RINGRAZIAMENTI

ALLEGATI

1. Formazione continua e aggiornamenti esterni seguiti dai collaboratori dell'associazione nel 2024
2. Rapporto Attività 2024 Sezione Sopraceneri
3. Rapporto Attività 2024 Sezione Sottoceneri

ORGANIZZAZIONE

1.1 Presidente

Dr. Ing. ETH Fulvio Caccia, In Sceresòra 4, 6528 Camorino

1.2 Servizio Cure Palliative Domiciliari (SCPD)

Direzione sanitaria: Dr. med. Chiara Soloni, FMH anesthesiologia, diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa

Infermiera responsabile: Heidi Kern, infermiera CRS, MAS FHO in Palliative Care

Sopraceneri:

Medico in cure palliative: Dr. med. Chiara Soloni, FMH anesthesiologia, diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa
Dr. med. Paola Fanti, FMH radioterapia, in formazione per il diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa (fino al 29.02.2024)
Dr. med. Alessandro Viganò, FMH medicina interna, in formazione per diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa (dal 01.03.2024 al 28.02.2025)

Oncologi: Dr. med. Augusto Pedrazzini, Locarno

Dr. med. Michail Kouros, Locarno

Dr. med. Alden Moccia, Locarno

Infermiere: Heidi Kern, infermiera CRS, MAS FHO in Palliative Care

Andreia Arruzza, infermiera CRS, DAS cure palliative

Matthias Drygalla, infermiere CRS, CAS oncologia, CAS cure palliative

Sarah Galli, infermiera CRS, CAS cure palliative

Sottoceneri:

Medico in cure palliative: Dr. med. Chiara Soloni, FMH anesthesiologia, diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa
Dr. med. Paola Fanti, FMH radioterapia, in formazione per il diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa (fino al 29.02.2024)
Dr. med. Alessandro Viganò, FMH medicina interna, in formazione per diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa (dal 01.03.2024 al 28.02.2025)

Oncologi: Dr. med. Marco Varini, Lugano

Dr. med. Antonello Calderoni, Lugano

Dr. med. Alexandre Christinat, Lugano

Infermiere: Heidi Kern, infermiera CRS, MAS FHO in Palliative Care

Andreia Arruzza, infermiera CRS, DAS cure palliative

Matthias Drygalla, infermiere CRS, CAS oncologia, CAS cure palliative

Sarah Galli, infermiera CRS, CAS cure palliative

1.3 Servizio di Volontariato (SVOL)

Sezione Sopraceneri: 34 volontari

Coordinamento volontari: Luana Kautz (dal 01.02.2024 al 31.07.2024) / Elisabetta Salsiccia, Master di II livello in Mediazione familiare e Comunitaria (dal 01.10.2024)

Sonja Bernhard, vicecoordinatrice

Responsabile Centro Triangolo: Anna Pedrazzini, lic.lit. MAS Umanesimo Clinico

Sezione Sottoceneri: 32 volontari

Coordinamento volontari: Giada Cometta Balmelli, Lic.Phil I

1.4 Servizio Sociale (SSOC)

Sezione Sopraceneri: Sonja Bernhard, accompagnatrice amministrativa

Sezione Sottoceneri: Mila Ranzanici, assistente sociale SUPSI

1.5 Servizio di Psico-oncologia (SPSI)

Sezione Sottoceneri: Dr. Osvalda Varini, psicoterapia e psico-oncologia

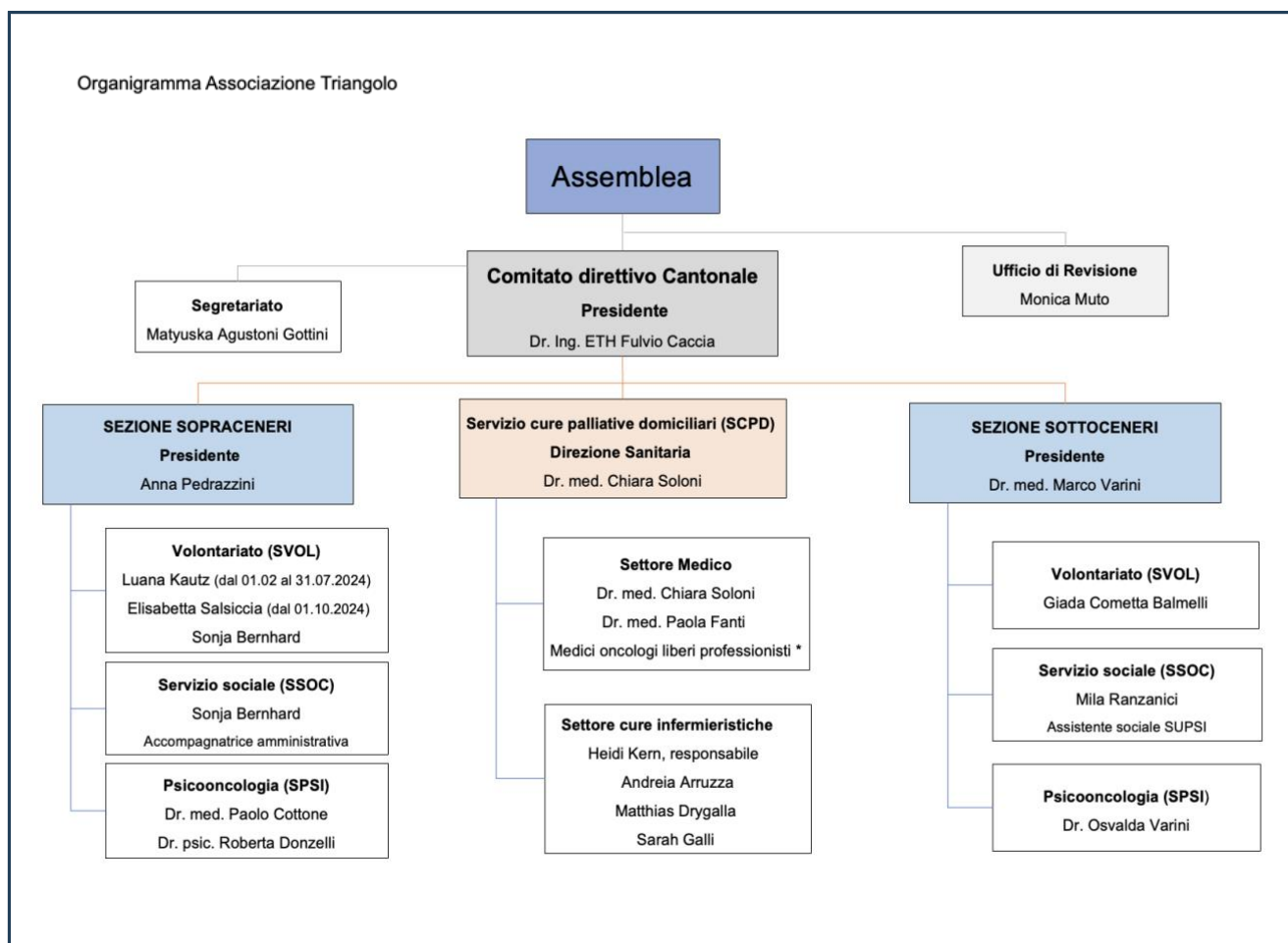
Sezione Sopraceneri: Dr. med. Paolo Cottone, FMH psichiatria e psicoterapia

Dr. psic. Roberta Donzelli, psicologia, psicoterapia e psico-oncologia FSP

1.6 Segretariato amministrativo statistico

Segretariato: Matyuska Agustoni Gottini

1.7 Organigramma



* Medici oncologi:

- Dr. med. Antonello Calderoni
- Dr. med. Alexandre Christinat
- Dr. med. Michail Kouros
- Dr. med. Alden Moccia
- Dr. med. Augusto Pedrazzini
- Dr. med. Marco Varini

2. INTRODUZIONE

Nel corso del 2024 l'attività ha ripreso integralmente ritmi e organizzazione di prima della pandemia per tutti i servizi dell'associazione. L'assemblea annuale è stata tenuta regolarmente il 25 aprile a Mezzovico.

Il Servizio Volontariato si è occupato di 262 pazienti ed ha effettuato viaggi in auto per più di centomila chilometri.

Il Servizio Sociale ha seguito 192 pazienti con un totale di 503 interventi.

Il Servizio di Psico-oncologia ha seguito 139 pazienti con un totale di 865 colloqui.

Il Servizio di Cure Palliative Domiciliari (SCPD) in questo anno ha lavorato intensamente, oltre che clinicamente con i pazienti anche nella consulenza e collaborazione con i medici di famiglia per pazienti non presi in carico direttamente ma seguiti dai curanti stessi. Inoltre, si è intensificata la consulenza e la collaborazione con il Gruppo Ospedaliero Moncucco (Lugano e Locarno) al fine di una collaborazione puntuale sul coordinamento dei pazienti che vengono dimessi e segnalati da questo ente. Il dialogo a livello locale per rinforzare la rete Cantonale di cure palliative è proseguito all'interno del tavolo di lavoro sia con il DSS, sia con EOC e Hospice sulla base della convenzione condivisa e sottoscritta nel 2022.

L'incremento nel numero dei pazienti presi in carico in questo anno è tale da assorbire tutte le risorse professionali attive nel servizio e dall'incremento della percentuale medica grazie alla rotazione dei medici in formazione; infatti, la percentuale di lavoro del dr. med. Alessandro Viganò è superiore a quella della dr. med. Paola Fanti.

3. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DELL'ASSOCIAZIONE TRIANGOLO NEL 2024

L'attività dei 4 servizi dell'Associazione Triangolo viene ricapitolata nella tabella seguente distinguendo tra attività non sussidiata e attività sussidiata.

I servizi non sussidiati (SVOL, SSOC, SPSI) sono a carico delle singole sezioni Sopra- e Sottoceneri e dipendono interamente da donazioni private.

L'attività sussidiata è invece quella del Servizio Cure Palliative Domiciliari (SCPD) riconosciuta dal cantone quale Ente d'Appoggio nell'ambito della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD).

Attività dei 4 servizi SVOL, SSOC, SPSI e SCPD

SERVIZI NON SUSSIDIATI			
Servizio Volontariato	(SVOL)	pazienti seguiti	262
Servizio Sociale	(SSOC)	pazienti seguiti	192
Servizio Psico-oncologico	(SPSI)	pazienti seguiti	139
ATTIVITÀ SUSSIDIATA			
Servizio cure palliative domiciliari	(SCPD)	pazienti seguiti	256



3.1 Attività del Servizio di Volontariato (SVOL)

Coordinatrici Sopraceneri: Luana Kautz (dal 01.02.2024 al 31.07.2024)

Elisabetta Salsiccia, Master di II livello in Mediazione familiare e Comunitaria (dal 01.10.2024)

Sonja Bernhard, vicecoordinatrice

Coordinatrice Sottoceneri: Giada Cometta Balmelli, Lic.Phil I

Il Servizio di Volontariato è organizzato a livello sezionale con una coordinatrice sia nel Sopra- che nel Sottoceneri. La tabella riassume complessivamente per entrambe le sezioni l'attività delle coordinatrici e quella dei volontari per numero di interventi, ore svolte e km percorsi per i trasporti. Il totale di 10'915 ore prestate globalmente dal servizio di volontariato corrisponde approssimativamente al tempo di sei persone impiegate a tempo pieno.

Attività globale SVOL: Sez. Sopraceneri e Sottoceneri

	Interventi	hh	km
COORDINATRICI			
Coordinamento		2'260	6'546
Riunioni		92	
Formazione		73	
Telefoni	2'899		
Visite	2		
Trasporto	43		
Subtotale	2'944	2'425	6'546
VOLONTARI			
Visite	329	6'198	
Trasporti	2'087		99'546
Telefoni	1'580		
Amministrazione		544	
Formazioni		481	
Riunioni/diversi		1'267	
Subtotale	3'996	8'490	99'546
TOTALE	6'940	10'915	106'092

Per l'attività delle Sezioni Sopraceneri e Sottoceneri: vedi rapporti sezionali Allegati 2 e 3.



3.2 Attività del Servizio Sociale (SSOC)

Sopraceneri: Sonja Bernhard, accompagnatrice amministrativa
 Sottoceneri: Mila Ranzanici, assistente sociale SUPSI

L'attività è riassunta dalla tabella seguente. Nel Sopraceneri i bisogni d'ordine sociale vengono affrontati con un'accompagnatrice amministrativa mentre nel Sottoceneri con un'assistente sociale.

Attività globale SSOC: Sez. Sopraceneri e Sottoceneri

ATTIVITÀ SERVIZIO SOCIALE 2024	
Totale casi seguiti	192
Interventi	503

Nel 2024, **192 pazienti** (% rappresentate da donne) hanno ricevuto almeno una consulenza da parte del servizio sociale con un totale di **503 interventi**.

I pazienti che fanno capo alla clinica Moncucco usufruiscono frequentemente del servizio sociale della clinica e fanno capo solo subordinatamente al SSOC.

Le principali categorie d'intervento riguardano il mantenimento a domicilio, il procacciamento di mezzi ausiliari, la valutazione socioeconomica per l'ottenimento di sussidi e condoni e l'organizzazione delle cure post-acute in stretta collaborazione con SCPD, SVOL e i reparti di degenza nelle strutture acute.

Anche nello scorso anno si è potuto beneficiare dell'ottima collaborazione con i vari servizi di altri enti, in particolare con la Lega contro il Cancro, Opera Prima e l'associazione Equi-Lab.

La presenza regolare dell'assistente sociale a tutti i rapporti interdisciplinari rappresenta un valore aggiunto per l'efficacia della rete di sostegno e permette interventi mirati e tempestivi in tempi brevi.



3.3 Attività del Servizio di Psico-oncologia (SPSI)

Sopraceneri:	Dr. med. Paolo Cottone, FMH psichiatria e psicoterapia Dr. psic. Roberta Donzelli, psicologa, psicoterapeuta e psico-oncologa FSP
Sottoceneri:	Dr. Osvalda Varini, psicoterapeuta e psico-oncologa

La tabella seguente riassume l'attività del SPSI globalmente per entrambe le sezioni.

Attività globale SPSI: Sez. Sopraceneri e Sottoceneri

ATTIVITÀ DEL SERVIZIO PSICO-ONCOLOGICO	2020	2021	2022	2023	2024
Pazienti seguiti	118	128	145	144	139
Colloqui	575	741	728	864	865

La cura di pazienti oncologici in generale e in un reparto specializzato comporta automaticamente il confronto continuo con le problematiche legate alla perdita, alla morte e al lutto. Queste problematiche toccano sia i pazienti, che i loro famigliari ma anche il personale curante.

La consulenza si indirizza ai pazienti oncologici, alle famiglie, ai volontari e al personale della nostra associazione, mentre il lavoro di supervisione e di formazione è rivolto ai volontari e alle figure professionali del Triangolo.

Nel Sottoceneri il servizio è assicurato dalla dottoressa Osvalda Varini, con una presenza regolare nello studio medico Oncologia Varini Calderoni & Partners e nelle cliniche Sant' Anna e Moncucco.

I pazienti del Sopraceneri vengono visti dal dr. med. Paolo Cottone e dalla dr. psic Roberta Donzelli presso lo studio del dr. med. Paolo Cottone, al Centro Triangolo e presso la clinica Santa Chiara.

Colloqui con pazienti

Nel 2024 sono stati visti **complessivamente 139 pazienti con 865 colloqui** (comprensivi di colloqui di coppia e con il partner), mantenendo pressoché stabile sia il numero dei pazienti seguiti che del numero dei colloqui. Gli interventi, a dipendenza della problematica specifica del singolo paziente e della necessità d'aiuto, possono essere di breve durata o prolungati nel tempo, richiedendo un numero maggiore di incontri. Sono pochi i pazienti che dopo un colloquio iniziale non richiedono ulteriori incontri, sentendosi sufficientemente in grado di affrontare autonomamente i problemi psicologici che la malattia comporta.

Riunioni di coordinamento e supervisione

Gli psico-oncologi partecipano alla riunione settimanale di coordinamento con gli staff delle due sezioni e alle riunioni mensili dei volontari e tengono riunioni con il personale del Triangolo su problematiche inerenti la relazione d'aiuto.

Colloqui di valutazione e sostegno

I nostri volontari e il personale curante fanno ripetutamente ricorso ai nostri psico-oncologi per discutere ed elaborare le svariate problematiche che si presentano nell'ambito del loro lavoro. È pure compito degli psico-oncologi e della coordinatrice provvedere al colloquio iniziale delle persone che si candidano come volontari.



3.4. Attività del Servizio Cure Palliative Domiciliari (SCPD)

3.4.1 Organico SCPD

3.4.1.1 Personale medico:

Direzione sanitaria: Dr. med. Chiara Soloni

Personale medico: 1.5 unità-lavorative-anno

Dr. med. Chiara Soloni, FMH anesthesiologia e diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa 80%

Dr. med. Paola Fanti, FMH radioterapia, in formazione per il diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa 70% (fino al 28.02.2024)

Dr. med. Alessandro Viganò, medico in formazione interdisciplinare Medicina Palliativa 100% (in collaborazione con Unità cure palliative e di supporto EOC dal 01.03.2024 fino al 28.02.2025)

3.4.1.2 Personale infermieristico:

Heidi Kern, infermiera consulente responsabile, MAS cure palliative 80%

Andreia Arruzza, infermiera consulente, DAS cure palliative 80%

Matthias Drygalla, infermiere consulente, CAS cure palliative 50%

Sarah Galli, infermiera consulente, CAS cure palliative 100%

Personale infermieristico: 3.1 unità-lavorative-anno

3.4.1.3 Altro personale

La presenza di altre figure professionali (es: volontari, assistente sociale, assistente spirituale, psico oncologo, ...) nella presa in carico di un paziente viene coordinata puntualmente all'interno del piano di cura individualizzato, si attinge alle risorse interne all'associazione.

3.4.1.4 Formazione del personale

Per quanto riguarda il personale medico per il 2024:

- Dr. med. Paola Fanti prosegue con la formazione teorica di 160 ore per accedere all'esame per medicina interdisciplinare palliativa; esegue anche l'anno pratico nel reparto specialistico ed è relatrice ad un Journal Club della Clinica di Cure Palliative e di Supporto dello IOSI.
- Dr. med. Chiara Soloni è consulente formatrice per la disabilità presso la SUPSI e insegna sia nei corsi di sensibilizzazione, sia DAS che bachelor per quanto riguarda l'approccio palliativo nella disabilità. È relatrice ad un Journal Club della Clinica di Cure Palliative e di Supporto dello IOSI. Ha partecipato alla commissione della Pastorale per la Salute per la realizzazione del CAS in Spiritual Care che verrà proposto per il 2025 e al Congresso di Cure Palliative Italiano a Riccione nel novembre 2024.

Purtroppo, il tempo per la formazione continua è molto limitato in quanto di due medici sono sempre sollecitati direttamente sui pazienti con un monte-ore che supera abbondantemente le ore riconosciute dal cantone, è difficile conciliare progetti di studio e formazione continua con l'attività clinica diretta proprio per le limitate risorse mediche.

Per quanto riguarda il personale infermieristico:

- Hedi Kern, responsabile infermieristica, partecipa quale relatrice al corso DAS cure palliative della SUPSI, già espressa la volontà di delegare tale intervento formativo alle colleghe più giovani.
- Sarah Galli inizia il Master di I Livello in "Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie" presso l'Università di Parma, master a numero chiuso al quale si accede solo dopo esame.
- Matthias Drygalla effettua il colloquio e viene accettato al CAS in Spiritual Care a Zurigo (percorso che si svilupperà nel 2025/2026).
- Andreia Arruzza ha partecipato al Congresso di Cure Palliative Italiano a Riccione nel novembre 2024.

Non sono stati offerti stage a personale esterno.

3.4.1.5 Commento sul personale

A livello di équipe si segnala che:

- L'assenza di una sede nella sezione del Sottoceneri limita notevolmente l'attività d'équipe stessa limitando sia le relazioni che creando difficoltà organizzative logistiche legate soprattutto al materiale (kit urgenza, mappette, stampante, ecc.)
- Non è presente un supporto segretariale, ciò determina una attività amministrativa da parte di tutti i membri del team a discapito dell'attività diretta sui pazienti.
- Si è ripreso il percorso di supervisione con incontri mensili inizialmente solo per il team infermieristico al fine di cercare un benessere ed un equilibrio di staff.
- Il tempo dedicato alla formazione o a progetti di ricerca non è conteggiato in quanto tutto il personale è assorbito dall'attività clinica e amministrativa.

3.4.2 Pazienti seguiti

3.4.2.1 Numero pazienti seguiti

Il numero dei pazienti è aumentato sia per il fatto che la percentuale medica del dr. Viganò è stata superiore rispetto a quella della dr.ssa Fanti, sia per la collaborazione con il gruppo ospedaliero della Clinica Moncucco, sia per la disponibilità continuativa a confrontarsi con i colleghi del territorio nel collaborare per la sicurezza dei pazienti.

Come mostra la tabella seguente, il maggior numero di pazienti segnalati e presi in carico è del Sottoceneri anche se un incremento dall'anno precedente al 2024 per il Sopraceneri è evidente.

I dettagli del numero pazienti delle due sedi Sopra- e Sottoceneri sono elencati nella tabella 1.

Nel 2024 sono stati segnalati in totale 194 pazienti. Nel momento della segnalazione l'SCPD applica i criteri d'inclusione e d'esclusione elencati nella tabella 2 per la valutazione dell'idoneità di una presa a carico.

Delle 194 segnalazioni, 160 (82%) casi sono stati presi a carico, mentre 34 casi (18%) non sono entrati in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione o sono state eseguite solo consulenze puntuali.

8 pazienti sono stati sospesi, o per un miglioramento clinico o per un trasferimento in altre reti di cura.

Tab. 1: Dettagli pazienti

Sede	Attivi 01.01.2024	Segnalazioni	Entrati	Valutati non entrati	Sospesi	Riattivati	Deceduti	Totale seguiti	Attivi 31.12.2024
Sopraceneri	44	77	54	23	4	0	48	98	46
Sottoceneri	52	117	106	11	4	0	77	158	77
Totale	96**	194	160	34	8	0	125	256*	123**

*Numero pazienti seguiti: Pazienti attivi al 01.01.2024 più nuovi Entrati più eventuali Ri-attivati
**Numero pazienti attivi al 31.12.2024: Pazienti attivi al 01.01.2024 più nuovi Entrati più eventuali Ri-attivati meno i Sospesi e i Deceduti.
Per paziente attivo si intende un paziente segnalato e preso in carico dopo il triage iniziale basato sugli specifici criteri di inclusione.

Tab. 2: Criteri d’inclusione e d’esclusione

Criteri d'inclusione per la presa a carico dei pazienti
• Malattia oncologica e/o altre patologie croniche degenerative in fase di malattia avanzata, con ridotta o non risposta alle terapie attive, quando le risorse terapeutiche si stanno esaurendo. • Difficoltà da parte dei curanti nella comunicazione della prognosi a breve termine e nell'affrontare il periodo fine vita. • Performance status AKPS o PPS ≤50: instabilità o deterioramento delle condizioni generali, aumento del grado di dipendenza, ripetuti ricoveri nei mesi precedenti. • Sintomi maggiori non controllati, come dolore, dispnea, ansia, insonnia, stipsi, ecc. • Fattori di rischio sociale o familiare, p. es. sovraccarico di familiari, paziente senza solida rete sociale. • Pazienti/famiglie che preferiscono la casa come luogo di cura/luogo di decesso.
Criteri d'esclusione
• Rifiuto del paziente, della famiglia o della rete dei curanti. • Altri specialisti in cure palliative domiciliari (Hospice) già coinvolti nella gestione del caso.

3.4.2.2 Evoluzione del numero di pazienti seguiti per anno

Il numero dei pazienti presi in carico dal 2016 ad oggi risulta essere sempre in crescendo. **Nel 2024 i pazienti presi in carico sono stati 256.** La presenza di medici specialisti a percentuale lavorativa elevata permette un costante e continuativo monitoraggio dei pazienti e le infermiere del servizio si interfacciano con servizi di prima linea sempre più formati e competenti. Tali ragioni giustificano una collaborazione molto efficace ed una gestione tale per garantire un mantenimento in sicurezza di un numero crescente di pazienti. Le urgenze sono state tutte garantite. La collaborazione con i medici di famiglia è tale per cui avviene, sempre più frequentemente, che il medico specialista esegua consulenza telefonica puntuale su pazienti non presi in carico o che verranno seguiti dal medico di famiglia stesso. L'evoluzione del numero di pazienti presi a carico da SCPD è rappresentata nella figura 1.

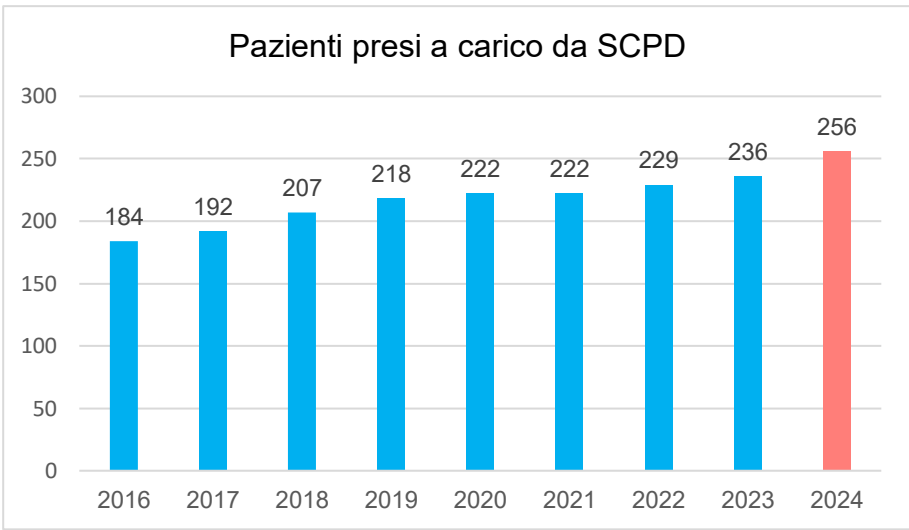


Fig. 1: Evoluzione dei pazienti presi a carico da SCPD dal 2016 al 2024

3.4.2.3 Commenti sul numero di pazienti seguiti

Nel 2024 i pazienti presi a carico dal SCPD sono **256**.
Dei 256 pazienti presi a carico, 239 (93%) erano seguiti al domicilio e 17 (7%) erano residenti in casa per anziani o in una struttura per disabili.
I pazienti residenti in struttura, sia CPA o altri istituti residenziali, vengono presi in carico spesso solo da medici specialisti in quanto all'interno delle strutture sono presenti équipes curanti con competenze palliative adeguatamente formate, creando così una collaborazione molto puntuale e specifica.
Nel 2024 sono stati segnalati in totale 194 pazienti. Nel momento della segnalazione l'SCPD applica i criteri d'inclusione e d'esclusione elencati nella tabella 2 per la valutazione dell'idoneità di una presa a carico.
Non ci sono stati pazienti che non rispondevano ai criteri, i pazienti entrati nel 2024 sono stati 160 mentre i 34 pazienti (13%) non entrati hanno beneficiato di una consulenza puntuale.
Sono deceduti 125 pazienti successivamente analizzeremo il luogo di morte. A fine anno restano attivi in carico al servizio 123 pazienti.

3.4.2.4 Diagnosi principale

Nel 2024 il 78,6 % dei pazienti presi a carico ha una patologia oncologica, sovrapponibile a quella dell'anno scorso.
Il 21,4 % di pazienti sono affetti da patologia non oncologica.

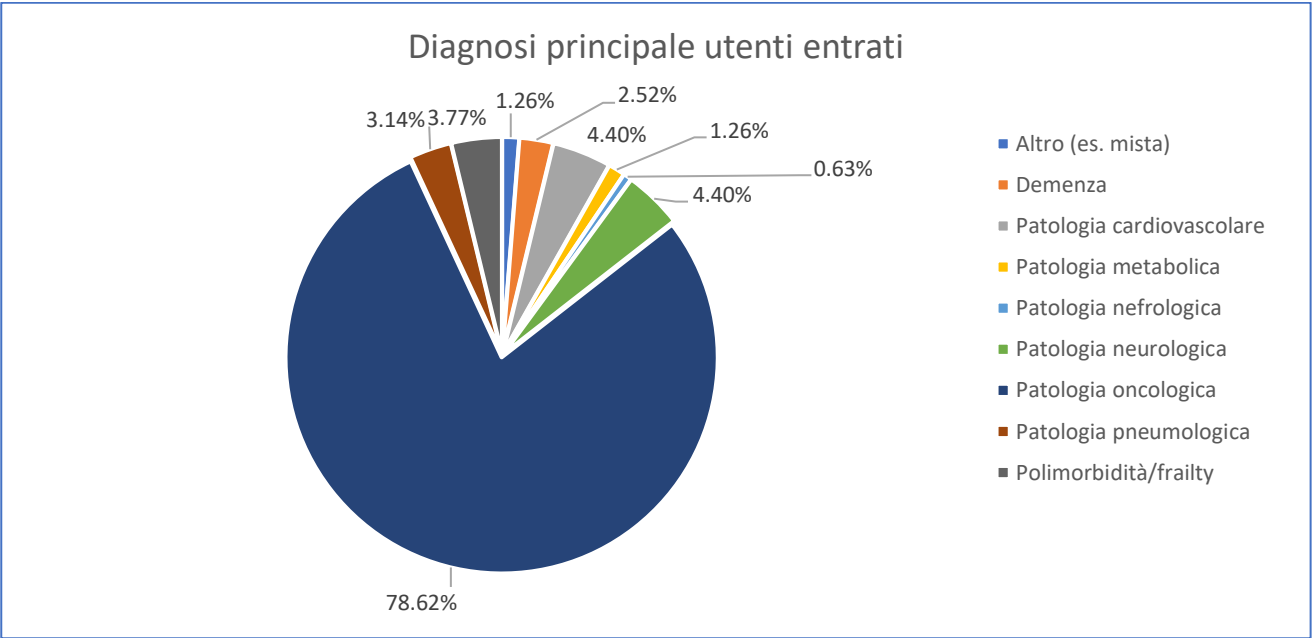


Fig. 2: Diagnosi principale utenti entrati

Tab. 3: Evoluzione della distribuzione patologia oncologica/non oncologica (su 256 pazienti presi in carico nel 2024)

Anno	Patologie oncologiche	Altre patologie
2024	78.6%	21.4%
2023	78 %	22 %
2022	85 %	15 %
2021	85 %	15 %
2020	91 %	9 %

La tabella 3 mostra la percentuale delle patologie dei pazienti presi in carico: la percentuale tra patologie oncologiche e altre patologia per ora risulta essere sovrapponibile a quella dell'anno precedente; non abbiamo avuto un incremento delle patologie non oncologiche.

Rispetto all'anno precedente vi è un lieve incremento della percentuale delle patologie polmonari, neurologiche e polimorbilità/frailty.

Nonostante la relativa stabilità statistica si sottolinea che la “sensibilità palliativa” tra i curanti di patologie croniche degenerative non oncologiche è in crescita con l'incremento statistico dell'età di vita e l'invecchiamento previsto della popolazione determinerà probabilmente un continuo incremento di questo settore.

Obiettivo a breve termine sarà proprio la presa in carico delle persone con una patologia cronico degenerativa non solo oncologica.

3.4.2.5 Età dei pazienti

Dei 256 pazienti segnalati nel 2024: il 40,25% dei pazienti ha un'età superiore a 80 anni (percentuale in riduzione rispetto all'anno precedente) il 35,22% dei pazienti ha un'età compresa tra i 61-80 anni (percentuale simile all'anno precedente). Il 20,13 % dei pazienti risulta avere una fascia d'età compresa tra i 41 e 60 anni (incrementata rispetto all'anno precedente da 44 nel 2023 a 51 nel 2024). Il 4,4 % è di età inferiore ai 40 anni, fascia d'età in crescita rispetto agli anni precedenti (dai 3 pazienti nel 2023 pari al 2% si passa agli 11 pazienti nel 2024). L'abbassamento dell'età dei pazienti determina un incremento di problematiche socio-assistenziali correlate all'età sempre più giovane.

I bisogni bio-psico-socio-spirituali nella presa in carico sono molto diversi tra le diverse fasce d'età, la composizione familiare e la gestione della stessa è diversa; più giovane è l'età della persona presa in carico più è impegnativo il lavoro con le famiglie, i figli e gli aspetti socio/relazionali.

In questi “setting familiari giovani” sono presenti, a volte, anche bambini o giovani adulti che richiedono interventi di dialogo specialistici molto impegnativi. Coinvolgere nel percorso di cura palliativa o nel percorso di cure di fine vita un figlio giovane o dei bambini richiede un lavoro molto lento e graduale, che impegna parecchie risorse professionali.

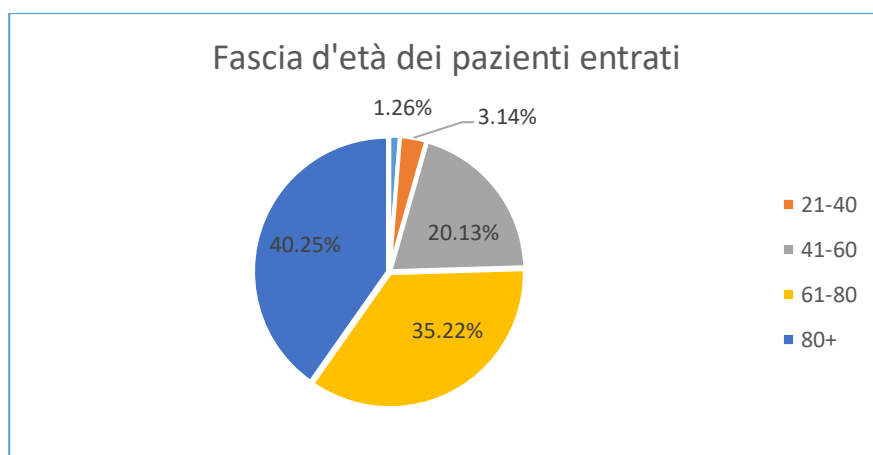


Fig. 3: Fascia d'età dei pazienti entrati

3.4.3 Segnalazioni

3.4.3.1 Provenienza delle segnalazioni

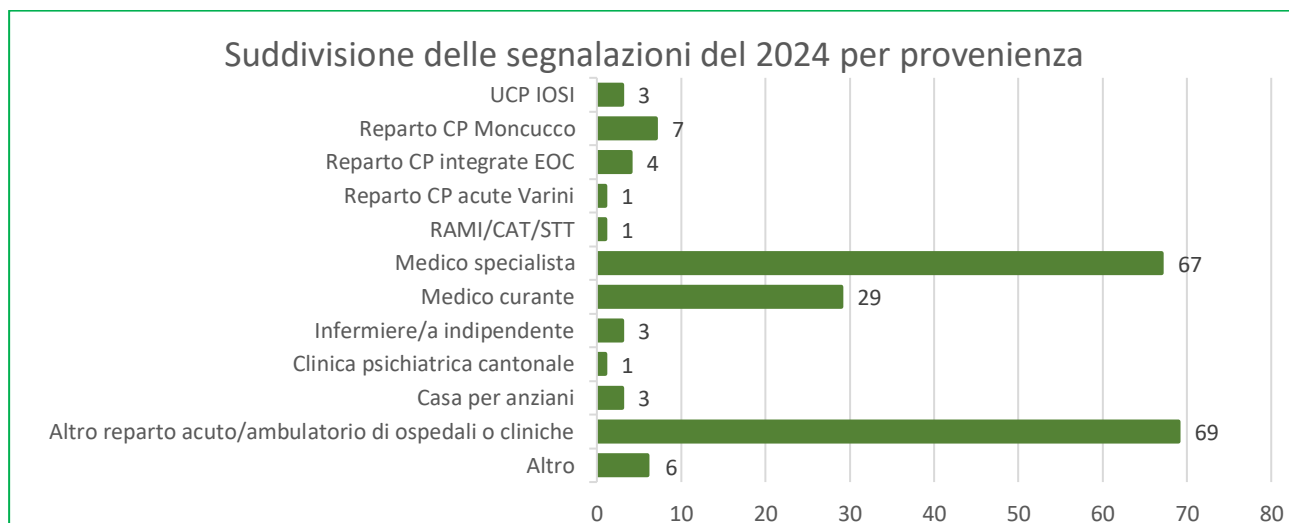


Fig. 4: Provenienza delle segnalazioni

Nel 2024 la maggior parte delle segnalazioni è variegata da tutte le strutture sanitarie (pubbliche/private). Il 26% proviene da un reparto acuto (ospedali o cliniche: IOSI, Moncucco, St. Chiara e St. Anna) e circa il 27% da ambulatori di medici specialisti (la distribuzione dei medici oncologi è identica tra oncologi che fanno parte di Triangolo e altri oncologi esterni).

Il gruppo "altri medici" comprende tutte le altre discipline di medici specialisti o medici di base.

I medici curanti hanno segnalato all'incirca con una percentuale del 11% (inferiore rispetto all'anno precedente che era del 16% circa). Anche la percentuale dei pazienti segnalati dalle case per anziani si è minimamente ridotta passando dal 5,7% del 2023 al 1,2% del 2024. Sicuramente ciò è correlato al crescere della formazione palliativa ed alla sensibilità delle CPA stesse verso le cure palliative.

3.4.4 Accompagnamento

3.4.4.1 Luogo di prima valutazione

La prima visita viene fatta per la maggior percentuale dei casi al domicilio (64,78%). Altro luogo in cui avviene il primo incontro è nell'ospedale acuto dove il curante specialista stesso presenta il servizio al paziente stesso ed alla sua famiglia (17,61%). Essere presentati dal curante è un importante passaggio nella presa in carico in quanto vi è una "consegna" tra curante e servizio domiciliare, tale passaggio facilita molto la relazione e l'accettazione al domicilio.

Si ritiene che il dialogo continuo con il medico curante e/o lo specialista sia la pietra miliare per una presa in carico efficace puntuale e collegiale quali consulenti specialisti.

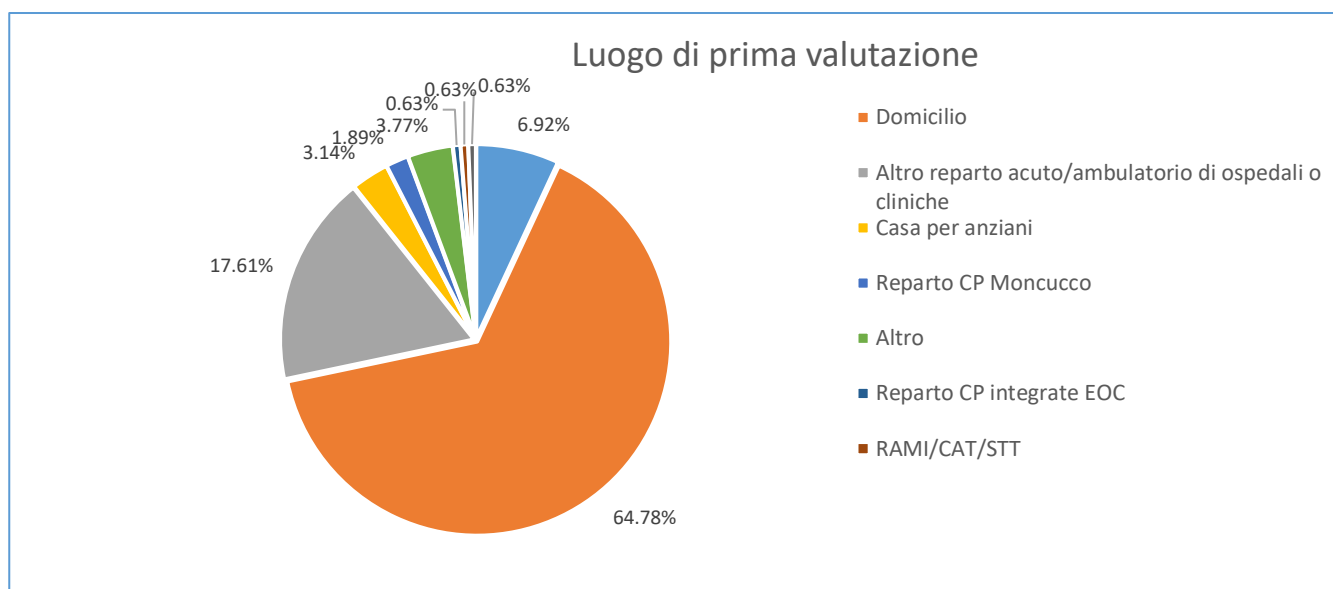


Fig. 5: Luogo di prima valutazione

3.4.4.2 Tempo di permanenza



Fig. 6: Tempo di permanenza dalla presa in carico al decesso

Indicativamente la presa in carico avviene in circa 3 mesi dalla segnalazione con eccezioni sia in minor tempo (anche solo pochi giorni) sia in un tempo più lungo (ciò dipende anche dall'evoluzione del concetto di consulenza, ormai in evoluzione). Sono presenti persone in carico da molto tempo, persone” lungosopravviventi” che vengono seguite con intensità diversa nel tempo e in collaborazione con il medico curante.

Una presa in carico precoce, come si auspica, permette di ricercare la fiducia e la collaborazione della persona e della sua famiglia. Permette di condividere le scelte di vita e permette di aprire i discorsi legati alle direttive anticipate ed alle scelte del fine vita.

3.4.4.3 Luogo del decesso

Tab. 4: Luogo del decesso

Luogo di decesso	N° casi
Sopraceneri	48
Altro reparto acuto di ospedali o cliniche	17
Casa	15
Casa per anziani	5
Clinica di riabilitazione	2
Unità o Reparto CP ospedale/clinica	9
Sottoceneri	77
Altro reparto acuto di ospedali o cliniche	25
Casa	30
Casa per anziani	5
Reparto CP geriatriche CpAv	3
Unità o Reparto CP ospedale/clinica	14
Totale complessivo	125

Nel 2024 la percentuale di decessi a casa è pressoché identica con la percentuale di decessi in struttura acuta (36% a casa rispetto al 35% in ospedale). La percentuale dei pazienti deceduti nelle case per anziani e nei reparti di cure palliative geriatriche è del simile rispetto al 4% del 2024; se si considera la CPA o l'Istituto il luogo di domicilio del paziente, questa va ad aggiungersi alla percentuale di decesso al domicilio.

Per quanto riguarda la percentuale di decesso nelle unità di cure palliative di ospedali o cliniche, si osserva una quota del 18%, leggermente più alta rispetto all'anno precedente.

Non è stato analizzato la permanenza in ospedale dall'ingresso, si era specificato che la permanenza in ospedale < a 7 giorni era da considerare quale supporto a domicilio, non si è però ancora considerato tale dato.

Restare a casa fino al decesso implica una chiarezza di obiettivi di vita, ciò è possibile solo se è presente un dialogo continuo con il paziente e all'interno della rete di cura. Il tempo di dialogo è tempo di cura: poter conoscere e condividere valori personali e familiari fanno crescere la fiducia nella relazione di presa in carico. Conoscere le volontà e le scelte affinché sia il paziente che la famiglia si sentano sicuri a casa sino all'ultimo istante di vita, è un processo lento ma dinamico.

3.4.5 Direttive Anticipate e rappresentante terapeutico

3.4.5.1 Pazienti con Direttive Anticipate

Solo il 18,4% dei pazienti presi in carico ha Direttive Anticipate, ma nel corso della presa in carico specialistica si riesce a redigere il modulo delle disposizioni del paziente con un ulteriore 32,8 % dei pazienti, arrivando così ad avere al decesso le Direttive Anticipate scritte per il 50% dei pazienti circa.

Si segnala che con tutti i pazienti vengono aperti discorsi legati alle scelte di fine vita (Advance Care Planning) e nella nostra documentazione (che resta a domicilio) vi è un foglio riguardate tali volontà, il quale viene compilato e fatto sottoscrivere al paziente stesso. Spesso tale modulo viene compilato non in prima visita ma durante il percorso di presa in carico, alcune persone rifiutano di condividere tali scelte motivo per cui si cerca di comprendere il volere tramite i rappresentanti terapeutici.

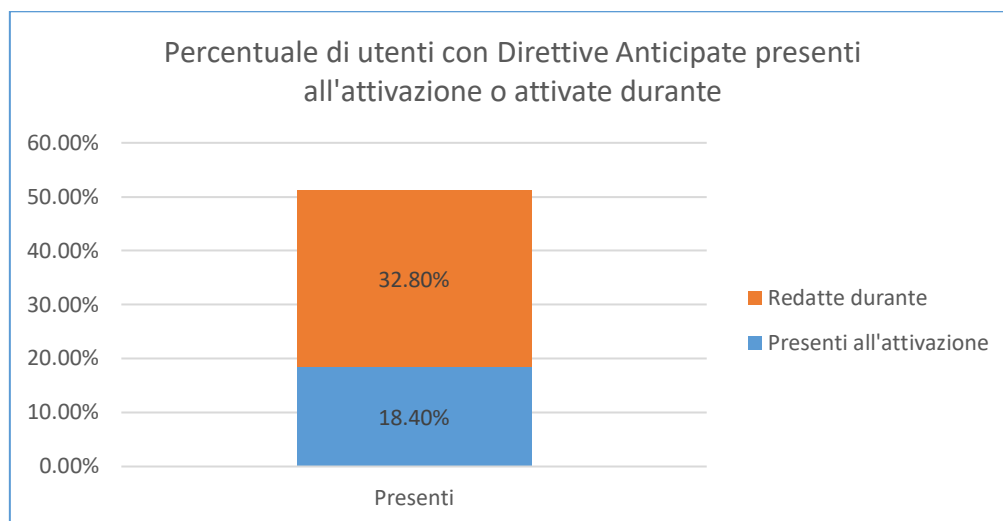


Fig. 7: Percentuale di pazienti con Direttive Anticipate

3.4.5.2 Pazienti con rappresentante terapeutico

Quasi il 90 % dei pazienti presi in carico ha il rappresentante terapeutico o lo nomina durante la presa in carico.

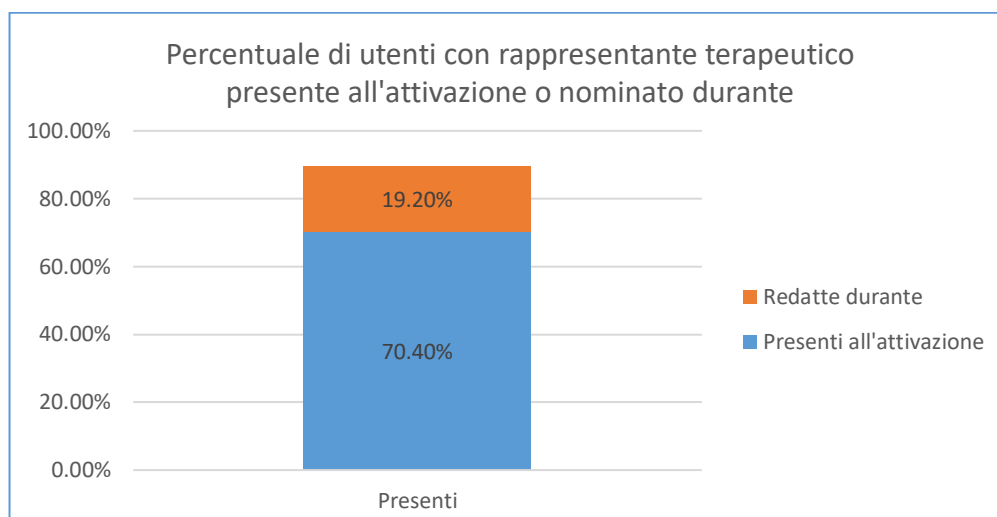


Fig. 8 Percentuale di pazienti con rappresentante terapeutico

È fondamentale chiarire gli obiettivi di cura e l'approccio palliativo con il paziente, soprattutto quando le cure vengono erogate al domicilio.

3.4.6 Picchetto medico

3.4.6.1 Personale impiegato nel picchetto medico

Il picchetto è strettamente medico, purtroppo non è garantito un picchetto medico specialistico in quanto i medici specialisti sono solo due. La dr.ssa Soloni si rende disponibile telefonicamente h 24/365 gg continuativamente per i colleghi non specialisti palliativisti, spesso durante i fine settimana (quando ci sono casi clinici complessi da specialisti) viene anche coinvolta direttamente. I medici non specialisti si rendono disponibili nella collaborazione per la copertura di una reperibilità medica h24/365gg.

3.4.6.2 Numero di chiamate

Il picchetto medico h24 è un servizio presente sull'intero territorio cantonale nei giorni feriali dalle ore 18 alle ore 8 e nei giorni festivi dalle ore 18 di venerdì alle ore 8 di lunedì. Il dr. Viganò (dal 01.03.2024) e la dr.ssa Soloni, medici del SCPD, eseguono il picchetto su tutto il territorio. Inoltre, a livello sezionale, offrono la loro disponibilità a coprire il servizio per il Sopraceneri 3 medici oncologi e per il Sottoceneri 2 medici oncologi, un medico di famiglia con CAS in cure palliative e un secondo medico di famiglia con CAS in cure palliative e corso per medici di famiglia di cure palliative.

I pazienti instabili o in cure di fine vita vengono valutati dai medici del SCPD durante la giornata di venerdì oppure prima di un giorno festivo, in modo da anticipare eventuali criticità, lasciando indicazione precise e/o prescrizioni allo Spitex coinvolto, il quale, ha un picchetto infermieristico h24 pronto ad intervenire a domicilio sui bisogni del paziente e/o della famiglia.

Nel 2024, durante il servizio di picchetto medico h24 vi sono state: 170 consulenze telefoniche (nel 2023 erano state 141) e 24 visite mediche, dove vengono anche conteggiate le visite per constatazione decesso (nel 2023 le visite erano state 41).

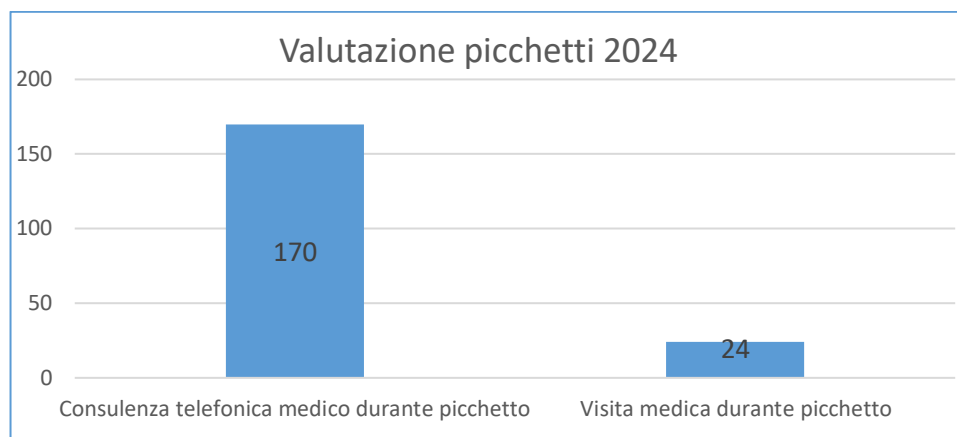


Fig. 9: Valutazione picchetti 2024

Si segnala che la sensibilità degli Spitex (sia pubblici che privati) ad avere ed offrire ai pazienti un picchetto infermieristico h24 è aumentata rispetto agli anni precedenti, ciò permette un aiuto notevole di intervento diretto dello Spitex durante il picchetto medico.

3.4.6.3 Motivo della chiamata per chiamate

Il 40% delle chiamate durante il picchetto medico riguarda problematiche di competenza puramente infermieristica ed il medico sollecitato coinvolge lo Spitex. Nel 30% dei casi viene segnalato un sintomo non controllato ma data l'anticipazione e pianificazione medica l'intervento è solitamente solo telefonico con adeguamento trattamento terapeutico, la nuova prescrizione viene effettuata tramite supporti informatici. Nel 20% delle chiamate (altro) è considerato correlato a problematiche socio-assistenziali, dubbi o attivazione da parte del medico specialiste della prima linea infermieristica. Il 6% circa è correlato al decesso del paziente con (solitamente) conseguente visita di constatazione del decesso stesso.

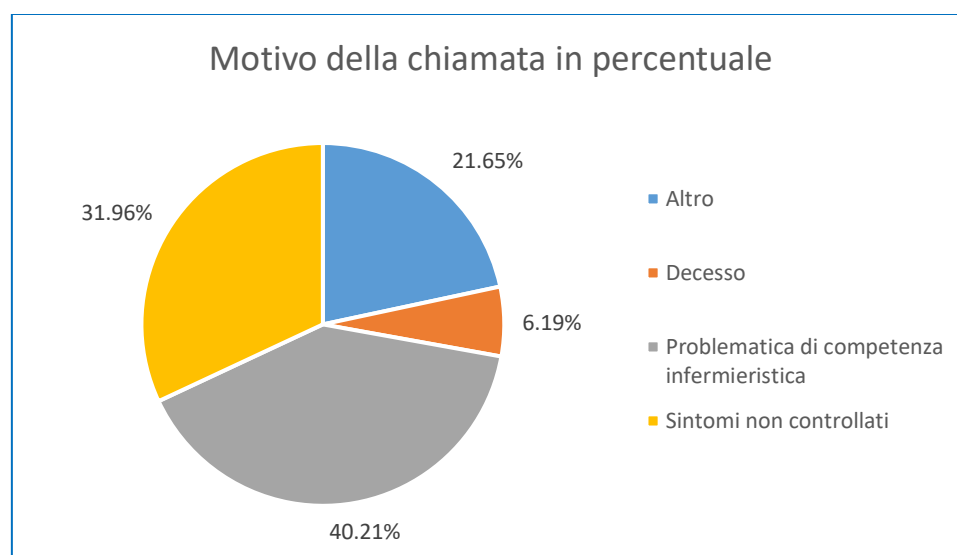


Fig. 10: Motivo della chiamata in percentuale

3.4.6.4 Tipo di intervento

Il picchetto medico rappresenta un valore aggiunto, purtroppo a volte viene utilizzato in sostituzione di una prima linea infermieristica o di un picchetto infermieristico.

Le attività specifiche specialistiche sono in percentuale minima, infatti la maggior parte dell'attività (circa 40%) è rappresentata da consulenza telefonica alla prima linea infermieristica, oppure chiamate da parte della famiglia dove il medico di picchetto attiva la prima linea infermieristica che dovrebbe intervenire con il suo picchetto infermieristico.

Le attività specifiche al medico specialista sono rappresentate da:

- Consulenza telefonica del medico specialista (per lo più adeguamento terapeutico): 18,56%
- Visita medica specialistica: 8,25 %
- Constatazione decesso (prestazione non necessariamente del medico specialista): 3.09%

Tali dati potrebbero indurre una riflessione sulla possibilità di riconsiderare l'attività del medico palliativista specialista quale consulente.

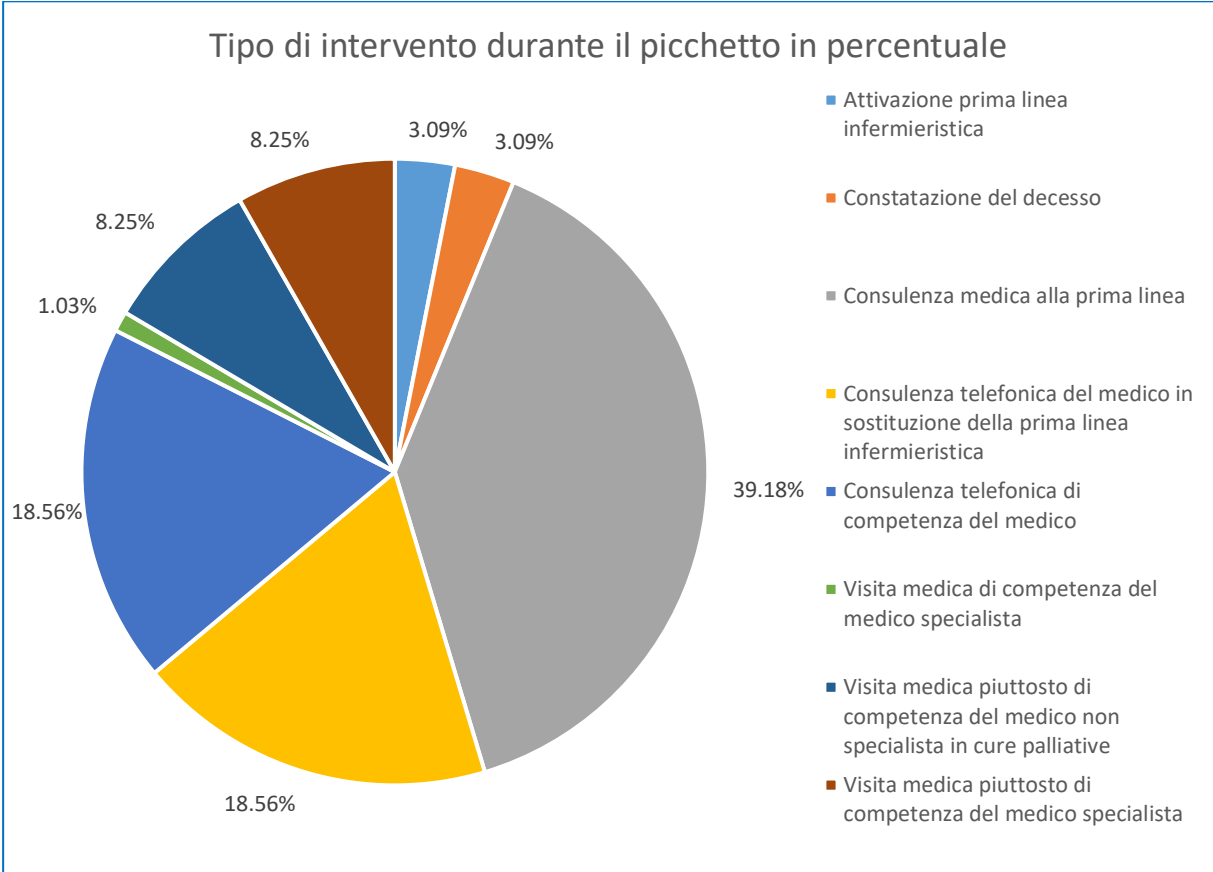


Fig. 11: Tipo di intervento durante il picchetto in percentuale

3.4.7 Prestazioni

Le ore lavorative e i dettagli delle attività suddivisi per professione sono illustrate per il personale medico ed infermieristico nelle tabelle allegate:

Tab. 5: Prestazioni personale medico e personale infermieristico

Medici		Somma di ore totali
Ore di servizio (non attribuibili ai pazienti)		2260.24
Ore prestazioni per pazienti		1643.49
Totale complessivo		3903.73

Infermiere		Somma di ore totali
Ore di servizio (non attribuibili ai pazienti)		3045.12
Ore prestazioni per pazienti		3178.51
Totale complessivo		6223.63

I dettagli delle ore di servizio sono elencati nelle due seguenti tabelle, suddiviso per gruppo di professione.

Si segnala che lavorando su tutto il territorio cantonale le ore dedicate alle trasferte rappresentano una percentuale elevata dell'attività lavorativa totale.

Medici: Ore di servizio	Somma di ore totali
Amministrativo	188.8
Assenze	418.6
Direzione/Qualità	208.4
Formazione	169.56
Prestazioni indirette	357.51
Riunioni esterne	79.09
Riunioni interne	204.75
Trasferte	633.53
Totale complessivo	2260.24

Infermiere: Ore di servizio	Somma di ore totali
Amministrativo	403.58
Assenze	660.33
Direzione/Qualità	55.67
Formazione	366.46
Prestazioni indirette	268.25
Riunioni esterne	84.5
Riunioni interne	303.26
Trasferte	903.07
Totale complessivo	3045.12

Medici, tipologia di prestazione per pazienti	Somma di ore totali
Atti terapeutici invasivi	0.17
Consulenza medica in studio o clinica/ospedale	177.75
Consulenza telefonica paziente e/o familiari	46.16
Coordinamento/consulenza telefonica inf della rete	0.25
Coordinamento/consulenza telefonica medico della rete	250.08
Family conference con o senza paziente	38.25
Lavori amministrativi (medico)	331.48
Prima consulenza medica in casa per anziani	9.75
Prima visita medica a domicilio	163.01
Ulteriore consulenza medica in casa per anziani	9.16
Ulteriore visita medica a domicilio	534.01
Ore erogate durante il picchetto medico	
Consulenza telefonica medico durante picchetto	48.92
Visita medica durante picchetto	34.5
Totale ore erogate per pazienti	1643.49

Infermiere, tipologia di prestazione per pazienti	Somma di ore totali
Consulenza inf in studio o clinica/ospedale	345.92
Consulenza telefonica paziente e/o familiari	285.33
Coordinamento/consulenza telefonica inf della rete	491.25
Esami e cure inf sostitutive	6.5
Family conference con o senza paziente	25.76
Lavori amministrativi (infermiere/a)	600
Prima consulenza inf in casa per anziani	7.16
Prima visita inf a domicilio	199.51
Ulteriore consulenza inf in casa per anziani	7.83
Ulteriore visita inf a domicilio	1203.33
Ore erogate fuori orario lavorativo	
Consulenza telefonica inf fuori orario (paziente o familiare)	2.42
Visita inf fuori orario	3.50
Totale ore erogate per pazienti	3178.51

Di seguito la media delle prestazioni erogate con il paziente.

Tab. 6: Prestazioni erogate con il paziente

Figura professionale	Ore totali erogate per i 256 pazienti seguiti nel 2024	Media ore per paziente
Personale medico	1643	6.4
Personale infermieristico	3178	12.4
Medici e infermiere insieme	4821	18.8

Non è presente un assistente spirituale, quando vengono rilevati bisogni spirituali si coinvolge la figura professionale che può soddisfare il bisogno della persona. Lo specialista coinvolto non ha accesso alla nostra cartella informatizzata e non si riesce a rilevare statisticamente la sua attività; ma una relazione dell'intervento viene condivisa o in sede di riunione interdisciplinare o condivisa con l'infermiere di riferimento del paziente che poi viene scritta nel decorso.

Di seguito, il tempo delle prestazioni "senza paziente", che comprende tutte quelle attività correlate al pool dei pazienti come riunioni, coordinamento del team, ecc.

Tab. 7: Prestazioni erogate senza paziente

Figura professionale	Ore totali erogate per i 256 pazienti seguiti nel 2024	Media ore per paziente
Personale medico	2260	8.8
Personale infermieristico	3045	11.9
Medici e infermiere insieme	5305	20.7

Il personale medico lavora su tutto il territorio cantonale e collabora con più strutture residenziali e con medici di famiglia. È interessante sottolineare come vi sia un'aumentata sensibilità verso le cure palliative da parte dei medici di famiglia (probabilmente anche grazie alle formazioni offerte dalla SUPSI), motivo per cui spesso, in situazioni di cure palliative generali (ID pall G), il medico di famiglia può richiedere un confronto/consulenza specialistica per discutere situazioni clinico-terapeutiche di persone che non vengono seguite direttamente dall'Associazione Triangolo. Il dialogo nella consulenza è uno scambio ricco e stimolante nella reciproca crescita professionale, nella collaborazione e nella multidisciplinarietà. La percentuale di lavoro medico clinica sul paziente e accessoria non attribuibile al paziente è statisticamente sbilanciata: l'attività burocratica amministrativa rappresenta una elevata percentuale del lavoro quotidiano. Un'altra percentuale lavorativa non attribuibile al paziente riguarda il tempo legato alle trasferte (21% del tempo totale); queste incidono pesantemente sulla riduzione dell'attività diretta sul paziente stesso.

I medici hanno un monte-ore elevato correlato alla gestione puntuale ed assidua dei pazienti su tutto il territorio, le ore erogate durante il picchetto non vengono recuperate per limiti organizzativi e carichi di lavoro.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, le ore lavorative totali dei quattro infermieri/e ricoprono tutto il territorio cantonale. Il personale infermieristico, non avendo il picchetto notturno e festivo, non svolge ore al di fuori dall'orario lavorativo tranne che in casi eccezionali purché condivisi con la Direttrice Sanitaria del SCPD.

Vi è da segnalare che una percentuale elevata delle ore di servizio comprende la parte amministrativa/burocratica, spiegabile con il fatto che il SCPD non dispone di un servizio segretariale, motivo per il quale gran parte della burocrazia grava sulle infermiere.

3.4.8 Qualità

3.4.8.1 Valutazione della certificazione

Il prossimo rinnovo del marchio qualità dovrà essere preparato e sostenuto nel 2029; nel 2025 verrà richiesto un audit intermedio. Si cerca di implementare e concretizzare le piste di miglioramento precedentemente indicate come: l'implementazione di una consegna del paziente per il paziente che viene trasferito da un luogo di cura ad un altro e uno studio di una valutazione del gradimento del servizio.

3.4.8.2 Miglioramento continuo

Data la stretta relazione dei medici che collaborano con il SCPD e con il gruppo ospedaliero Moncucco, si sono riprese le relazioni e la riunione interdisciplinare al fine di offrire una continuità dei pazienti segnalati e presi in carico.

Continuano le riunioni mensili con alcuni Spitex in particolare Scudo Maggìo e incontri puntuali con Alvad o Avad.

Prosegue inoltre la collaborazione presso l'Istituto Miralago a Brissago e si è iniziato a collaborare anche con l'Istituto Provvida Madre a Balerna quali luoghi di residenza/domicilio di persone con disabilità cognitiva, sia come consulenti sui pazienti residenti sia in supporto ai team curanti.

Si cercherà di partecipare più attivamente ad eventi formativi es: journal club, abstract per convegni, ecc.

3.4.8.3 Capacità risposta ai bisogni

La disponibilità al confronto ed alla discussione sia di casi clinici relativi ai pazienti che a gruppi di lavoro di sensibilizzazione ed implementazione della cultura palliativa continua. In questo anno sono state soddisfatte le richieste di presa in carico di tutti i pazienti che sono stati segnalati in tempi relativamente brevi.

3.4.8.4 Gruppi vulnerabili

Prosegue la collaborazione presso l'Istituto Miralago a Brissago e Provvida Madre di Balerna quale luogo di residenza/domicilio di persone con disabilità cognitiva, sia sui pazienti residenti che in supporto ai team curanti.

Le peculiarità delle persone ivi residenti sono specifiche e particolari tali per cui è fondamentale la collaborazione con tutto il personale interno dell'Istituto: personale medico-infermieristico ma anche socio-educativo, una multidisciplinarietà estesa anche all'ambito educativo-pedagogico.

3.4.9 Rete

Si ritiene che l'attuale servizio risponda in modo tempestivo ed efficace alle richieste di presa in carico, non è ancora presente una valutazione di gradimento, ma le ripetute conferme di ringraziamento sugli annunci funebri o di ringraziamenti personali che i medici e gli/le infermieri/e ricevono sono l'indicatore di un apprezzato servizio.

La rete dei collaboratori con i quali il personale si interfaccia è molto ricca, e si segnala una efficace collaborazione con Farmadomo che puntualmente fornisce supporto nelle nostre terapie.

Con Farmadomo si è anche prodotto un format standard di richiesta assunzione costi farmaci non riconosciuti dalla Lamal per i pazienti in cure di fine vita. Quasi automaticamente quando una persona entra in un percorso di fine vita viene anticipata alla Cassa malati la richiesta di assunzione costi dei farmaci propri del fine vita. La redazione di tale format ha richiesto una fase di studio e di confronto con ogni cassa malati al momento dell'invio. È un lavoro nascosto che richiede tempo ma soprattutto tutela il paziente in quanto il costo verrebbe caricato al paziente stesso.

3.4.10 Sguardo al futuro

Previsioni

Durante i prossimi anni si osserverà un incremento delle persone anziane e bisognerà prevedere e anticipare un incremento della cura ed assistenza a domicilio, in questo ambito le cure palliative potranno offrire un supporto ed un incremento ulteriore della loro attività.

L'aumentata sensibilità e formazione da parte dei medici (intra ed extra ospedalieri) determina il maggior coinvolgimento dei medici specialisti ma il loro numero limitato determina un loro sovraccarico di ore lavorative. Nel prossimo futuro si dovrà ripensare anche al ruolo ed all'autonomia della consulenza infermieristica specialistica.

L'équipe multidisciplinare non è più solo quella legata al servizio SCPD ma spesso è una équipe che viene "costruita ad hoc" nella situazione: ci riferiamo soprattutto alle consulenze dei setting degli istituti (CPA e altri istituti) in cui il team curante spesso è ben formato ed attento. Questo sottolinea il fatto che il concetto di team specialistico multidisciplinare coinvolge i professionisti necessari per i bisogni della persona presa in carico. Questa è una nuova possibilità di integrazione specialistica nella rete locale.

Interessante la collaborazione con gli istituti per disabili sia per prendere in carico le persone disabili, sia per sostenere le équipes al fine di far crescere una cultura palliativa all'interno dell'istituto stesso, sia per debriefing con i team curanti per situazioni complesse.

Attualmente si collabora anche con Spitex, i quali sono molto attenti e formati con competenze palliative specialistiche e, conoscendo bene i loro utenti in carico, solo in caso di bisogno è necessaria la consulenza di un medico specialista.

Aspetti organizzativi

S'impone la necessità di una direzione amministrativa per poter coordinare SCPD, la gestione del personale, il coordinamento nella rete locale, l'analisi statistica puntuale e annuale e la pianificazione e lo sviluppo di progetti associativi e correlati SCPD (collaborazioni, integrazione servizi).

Sarà anche necessario rivalutare e ottimizzare le risorse correlate alle competenze infermieristiche specialistiche palliative per una fluida e integrata presa in carico della cronicità e vulnerabilità in rapida crescita.

Urgente è la necessità di avere una sede (stop-go) per il SCPD nel Sottoceneri, in particolare a Lugano. Attualmente il SCPD non ha una sede organizzativa dove "depositare" il materiale o dove condividere ed analizzare setting complessi in riservatezza e privacy oppure incontrare in modo riservato persone o famiglie per dialoghi molto delicati.

Collaborazioni

È proseguita la collaborazione tra EOC, Clinica Varini, Hospice e Triangolo con incontri regolari al fine di ottimizzare le risorse palliative locali. A seguito di tale collaborazione (da parte di SUPSI), si è potuto concretizzare l'organizzazione del percorso delle 160 ore teoriche per i medici in formazione, al quale la dr.ssa Fanti partecipa.

Si è potuto beneficiare della turnazione dei medici in formazione tramite l'accordo di collaborazione in materia di formazione medici tra EOC-IOSI e SCPD Triangolo.

4. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E ALTRE ATTIVITÀ

- | | |
|----------|---|
| 17.04.24 | Formazione interna per volontari Associazione Triangolo, "Verso la bientraitance: una sfida per tutti" con Carla Sargenti Berthouzo, Clinica Sant'Anna, Sorengo |
| 18.04.24 | Formazione interna per volontari Associazione Triangolo, "Verso la bientraitance: una sfida per tutti" con Carla Sargenti Berthouzo, Centro Polivalente, Losone |
| 25.04.24 | Assemblea annuale Associazione Triangolo, Mezzovico |
| 16.05.24 | 6a Giornata Cantonale di Cure Palliative "La bussola delle cure palliative" Giubiasco. Evento organizzato da palliative ti con il sostegno dell'Associazione Triangolo e altri enti presenti sul territorio |
| 01.10.24 | 25°seminario in collaborazione con la Fondazione di Ricerca Psico-oncologica "La famiglia che cura. La famiglia curata. La famiglia che si cura", Lugano |
| 15.11.24 | Formazione interna per volontari Associazione Triangolo, visita alla Fondazione AL FARO, Torino |
| 20.11.24 | Evento Human Library, "Ti racconto la malattia. Libri umani da sfogliare", SUPSI, Manno |

Attività delle Sezioni Sopraceneri e Sottoceneri: vedi rapporti sezionali (Allegati 2 e 3)

5. ATTIVITÀ DI SEGRETARIATO

L'attività di segretariato non è facilmente quantificabile poiché svolta sia da personale salariato che da attività di volontariato. In realtà può venir stimata a oltre due impieghi a tempo pieno.

Matyuska Agustoni Gottini svolge il lavoro segretariale centrale oltre a raccogliere i dati statistici delle attività di tutti i servizi dell'associazione.

Il lavoro per tenere la contabilità cantonale è svolto dal signor Pierangelo Fasola, quello per la contabilità della sezione Sopraceneri dalla signora Maria Fornera e quello per la sezione Sottoceneri dal signor Federico Martignoni.

L'aggiornamento costante del sito internet dell'associazione è merito della Webmaster Nathalie Ghiggi, la quale è anche la responsabile della comunicazione (PR) dell'Associazione.

Molti altri lavori vengono eseguiti in sordina sfuggendo a ogni registrazione da volontari e dal personale del Centro Triangolo di Locarno nel Sopraceneri e dal personale dello studio medico Oncologia Varini Calderoni & Partners nel Sottoceneri.

6. CONCLUSIONI E RINGRAZIAMENTI

Le collaborazioni con gli studi medici degli oncologi, con le cliniche e i servizi Spitex pubblici e privati hanno subito un'ulteriore estensione, mantenendo quella maturità operativa raggiunta negli ultimi anni e raccogliendo molti consensi da parte di tutti gli interessati e dai pazienti.

Il volume di lavoro non sovvenzionato basato sulle risorse del volontariato e sull'impiego di personale qualificato va direttamente a beneficio della collettività a miglioramento della qualità di vita di pazienti e famigliari con sgravio delle strutture acute. Il rafforzamento delle fila dei volontari ha permesso di seguire i pazienti con un lavoro organizzativo più agevole.

In ogni comunità il volontariato è l'espressione dello spirito di solidarietà che contribuisce a mantenere la coesione sociale ed evita costi difficilmente sostenibili se dovesse venir svolto da personale stipendiato.

Per essere veramente efficace e incisivo il volontariato ha bisogno di condizioni quadro strutturate e organizzate che soprattutto nell'ambito della salute non ammettono l'improvvisazione. I volontari devono venir selezionati, formati, inquadrati e guidati da personale formato e competente. Grazie a chi crede nel nostro operato e ci sostiene finanziariamente siamo riusciti fino ad oggi nello sforzo di arrivare a un'integrazione ottimale tra professionisti della salute e volontari nel miglior interesse dei pazienti e delle loro famiglie.

Vogliamo concludere ringraziando soprattutto tutti i nostri volontari per la motivazione e l'impegno, i quadri dell'associazione per la loro dedizione, tutti i piccoli e grandi donatori che ci permettono di continuare nella nostra missione.

Ringraziamo inoltre l'Ufficio degli Anziani e Cure Domiciliari del DSS per il riconoscimento e il sussidio del Servizio di Cure Palliative Domiciliari (SCPD) e per lo spirito di collaborazione instaurato che ci ha permesso di affrontare costruttivamente gli impegni impostici dalle revisioni dall'ordinamento giuridico e normativo.

Approvato dall'assemblea del 21 maggio 2025