



**Rapporto attività 2025
dell'Associazione Triangolo (AT)**

Servizio di volontariato (SVOL)

Servizio sociale (SSOC)

Servizio di psico-oncologia (SPSI)

Servizio cure palliative domiciliari (SCPD)

Locarno, 20 luglio 2026

INDICE

1. ORGANIZZAZIONE
2. INTRODUZIONE
3. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DELL'ASSOCIAZIONE TRIANGOLO NEL 2025
 - 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 Operatori impiegati nel servizio
 - 3.4.1.1 Personale medico
 - 3.4.1.2 Personale infermieristico
 - 3.4.1.3 Altro personale
 - 3.4.1.4 Formazione continua del personale
 - 3.4.1.5 Commenti 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 Stato e complessità del paziente
 - 3.4.4.3 Tempo di permanenza
 - 3.4.4.4 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
 - 3.4.5.3 Rispetto volontà del paziente sul luogo del decesso
 - 3.4.6 Picchetto medico
 - 3.4.6.1 Personale impiegato nel picchetto medico
 - 3.4.6.2 Numero persone che hanno beneficiato del picchetto
 - 3.4.6.3 Numero di chiamate
 - 3.4.6.4 Motivo della chiamata per chiamate
 - 3.4.6.5 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 Prospettive future
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 2025
2. Rapporto Attività 2025 Sezione Sopraceneri
3. Rapporto Attività 2025 Sezione Sottoceneri

1. ORGANIZZAZIONE

1.1 Presidente

Fulvio Caccia, In Sceresòra 4, 6528 Camorino (fino al 21.05.2025)

Corrado Bianda, Centro Triangolo, Via Antonio Ciseri 19, 6600 Locarno (dal 21.05.2025)

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

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, Master di I livello in Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie

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

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, Master di I livello in Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie

1.3 Servizio di Volontariato (SVOL)

Sezione Sopraceneri: 37 volontari

Coordinamento volontari: Elisabetta Salsiccia, Master di II livello in Mediazione familiare Comunitaria
Sonja Bernhard, vicecoordinatrice

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

Sezione Sottoceneri: 33 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 (fino al 28.02.2025)

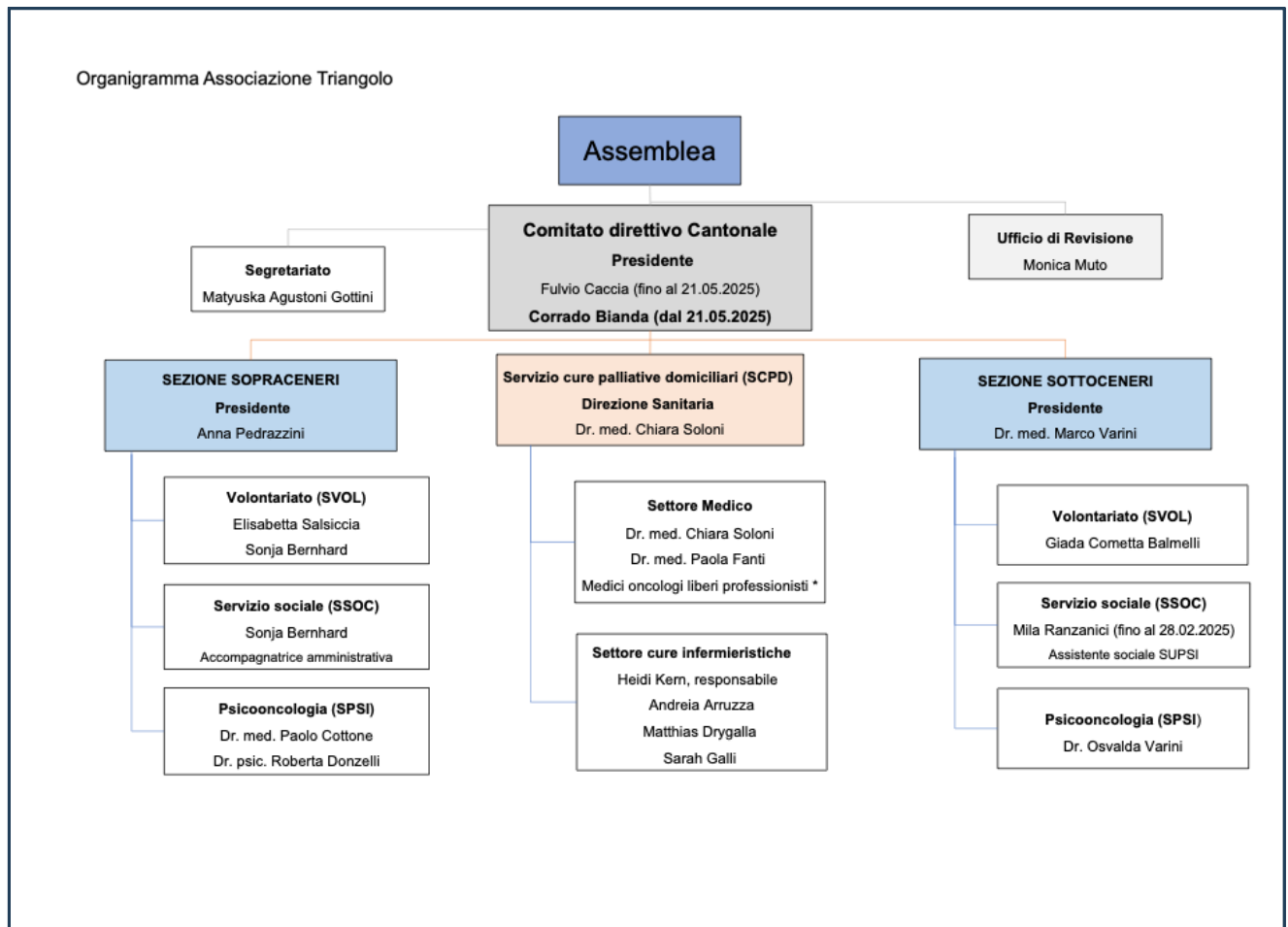
1.5 Servizio di Psico-oncologia (SPSI)

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

L'attività dell'Associazione per l'anno 2025 è proseguita sui ritmi degli anni precedenti.

L'assemblea annuale è stata tenuta regolarmente il 21 maggio a Minusio.

Il Servizio Volontariato si è occupato di 270 pazienti ed ha effettuato spostamenti in auto per più di centomila chilometri.

Il Servizio Sociale ha seguito 45 pazienti con un totale di 81 interventi.

Il Servizio di Psico-oncologia ha seguito 152 pazienti con un totale di 873 colloqui.

Come gli altri anni, il Servizio di Cure Palliative Domiciliari 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 quest'ultimo.

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. La percentuale di lavoro del dr. med. Alessandro Viganò è superiore a quella della dr. med. Paola Fanti.

Se da una parte questo trend, costante negli anni, è segno del successo dell'Associazione, dall'altro causa di un importante problema di sovra occupazione del personale in organico; le richieste di un potenziamento avanzate presso i servizi cantonali non sono state accolte. Ciò è fonte di grossa preoccupazione.

3. ATTIVITÀ DEI SERVIZI DELL'ASSOCIAZIONE TRIANGOLO NEL 2025

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	270
Servizio Sociale	(SSOC)	pazienti seguiti	45
Servizio Psico-oncologico	(SPSI)	pazienti seguiti	152
ATTIVITÀ SUSSIDIATA			
Servizio cure palliative domiciliari	(SCPD)	pazienti seguiti	292



3.1 Attività del Servizio di Volontariato (SVOL)

Coordinatrici Sopraceneri: Elisabetta Salsiccia, Master di II livello in Mediazione familiare e Comunitaria
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 10'266 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		2'554	6'493
Riunioni		162	
Formazione		69	
Telefoni	3'323		
Visite			
Trasporto	43		
Subtotale	3'366	2'785	6'493
VOLONTARI			
Visite	358	5'690	
Trasporti	1'936		101'195
Telefoni	1'648		
Amministrazione		424	
Formazioni		290	
Riunioni/diversi		1'077	
Subtotale	3'942	7'481	101'195
TOTALE	7'308	10'266	107'688

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 (fino al 28.02.2025)

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 2025	
Totale casi seguiti	45
Interventi	81

Nel 2025, **45 pazienti** ($\frac{3}{4}$ rappresentate da donne) hanno ricevuto almeno una consulenza da parte del servizio sociale con un totale di **81 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 quest'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 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	2021	2022	2023	2024	2025
Pazienti seguiti	128	145	144	139	152
Colloqui	741	728	864	865	873

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 Swissoncology 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 2025 sono stati visti **complessivamente 152 pazienti con 873 colloqui** (comprensivi di colloqui di coppia e con il partner), mantenendo 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 Operatori impiegati nel servizio

3.4.1.1 Personale medico:

Direzione sanitaria: Dr. med. Chiara Soloni

Personale medico: 1.5 unità-lavorative-anno

Dr. med. Soloni Chiara, 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 (esame finale sostenuto il 04.12.2025 con esito positivo - conferma ricevuta il 10.12.2025), 70% (dal 1° marzo 2025 ripreso l'attività presso Triangolo)

Dr. med. Alessandro Viganò, FMH medicina interna, in formazione per il diploma di formazione interdisciplinare Medicina Palliativa, 100% (in collaborazione con l'Unità di Cure Palliative e di Supporto EOC dal 01.03.2024 al 28.02.2025).

3.4.1.2 Personale infermieristico:

Personale infermieristico: 3.1 unità-lavorative-anno

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

Andreia Arruzza, infermiera consulente, DAS cure palliative 80%, a partire dal 01.09.2025 al 50%

Matthias Drygalla, infermiere consulente, CAS cure palliative 50%, a partire dal 01.11.2025 al 80%

Sarah Galli, infermiera consulente, Master di I livello in "Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie" e CAS in "General pediatric palliative care", SUPSI, 100%

3.4.1.3 Altro personale

Il Servizio Cure Palliative Domiciliari dell'Associazione Triangolo non dispone di altro personale.

3.4.1.4 Formazione continua del personale

Formazione continua:

Durante il 2025 è stato possibile offrire a due medici in formazione di lavorare sul territorio e approfondire i risvolti della Medicina Specialistica Palliativa al domicilio.

Dr. med. Alessandro Viganò: ha svolto un anno di rotazione per la formazione di perfezionamento professionale presso il Servizio di Cure Palliative dell'Associazione Triangolo dal 01.03.2024 al 28.02.2025.

Dr. med. Paola Fanti: ha svolto un anno di rotazione per la formazione di perfezionamento professionale presso l'Unità di Cure Palliative e di Supporto IOSI-EOC dal 01.03.2024 al 28.02.2025. Dal 01.03.2025 ha ripreso l'attività presso l'Associazione Triangolo.

Sarah Galli: nel mese di marzo ha ottenuto il Master di I livello in "Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie" presso l'Università di Parma.

Matthias Drygalla: nel mese di febbraio ha iniziato il CAS in Spiritual Care presso la Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät der Universität Zürich.

Stage offerti a operatori esterni nel corso del 2025:

Dr. med. Chiara Soloni: Stage - seguito sotto la diretta supervisione e gestione dr. med. Soloni - offerti a 3 partecipanti al CAS Spiritual Care USI/SUPSI (stage osservazionali di un giorno in cui si sono approfonditi argomenti correlati alla presa in carico).

3.4.1.5 Commenti sul personale

Nel corso del 2025 il volume di lavoro è stato particolarmente elevato che ha comportato un notevole impiego di risorse, sia in termini di tempo sia di energie, incidendo in maniera rilevante sul carico complessivo dell'équipe.

Il grafico 2.2, *Evoluzione del numero di pazienti seguiti per anno* mette in evidenza l'incremento delle persone prese a carico. Nonostante il sovraccarico di lavoro, l'organico è rimasto complessivamente stabile. Si segnala tuttavia che, nel mese di settembre, l'infermiera Andreia Arruzza ha rassegnato le proprie dimissioni, con effetto al 31 marzo 2026.

Al fine di promuovere il benessere del personale e migliorare la comunicazione, si è proseguito con le sedute mensili di supervisione esterna.

3.4.2 Pazienti seguiti

3.4.2.1 Numero pazienti seguiti

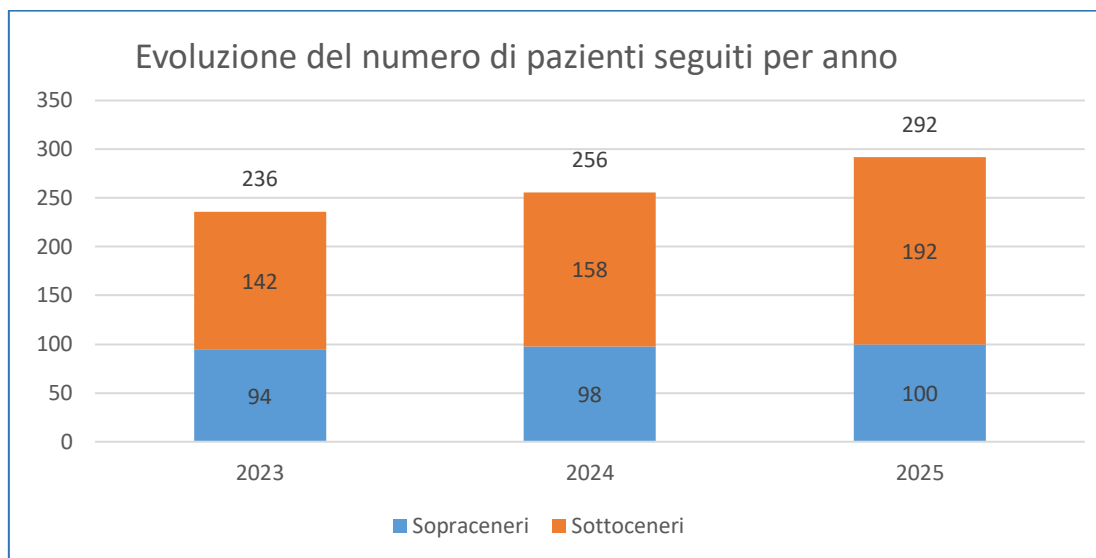
	Attivi al 1.1.2025	Segnalati	Nuovi entrati	Ri-attivati	Sospesi o trasferiti	Deceduti	Totale seguiti	Attivi al 31.12.2025
Sopraceneri	37	71	61	2	3	37	100	60
Sottoceneri	67	145	122	3	11	102	192	79
Totale	104**	216	183	5	14	139	292*	139**

*Numero pazienti seguiti: Pazienti attivi al 01.01.2025 più nuovi Entrati più eventuali Ri-attivati

**Numero pazienti attivi al 31.12.2025: Pazienti attivi al 01.01.2025 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.

3.4.2.2 Evoluzione del numero di pazienti seguiti per anno

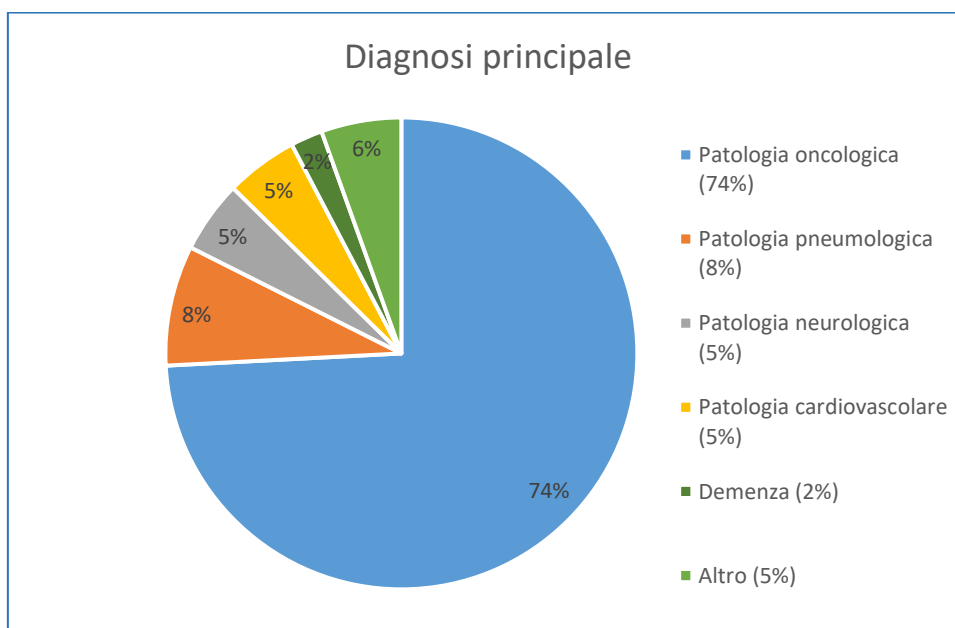


3.4.2.3 Commenti sul numero di pazienti seguiti

Negli ultimi tre anni si osserva un aumento costante del numero di persone prese a carico, particolarmente marcato nella sezione Sottoceneri, mentre nella sezione Sopraceneri l'aumento risulta più contenuto. L'incremento nel Sottoceneri è correlato sia al bacino d'utenza maggiore che alla regolare prosecuzione delle riunioni interdisciplinari settimanali presso la clinica Moncucco, la stretta frequentazione e la sensibilizzazione dei colleghi nell'attivazione del servizio.

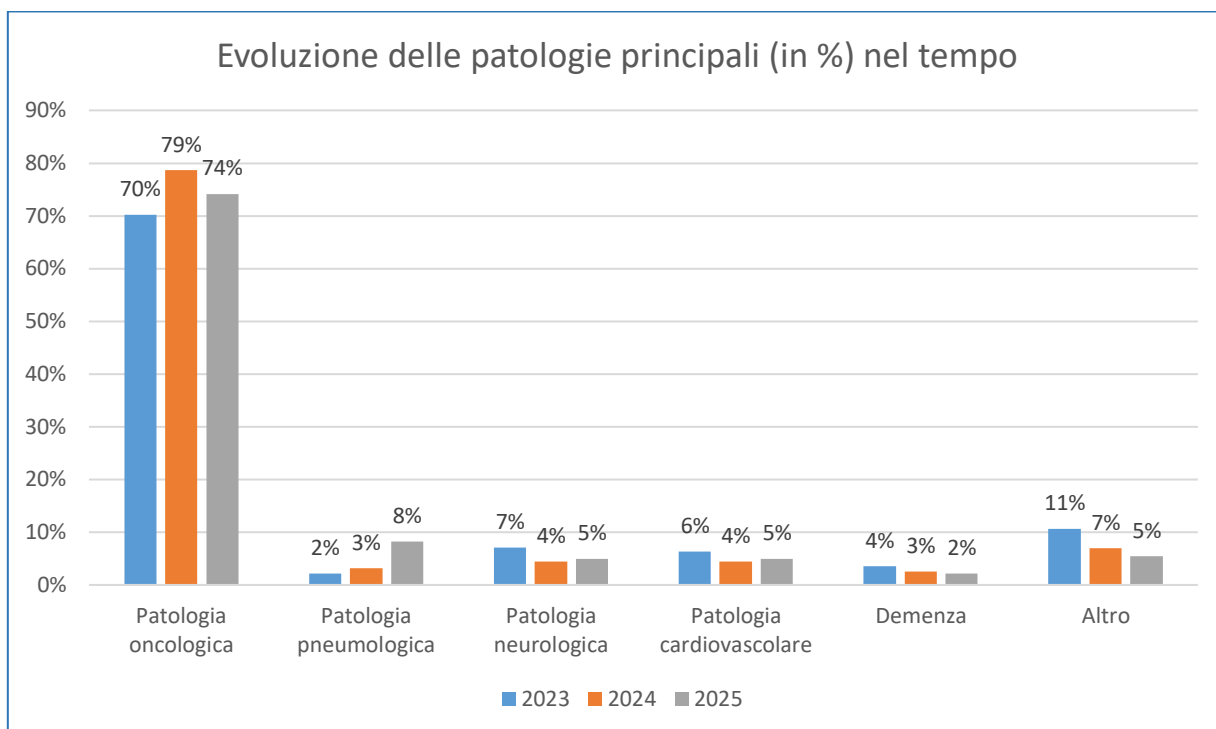
La sostanziale stabilità del numero di persone prese a carico nel Sopraceneri è in parte riconducibile a una presenza presso la Clinica Santa Chiara meno costante e capillare. Inoltre, a differenza del Sottoceneri, non è ancora attiva una riunione interdisciplinare strutturata; l'attivazione del servizio dipende ancora molto dall'iniziativa individuale del medico specialista curante.

3.4.2.4 Diagnosi principale



La categoria altro comprende le seguenti patologie principali per il 2025:

- Altro (es. mista) 6
- Patologia nefrologica 2
- Polimorbilità/frailty 2



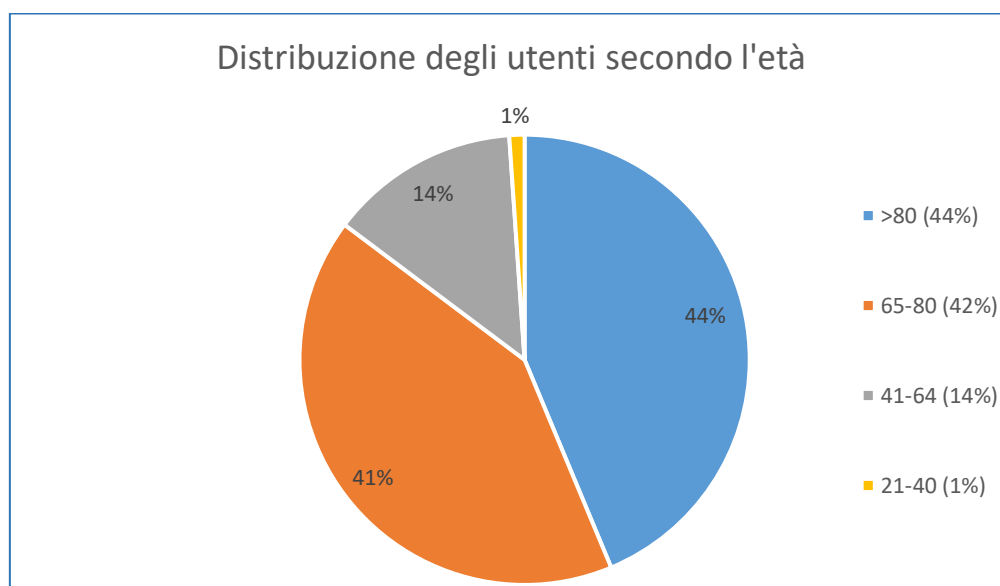
Patologie

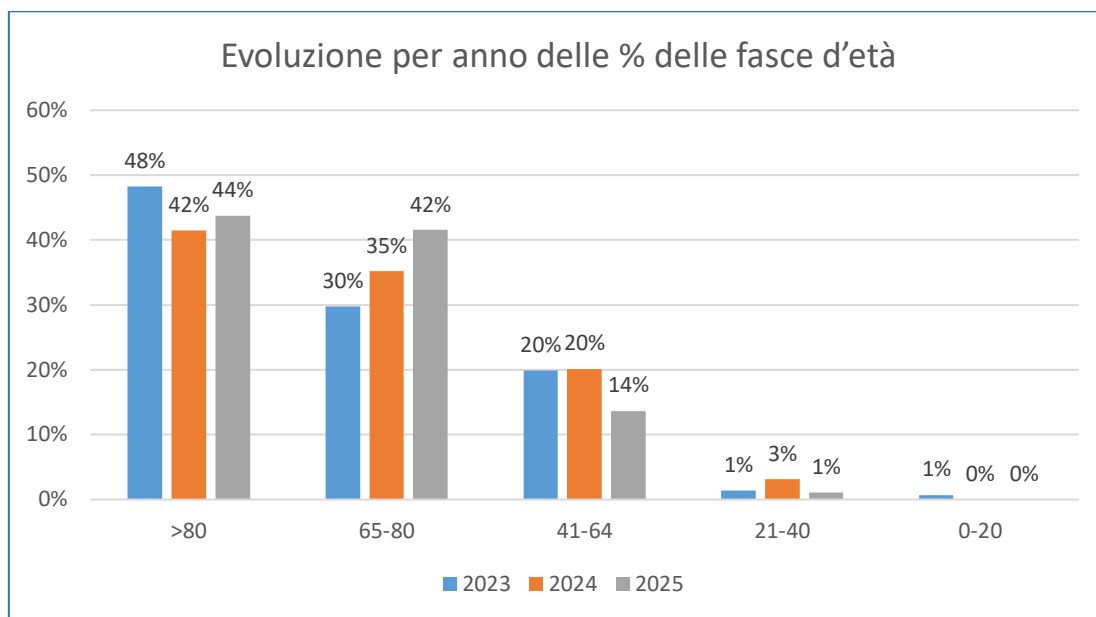
La maggior parte delle diagnosi relativa alle persone segnalate riguarda patologie oncologiche (**74%** nel 2025, in lieve diminuzione rispetto al **79%** del 2024). Tuttavia, i dati raccolti coprono solo tre anni, un periodo troppo breve per identificare trend consolidati.

L'unica variazione da interpretare riguarda un lieve aumento della percentuale di persone con patologia pneumologica, dal 3% nel 2024 all'8% nel 2025, compatibile con una buona collaborazione con i medici pneumologi della clinica Moncucco e alcune segnalazioni provenienti dalla Clinica di Cure Palliative e di Supporto IOSI. Le altre patologie non mostrano variazioni significative rispetto ai due anni precedenti.

Le cure palliative hanno storicamente avuto origine nell'ambito oncologico e la loro applicazione estesa a tutte le patologie croniche evolutive non è ancora pienamente consolidata. Il fatto che oggi circa un quarto dei pazienti segnalati sia affetto da malattie cronic-degenerative non oncologiche - a fronte dello 0% di vent'anni fa - testimonia come la formazione degli operatori sanitari e la crescente sensibilizzazione dell'opinione pubblica stiano producendo risultati concreti, seppur gradualmente, nella diffusione di questa branca della medicina, sempre più rilevante.

3.4.2.5 Età dei pazienti

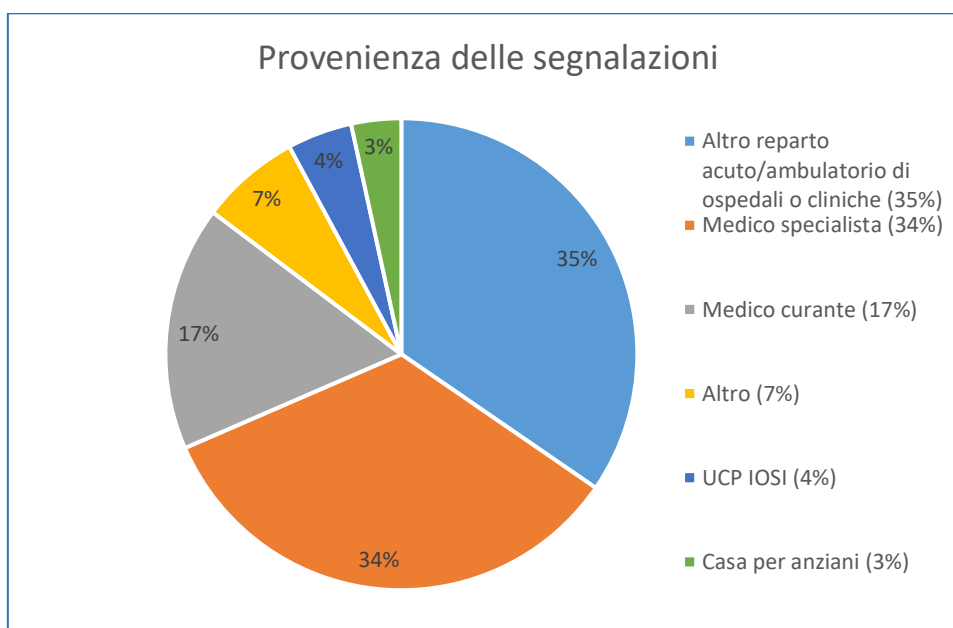




Nell'evoluzione dei dati demografici degli ultimi tre anni si osserva un aumento costante della percentuale nella fascia **65-80 anni**, la quale nel 2025 risulta quasi equivalente a quella della fascia **>80 anni**. Le variazioni nelle altre categorie sono minime, probabilmente casuali.

3.4.3 Segnalazioni

3.4.3.1 Provenienza delle segnalazioni



La categoria "Altro" (in giallo) comprende i seguenti dati (non inseriti nello specifico nel grafico per una maggior facilità di lettura):

- Altro 6
- Infermiere/a indipendente 1
- RAMI/CAT/STT 2
- Reparto CP acute Varini 1
- Reparto CP geriatriche CPA 1
- Reparto CP integrate EOC 2
- Reparto CP Moncucco 7

La provenienza delle segnalazioni è relativamente stabile. Circa 35% delle segnalazioni proviene da reparti acuti o ambulatori di ospedali o cliniche, confermando che le strutture ospedaliere restano un canale principale per l'attivazione del servizio. Circa 34% delle segnalazioni arriva da studi di medici specialisti al di fuori del contesto ospedaliero (ad esempio medici oncologi o altri specialisti con studio privato), anch'essi un canale rilevante per la presa in carico dei pazienti. Il restante 31% si suddivide tra medici curanti (17%), case per anziani (3%) e unità cure palliative (4%).

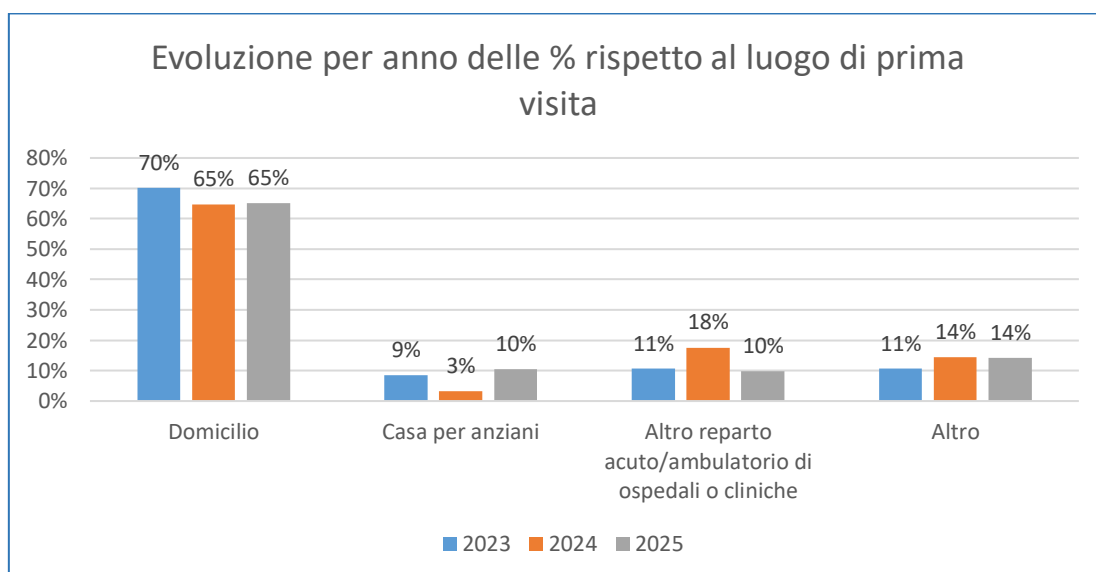
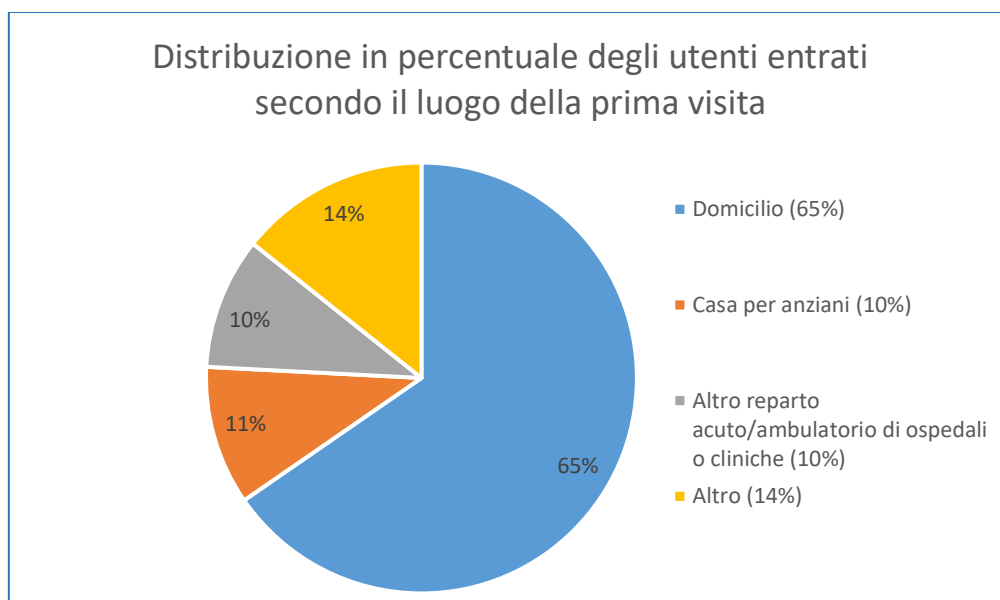
Questa distribuzione mostra che la segnalazione dei pazienti è equamente supportata da ospedali, specialisti territoriali e medici curanti, con contributi minori provenienti da altre strutture come le case per anziani e le unità di cure palliative.

La percentuale di medici di famiglia che effettuano segnalazioni è in lento ma progressivo aumento. Parallelamente, con alcuni medici curanti si osserva una collaborazione diretta e spontanea, ad esempio attraverso consulti informali per pazienti non presi in carico direttamente.

La bassa percentuale di segnalazioni provenienti dalle case per anziani potrebbe essere correlata al graduale incremento della formazione in cure palliative tra i medici di famiglia e il personale delle CPA, che consente una maggiore gestione autonoma dei casi di cure palliative generali, riducendo la necessità di ricorrere ai servizi specialistici. Inoltre, le strutture che hanno una lunga collaborazione con Hospice mantengono generalmente invariato il servizio di seconda linea.

3.4.4 Accompagnamento

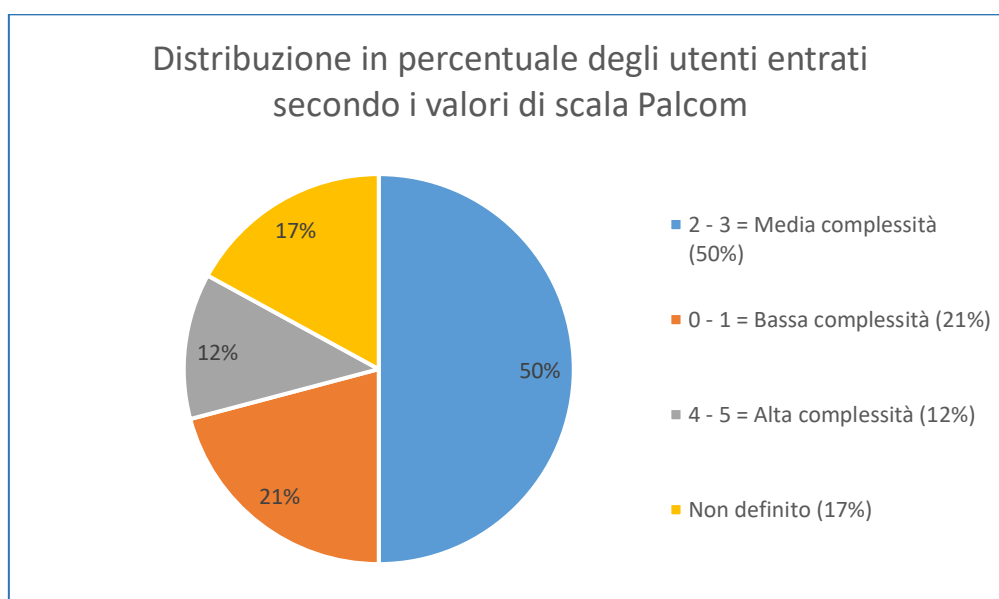
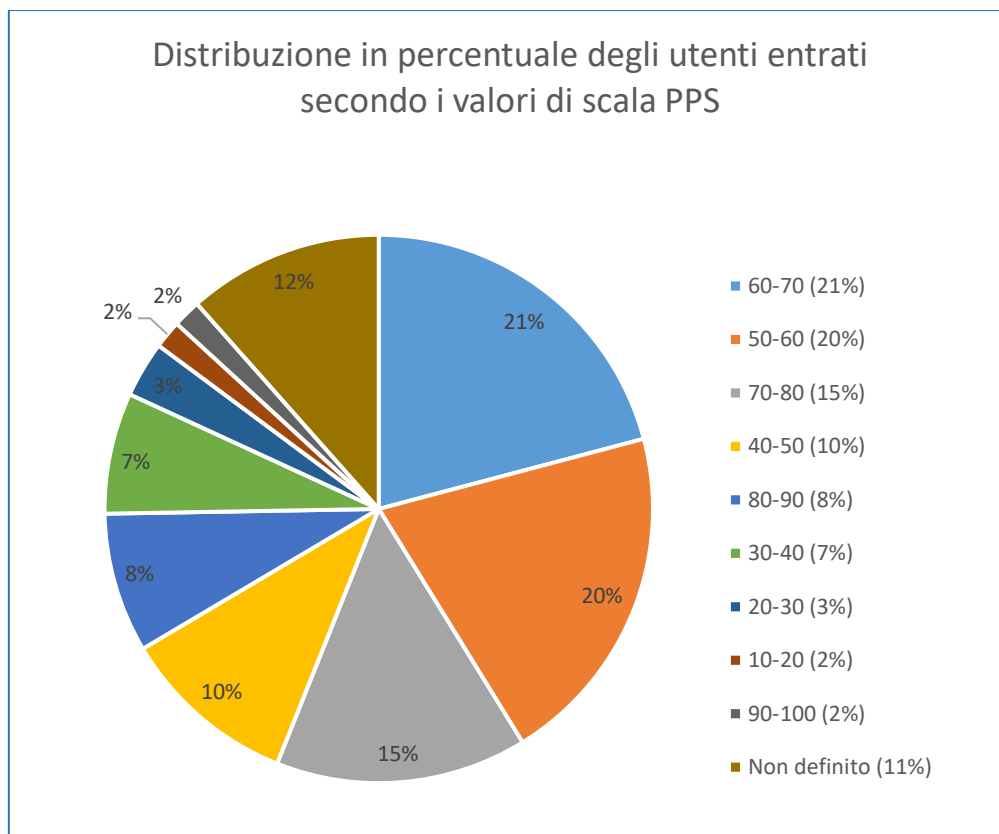
3.4.4.1 Luogo di prima valutazione

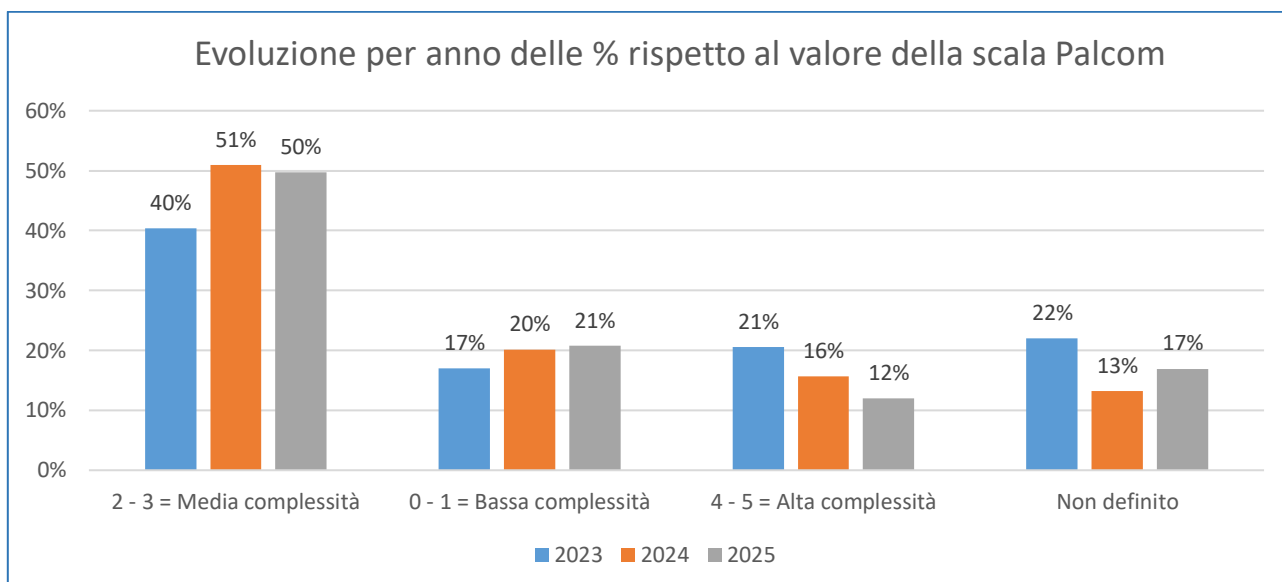
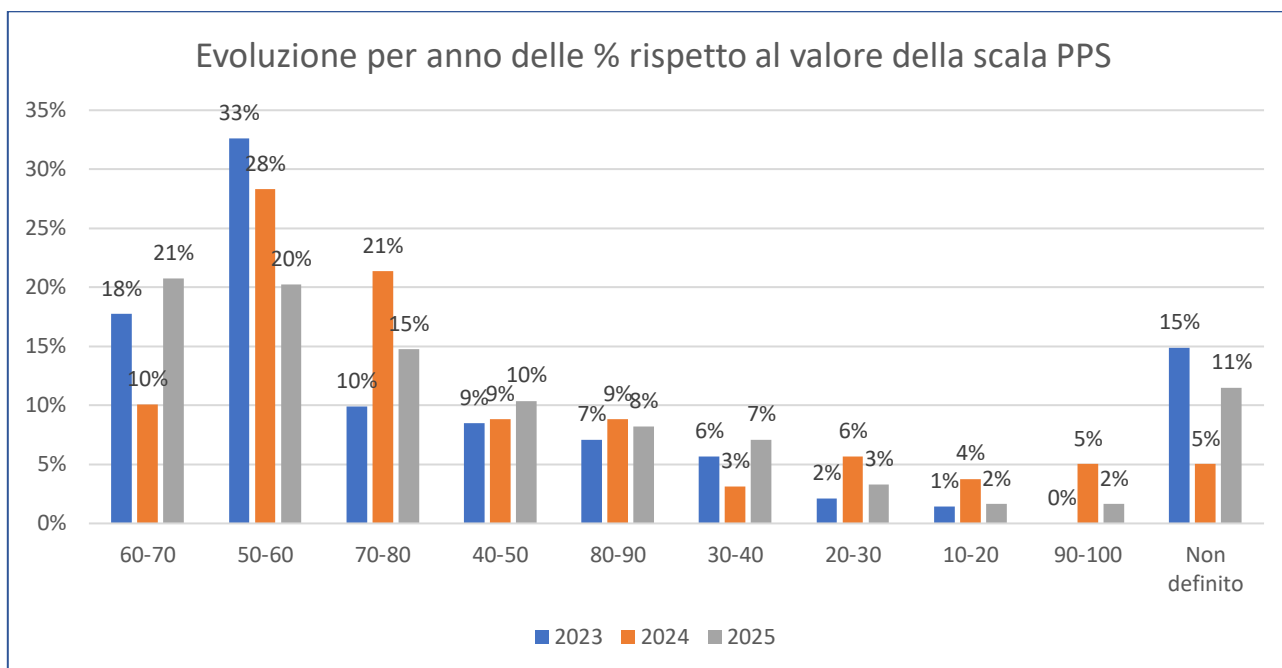


La prima visita viene generalmente eseguita al domicilio nel 65% dei casi, considerato il luogo privilegiato per comprendere la realtà quotidiana della persona, allo scopo di valutare i bisogni del paziente e le risorse disponibili nel contesto palliativo. Le prime visite in cliniche o ospedali rappresentano il 10% dei casi. Circa 10% delle visite avviene in case per anziani. La percentuale rimanente si svolge in altri luoghi, ad esempio RAMI o CAT, prima di un rientro a domicilio.

Questa distribuzione evidenzia l'attenzione del servizio a garantire la presa in carico palliativa personalizzata, favorendo il domicilio come contesto principale di osservazione e intervento. Generalmente, la prima visita è eseguita dal personale infermieristico; in alcuni casi, però, la presenza del medico fin dal primo accesso è necessaria e indispensabile.

3.4.4.2 Stato e complessità del paziente





Palliative performance status (PPS)

Si osserva che, al momento della segnalazione, il *Palliative Performance Status* dei pazienti si colloca per circa due terzi nella fascia compresa tra il 50% e il 100%. Valori più elevati corrispondono a un migliore stato generale, indicando che la maggior parte dei pazienti si trova ancora in una fase relativamente stabile.

Questo dato suggerisce che, in molti casi, il servizio di cure palliative viene attivato tempestivamente e non esclusivamente nelle fasi terminali. Le segnalazioni urgenti per il fine vita a domicilio (PPS compreso tra il 10% e il 30%) rappresentano infatti solo il 12% dei casi, mentre un ulteriore 17% dei pazienti si colloca nella fascia tra il 30% e il 50%. Quest'ultima fascia richiede un attento monitoraggio, poiché anche un evento minimo può trasformarsi in una significativa instabilità del sistema di cura, rendendo necessari interventi specialistici tempestivi e mirati.

Per quanto riguarda il grafico sull'evoluzione del PPS negli ultimi tre anni, non è possibile trarre conclusioni significative.

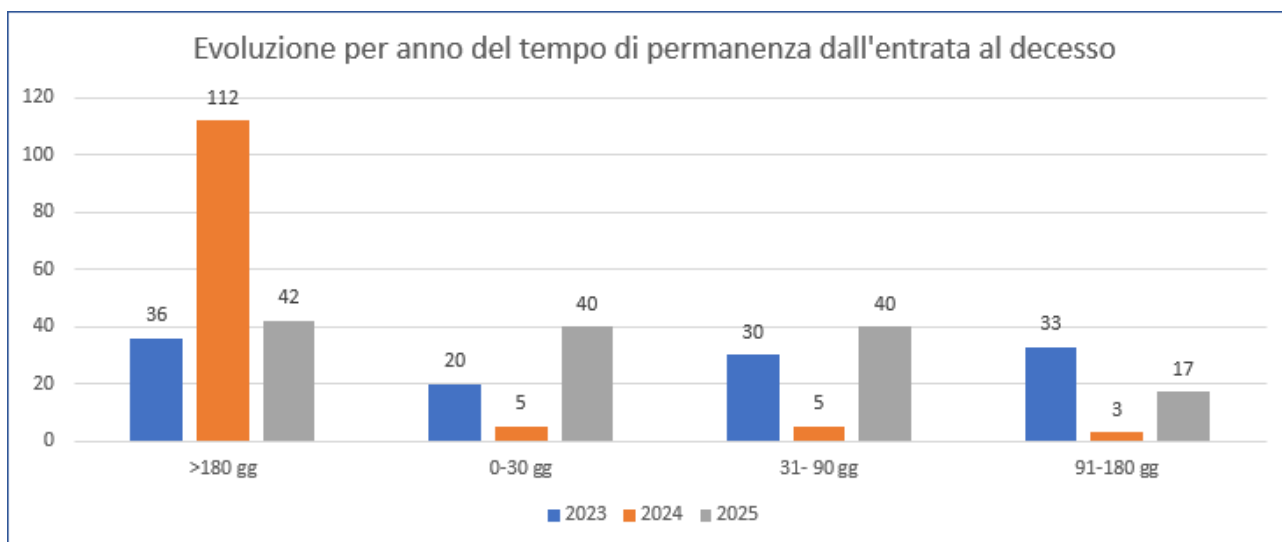
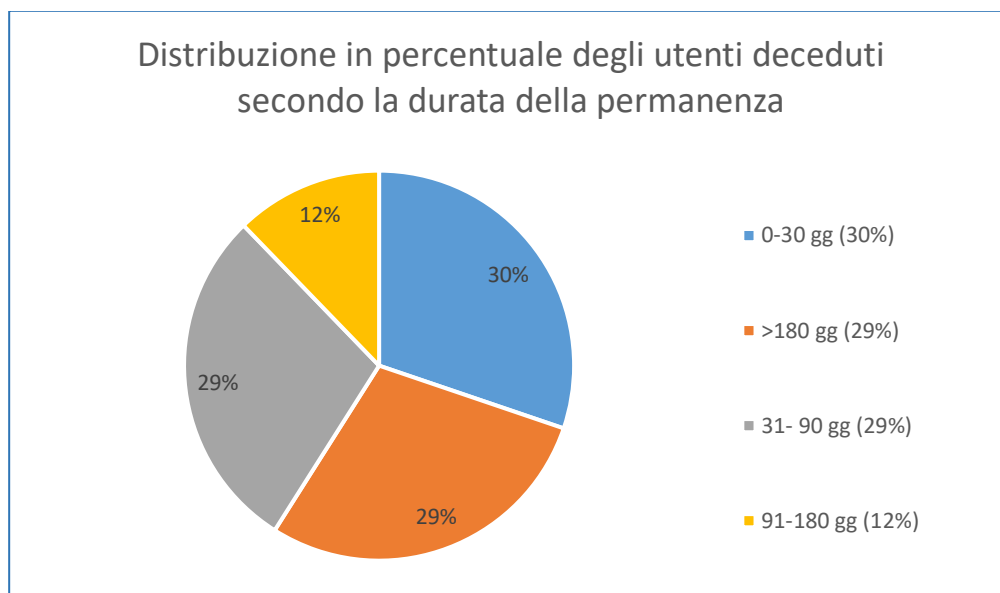
Scala Palcom

La valutazione iniziale tramite la scala *Palcom* evidenzia che, al momento della segnalazione, la metà dei casi (50%) rientra nella fascia di media complessità, mentre il 12% presenta alta complessità. Entrambe queste categorie richiedono l'intervento di un'équipe di cure palliative specialistiche.

Il 21% dei casi è classificato a bassa complessità e quindi gestibile dal personale sanitario di prima linea. Tuttavia, nell'ottica di un'attivazione precoce delle cure palliative specialistiche, anche per questi pazienti - nei quali la transizione dalla stabilità all'instabilità è prevedibile - l'intervento del servizio risulta comunque utile.

Nel 17% dei casi il campo risulta non definito a causa delle limitazioni della scala Palcom originariamente validata su pazienti oncologici. Per altre patologie croniche, i risultati della scala risultano meno affidabili e pertanto non vengono valutati nella fase iniziale della presa in carico. Anche in questo caso, in riferimento al grafico sull'evoluzione, le piccole oscillazioni non consentono di trarre interpretazioni significative dopo tre anni.

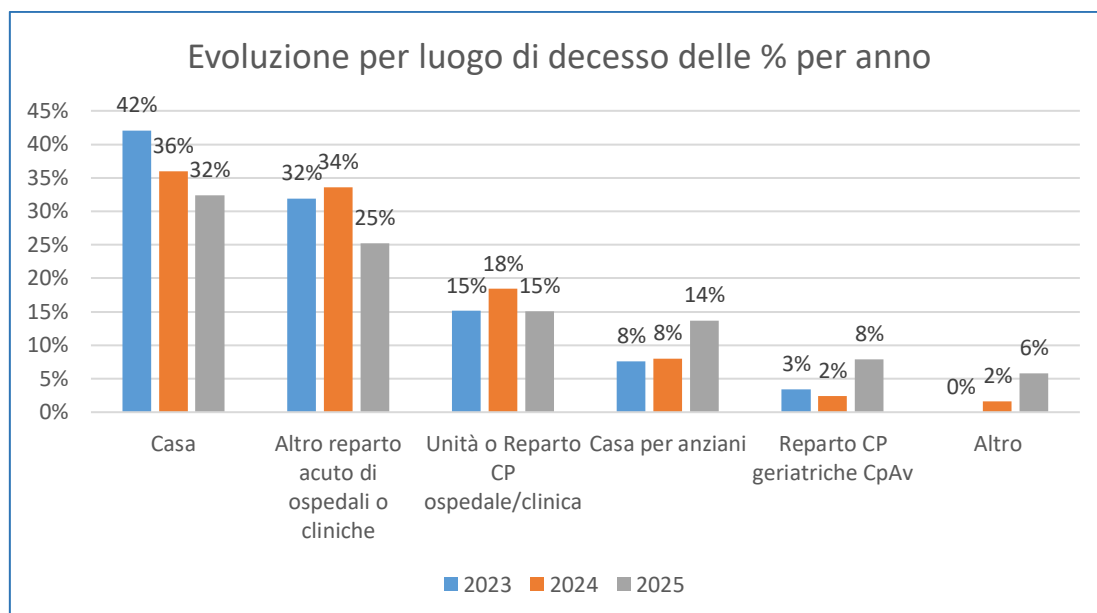
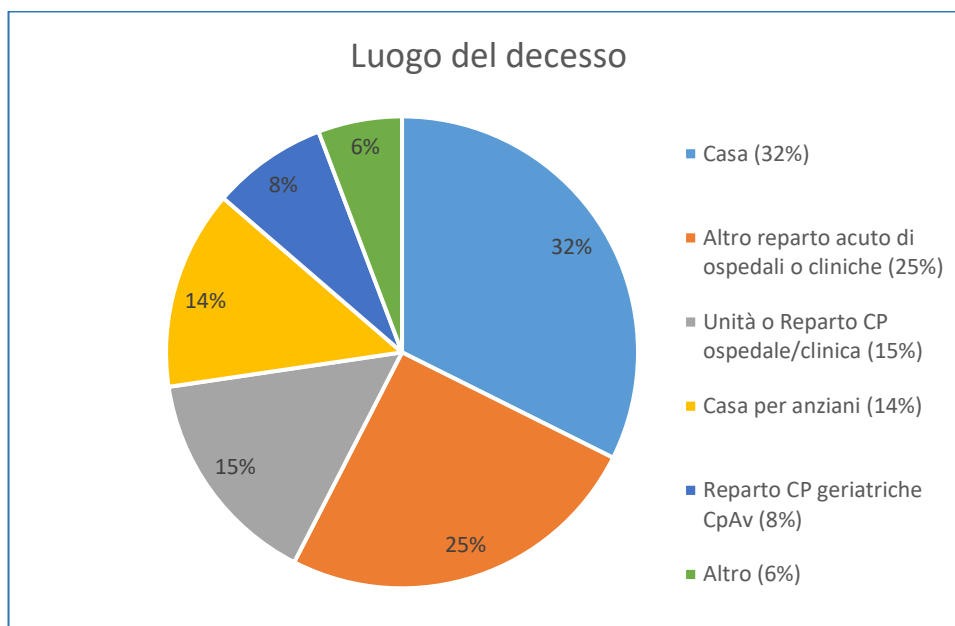
3.4.4.3 Tempo di permanenza



Il tempo di presa in carico risulta variabile di anno in anno, in relazione al setting assistenziale e alla complessità dei bisogni. La permanenza prolungata (42 casi nella categoria oltre i 180 giorni) è verosimilmente riconducibile a un'evoluzione graduale della malattia, caratterizzata da fasi fluttuanti di bisogni intensi alternate a periodi di ristabilizzazione.

All'estremo opposto si colloca la categoria di breve durata (40 casi tra 0 e 30 giorni): in queste situazioni, l'interpretazione può essere legata a una segnalazione tardiva per un fine vita gestito in urgenza a domicilio, oppure a una rapida transizione da una fase di relativa stabilità alla fase terminale. Nelle altre due categorie intermedie (31-90 giorni e 91-180 giorni) si collocano complessivamente 57 casi.

3.4.4.4 Luogo del decesso



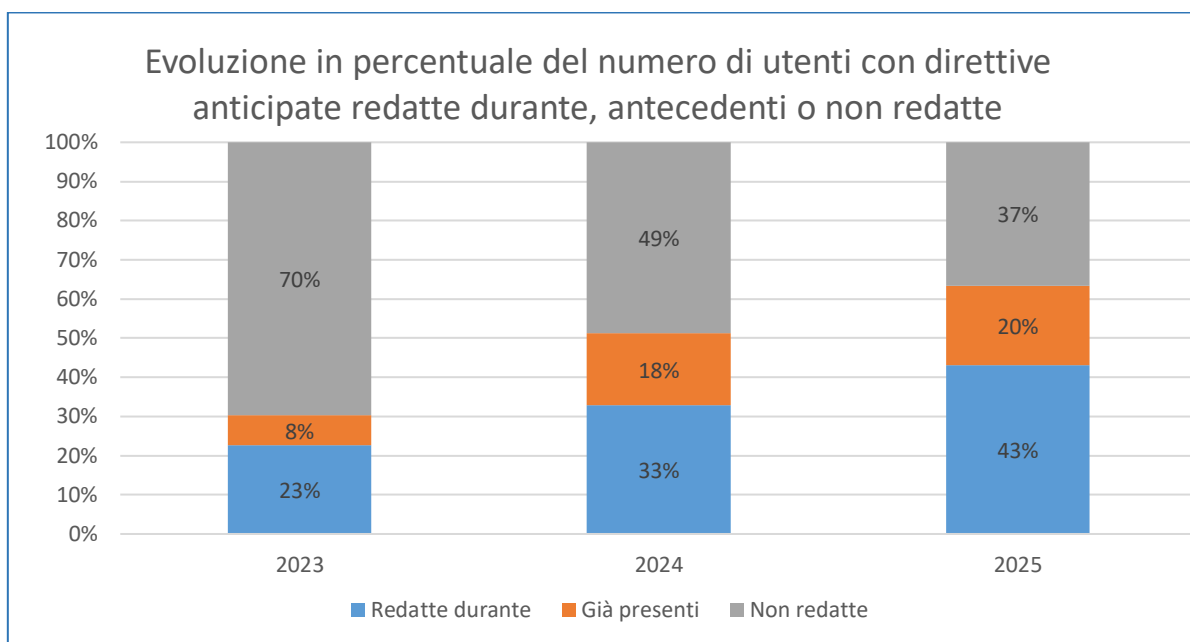
Nel 2025, il 32% dei casi seguiti è deceduto al domicilio, mentre un quarto dei pazienti è deceduto in una struttura ospedaliera acuta. Le percentuali risultano quasi sovrapponibili tra l'unità di cure palliative ospedaliera (15%) e la casa per anziani (14%). Una quota più contenuta (8%) riguarda invece i decessi avvenuti in reparti di cure palliative all'interno delle case per anziani. La categoria "altro" comprende i casi in cui il luogo di decesso non è noto, ad esempio a seguito di trasferimenti in altre strutture o zone geografiche.

Come già evidenziato negli anni precedenti, la scelta del luogo di cura e del luogo di morte è in larga misura influenzata dalle risorse disponibili all'interno del sistema familiare. L'analisi dell'evoluzione negli ultimi tre anni evidenzia una costante diminuzione dei decessi a domicilio, passati dal 42% nel 2023 al 32% nel 2025, con una riduzione complessiva del 10%.

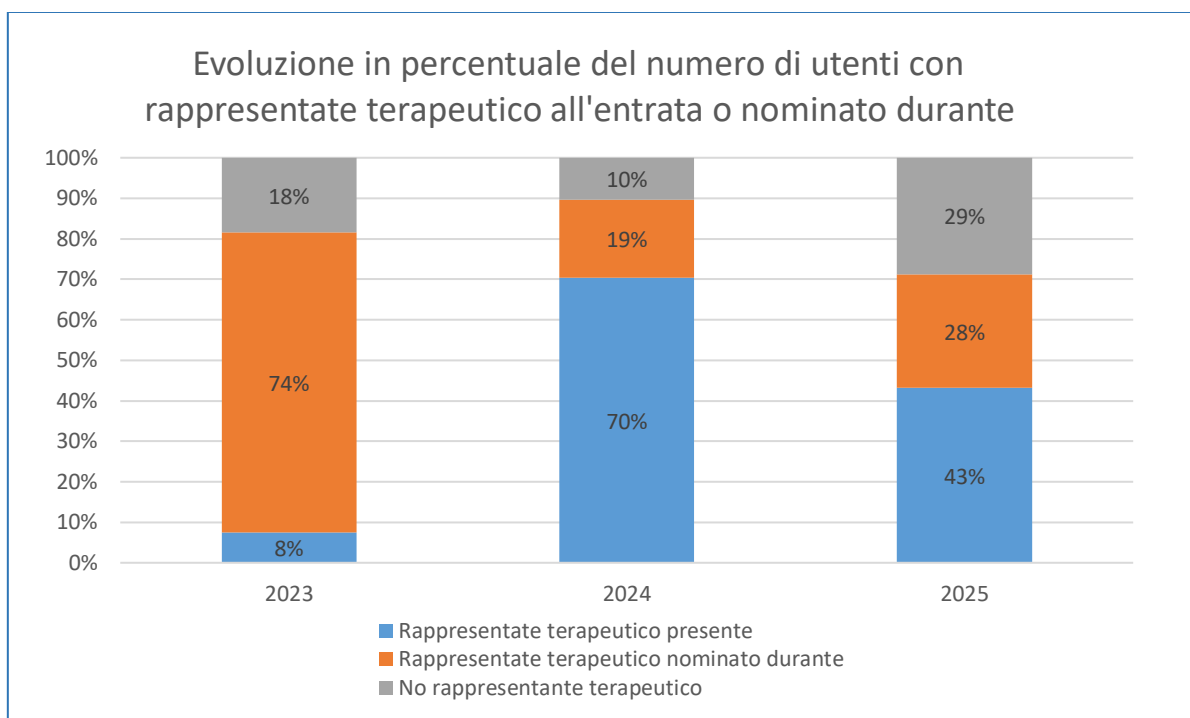
Questa tendenza negativa può essere in parte spiegata dall'evoluzione sociodemografica, in particolare dall'aumento delle persone che vivono sole. Ulteriori fattori esplicativi richiedono però un'analisi più approfondita nel tempo e un confronto con altri dati statistici. Non si può infine escludere che tale andamento sia, almeno in parte, riconducibile a variazioni casuali. Nel contempo, si osserva un aumento dei decessi nelle case per anziani (+6%) e nei reparti di cure palliative geriatriche (+6%). Parallelamente alla diminuzione dei decessi a domicilio, si registra anche una riduzione della quota di decessi negli ospedali e nelle cliniche acute (-9% rispetto all'anno precedente).

3.4.5 Direttive Anticipate e rappresentante terapeutico

3.4.5.1 Pazienti con Direttive Anticipate



3.4.5.2 Pazienti con rappresentante terapeutico



L'attendibilità dei dati riportati nei grafici 5.1 (pazienti con direttive anticipate) e 5.2 (pazienti con rappresentante terapeutico) non è garantita, in quanto i rispettivi campi di raccolta statistica in Perigon sono stati modificati più volte nel corso del 2023 e del 2024. Di conseguenza, l'analisi dell'evoluzione temporale non risulta interpretabile e ci si limita pertanto alla lettura dei dati relativi al 2025.

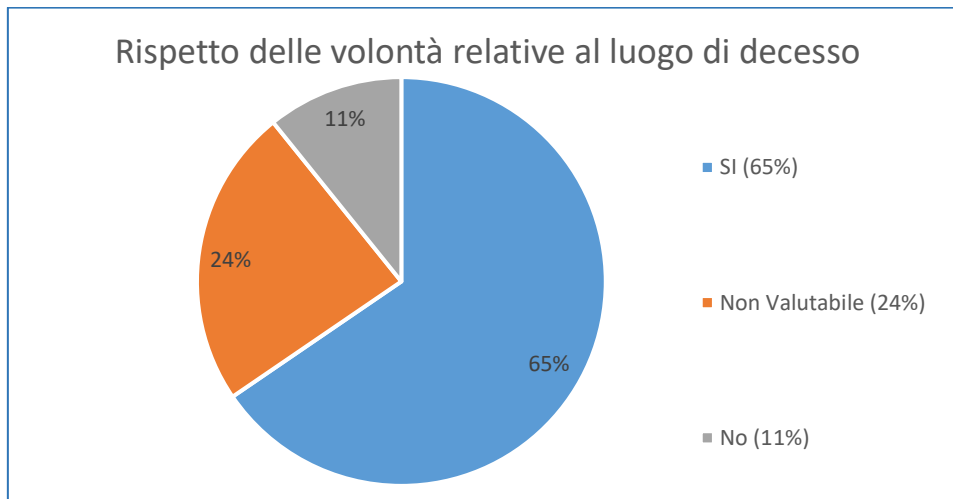
Emerge che il 20% delle persone, al momento dell'ingresso nel servizio, dispone già di direttive anticipate compilate, mentre quasi la metà (43%) ha già nominato un rappresentante terapeutico. Durante la presa a carico, è stato possibile compilare le direttive anticipate nel 43% dei casi e il 28% dei pazienti ha nominato un rappresentante terapeutico.

La percentuale relativamente elevata di persone (37%) che non ha compilato le direttive anticipate durante la presa a carico è attribuibile al fatto che questo strumento è pensato principalmente per persone in buona salute, prima dell'insorgenza della

malattia. Nei pazienti in fase avanzata, prossimi alla fase terminale, la compilazione perde di significato e viene sostituita dalla pianificazione anticipata delle cure, più appropriata in questo stadio.

Per quanto riguarda il 29% di persone senza rappresentante terapeutico, ciò può dipendere sia da una mancata nomina effettiva, sia da dati incompleti: in alcuni casi, infatti, il campo non è stato compilato perché la presa a carico è stata interrotta prima della fase terminale, rendendo l'informazione non disponibile.

3.4.5.3 Rispetto volontà del paziente sul luogo del decesso



Per quanto riguarda il rispetto delle volontà dei pazienti in merito al luogo di decesso, emerge che le volontà sono state rispettate in circa due terzi dei casi. In un quarto delle situazioni, invece, il luogo preferito non è stato esplicitato, per diverse ragioni: alcuni pazienti non erano in grado di esprimersi, altri sono stati seguiti per un periodo limitato - spesso a causa di ricoveri - e sono poi deceduti in ospedale.

Va inoltre sottolineato che si tratta di un tema delicato e non sempre facile da affrontare, soprattutto nelle fasi della malattia in cui pazienti e familiari non hanno ancora piena consapevolezza dell'avvicinarsi della fase terminale e tendono, di conseguenza, a evitare l'argomento. Nel restante 11% dei casi non è stato possibile rispettare le volontà espresse, a causa di una rete sociale non idonea o sovraccarica nel garantire la permanenza al domicilio, oppure per il verificarsi di circostanze imprevedibili.

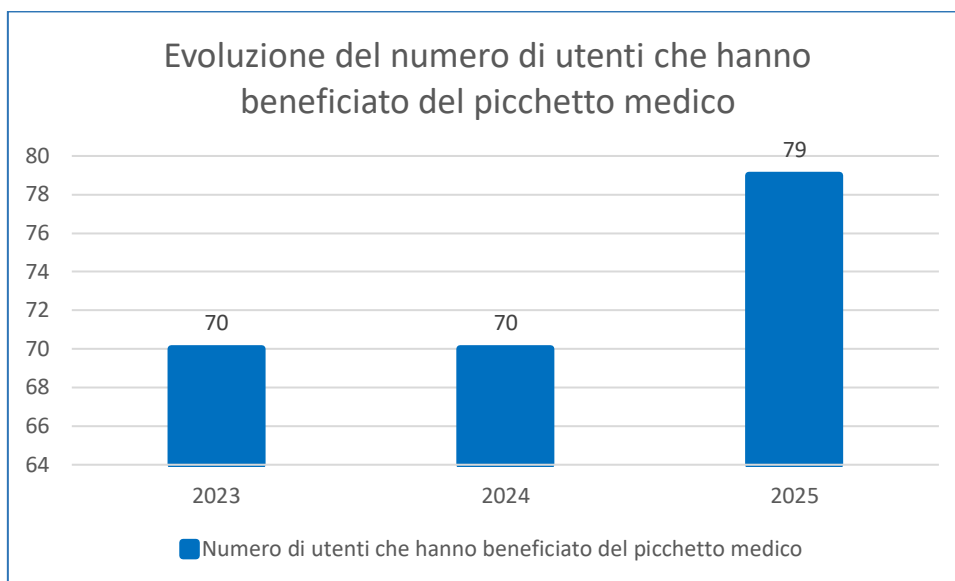
3.4.6 Picchetto medico

3.4.6.1 Personale impiegato nel picchetto medico

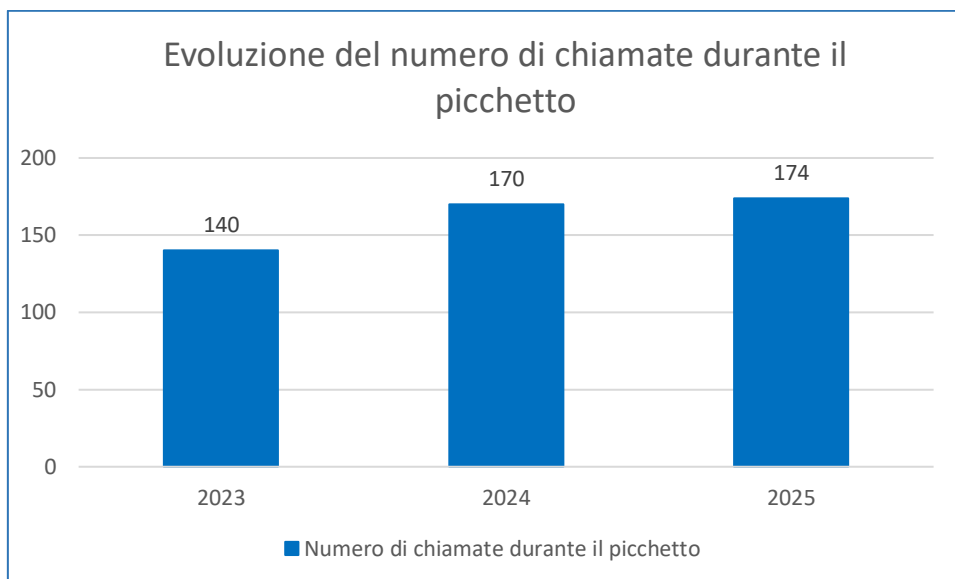
Il modello di servizio di picchetto medico in vigore fino alla fine del 2025 prevedeva la presenza di un medico nel Sopraceneri e di un medico nel Sottoceneri. La copertura veniva garantita su base settimanale: per circa la metà del tempo dai due medici specialisti del SCPD e, per la restante metà, da medici oncologi non specializzati in cure palliative.

Tale configurazione rappresentava una criticità. I due medici del SCPD hanno infatti assicurato in modo continuativo una reperibilità telefonica specialistica, offrendo supporto ai medici collaboratori impegnati nel picchetto in caso di necessità. Questa attività, pur essenziale al funzionamento del servizio, è rimasta in larga misura sottaciuta e non adeguatamente riconosciuta, non essendo stata formalmente considerata quale componente dell'offerta specialistica.

Il nuovo modello di picchetto medico presenta parecchie criticità legate siccome risulta esposto a un elevato rischio di burn-out, appare difficilmente sostenibile nel medio-lungo periodo e determina un significativo sovraccarico per i due medici specialisti del SCPD.

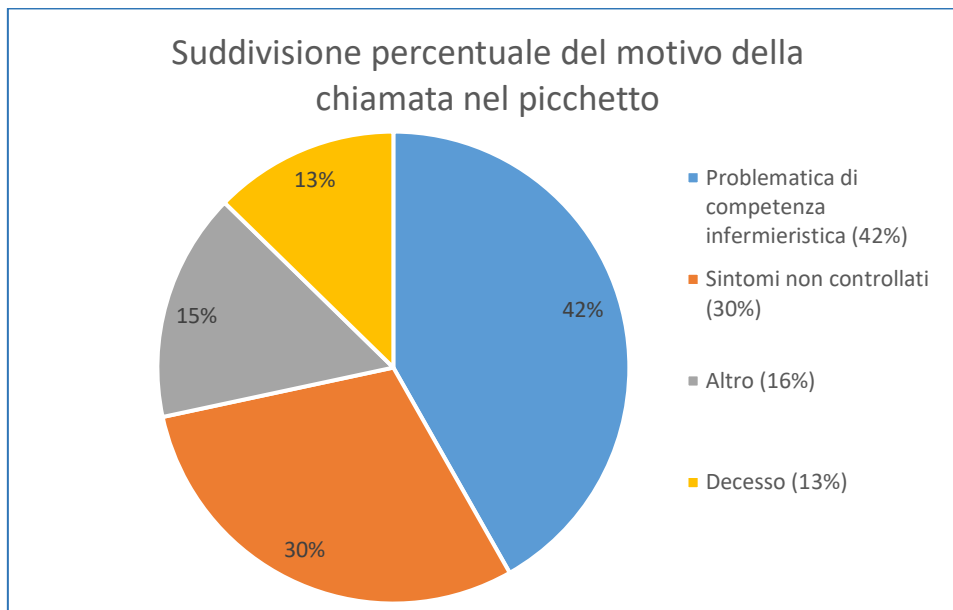
3.4.6.2 Numero di persone che hanno beneficiato del picchetto

Nel corso del 2025 si osserva un aumento del numero di persone che hanno beneficiato del servizio di picchetto medico, verosimilmente riconducibile al maggior numero di pazienti presi a carico.

3.4.6.3 Numero di chiamate

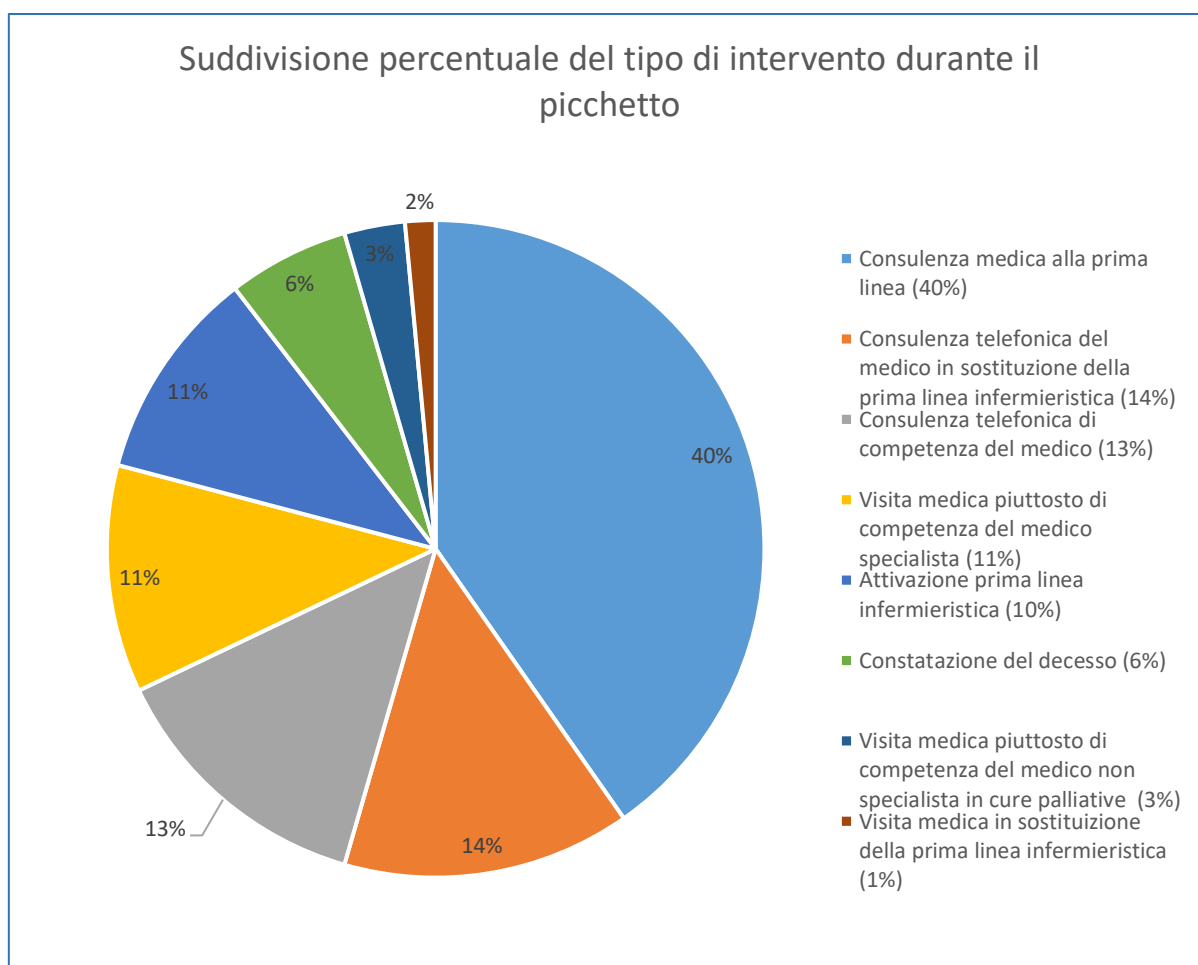
Parallelamente all'aumento del numero di persone che hanno beneficiato del servizio di picchetto, si osserva negli ultimi tre anni anche un incremento delle chiamate, passate da 140 nel 2023 a 174 nel 2025. Tale evoluzione appare coerente con l'aumento delle persone prese a carico.

3.4.6.4 Motivo della chiamata per chiamate



Il mantenimento di un picchetto specialistico consente di garantire la permanenza sicura al domicilio dei pazienti e di offrire un supporto efficace agli Spitex di prima linea. Nel 2025, la principale motivazione di chiamata durante il picchetto era rappresentata da problematiche infermieristiche (42%), seguita da sintomi non controllati (30%). Le altre cause risultano meno frequenti: "altro" (15%) e decesso (13%).

3.4.6.5 Tipo di intervento



Dall'analisi del tipo di intervento durante il servizio di picchetto emerge che nel 40% dei casi si è trattato di una consulenza medica alla prima linea, prevalentemente in forma di supporto telefonico. In un ulteriore 11% dei casi, è stato il medico di picchetto stesso ad attivare direttamente il servizio Spitex di prima linea. In generale, le problematiche vengono risolte tramite consulenza telefonica; le situazioni instabili affrontate preventivamente, prima del fine settimana o durante la notte, risultano spesso gestibili efficacemente anche solo con una telefonata. Ciò conferma come un picchetto specialistico consenta di fornire un supporto efficace agli Spitex e di garantire la permanenza sicura dei pazienti al domicilio.

Il 13% degli interventi ha riguardato consultazioni telefoniche tra medici. Solo nel 14% dei casi si è resa necessaria una visita medica a domicilio, di cui l'11% per situazioni di competenza palliativa specialistica e il 3% per competenza palliativa non specialistica. La constatazione di decesso ha richiesto un intervento in presenza nel 6% dei casi. Nel restante 2%, la visita medica è avvenuta in sostituzione della prima linea infermieristica, situazione che non dovrebbe, ma può verificarsi quando il servizio Spitex non è in grado di garantire il picchetto h24.

Alla luce dei dati raccolti nel 2025, emerge una chiara prevalenza di bisogni clinico-assistenziali. Ne consegue che un servizio di picchetto attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, potrebbe essere gestito principalmente da infermieri specialisti in cure palliative di seconda linea, con il supporto telefonico di un medico specialista. L'intervento medico a domicilio verrebbe quindi riservato ai casi in cui le infermiere non siano in grado di stabilizzare il setting di cura o quando la complessità della situazione superi le loro competenze. Un simile modello organizzativo permetterebbe di razionalizzare l'impiego delle limitate risorse mediche specialistiche, garantendone un coinvolgimento mirato ed efficace. Parallelamente, favorirebbe il rafforzamento del ruolo e delle responsabilità dell'infermiere specialista in cure palliative, valorizzandone le competenze all'interno del sistema assistenziale.

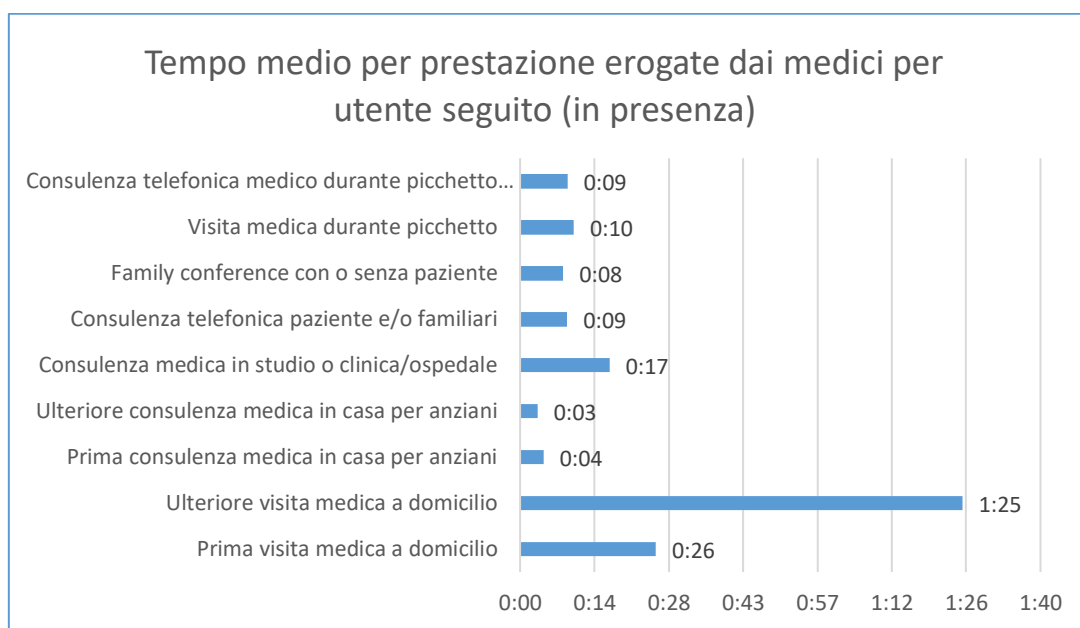
3.4.7 Prestazioni

Prestazioni in **blu**: in presenza del paziente; in **giallo**: in assenza del paziente.

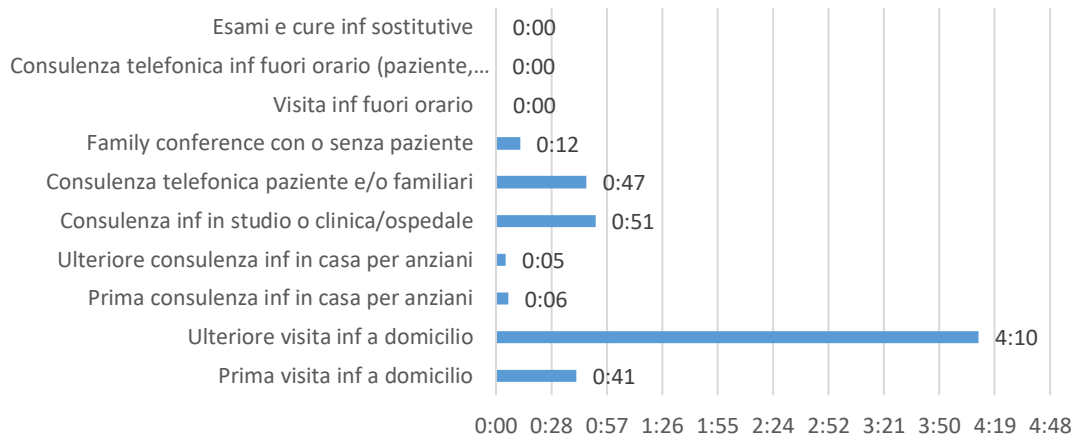
ID	Denominazione	Ore	Numero interventi
10	Prestazioni mediche in <u>presenza</u> del paziente		
1010	Prima visita medica a domicilio	128.08	111
1015	Ulteriore visita medica a domicilio	416.83	375
1020	Prima consulenza medica in casa per anziani	22.08	16
1025	Ulteriore consulenza medica in casa per anziani	16.33	17
1030	Consulenza medica in studio o clinica/ospedale	84.17	166
1035	Consulenza telefonica paziente e/o familiari	44.28	178
1040	Family conference con o senza paziente	40.50	42
1045	Visita medica durante picchetto	50.75	40
1050	Consulenza telefonica medico durante picchetto (paziente, familiari, rete)	44.67	174
1055	Atti terapeutici invasivi	0.00	0
	Totale prestazioni mediche in presenza paziente	847.69	1'119
	Prestazioni mediche in <u>assenza</u> del paziente		
1060	Coordinamento/consulenza telefonica medico della rete	221.25	726
1065	Redazione rapporti medici	0.00	0
1070	Visita/contatto lutto medico	1.50	2
1080	Consulenza specialistica medica a colleghi (per paziente non in carico)	42.32	75
	Totale prestazioni mediche in assenza paziente	265.07	803

20	Prestazioni infermieristiche in <u>presenza</u> del paziente		
2010	Prima visita inf a domicilio	203	176
2015	Ulteriore visita inf a domicilio	1'221	1'324
2020	Prima consulenza inf in casa per anziani	32	29
2025	Ulteriore consulenza inf in casa per anziani	25	35
2030	Consulenza inf in studio o clinica/ospedale	252	490
2035	Consulenza telefonica paziente e/o familiari	229	1'279
2040	Family conference con o senza paziente	61	61
2045	Visita inf fuori orario	3	2
2050	Consulenza telefonica inf fuori orario (paziente, familiari, rete)	0	3
2055	Esami e cure inf sostitutive	2	7
	Totale prestazioni infermieristiche in presenza paziente	2'027	3'406
	Prestazioni infermieristiche in <u>assenza</u> del paziente		
2060	Coordinamento/consulenza telefonica inf della rete	461.70	2'675
2065	Redazione rapporti inf	0.00	0
2070	Visita/contatto lutto inf	28.25	42
2080	Consulenza specialistica infermieristica a colleghi (per paziente non in carico)	8.58	26
	Totale prestazioni infermieristiche in assenza paziente	498.53	2'743
30	Prestazioni del consulente spirituale in <u>presenza</u> del paziente		
3010	Consulenza e supporto spirituale, emozionale, esistenziale	0.00	0
3040	Family conference con o senza paziente	0.00	0
	Totale prestazioni consulente spirituale in presenza paziente	0.00	0
	Prestazioni del consulente spirituale in <u>assenza</u> del paziente		
3065	Redazione rapporti del consulente spirituale	0.00	0
3070	Visita/contatto lutto consulente spirituale	0.00	0
	Totale prestazioni consulente spirituale in assenza paziente	0.00	0
70	Gestione ore lavorative (tutti gli operatori)		
1075	Lavori amministrativi (medico)	321.33	1'252
2075	Lavori amministrativi (infermiere/a)	623.08	3'359
7010	Riunioni interdisciplinari esterne	201.17	285
7020	Riunioni interne	555.25	557
7025	Lavoro amministrativo	506.75	1'115
7030	Formazione seguite a ore	73.92	69

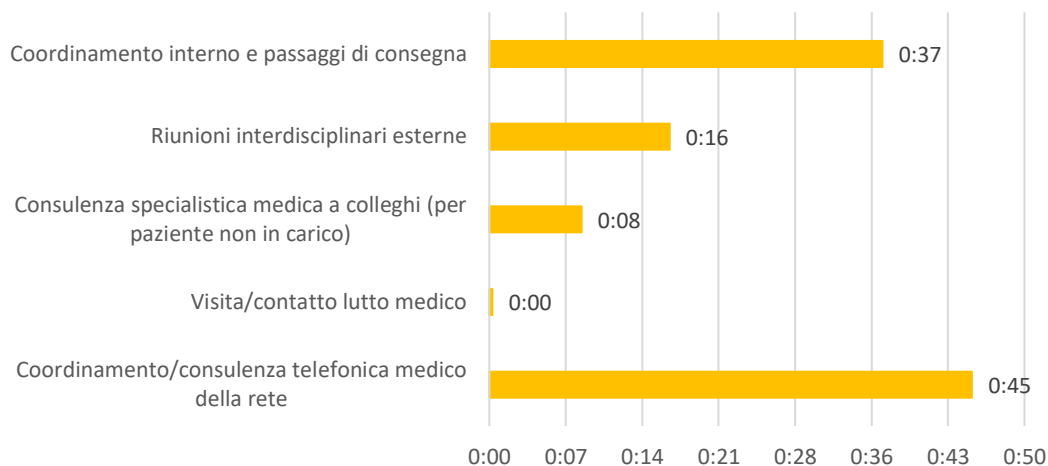
7040	Formazione erogata incluso preparazione	40.42	25
7050	Ricerca	0.50	1
7060	Sviluppo e realizzazione progetti	6.92	5
7070	Certificazione/gruppo qualità	30.92	30
7075	Reperibilità	0.00	0
7080	Trasferte	1'525.68	3'914
7090	Attività di direzione/gestione	140.67	187
7095	Coordinamento interno e passaggi di consegna	376.43	1'135
	Totale gestione ore lavorative	4'403.04	11'934
80	Assenze (tutti gli operatori)		
8010	Vacanza	938.40	137
8011	Vacanza 1/2 giornata	37.00	9
8020	Malattia	64.17	10
8030	Infortunio	0.00	0
8040	Congedo pagato	36.00	5
8050	Formazione	233.42	38
	Totale assenze	1'308.99	199



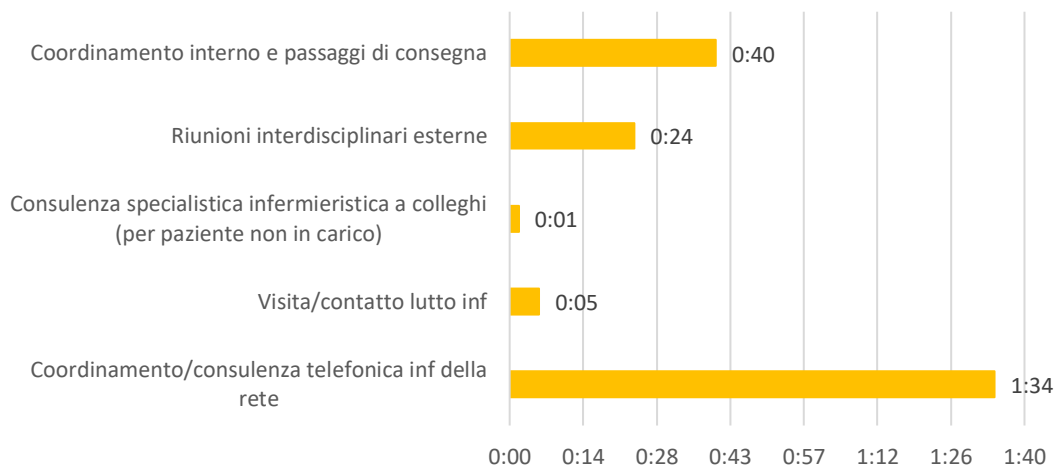
Tempo medio per prestazione erogate dal personale infermieristico per utente seguito (in presenza)



Tempo medio per prestazione erogate dai medici per utente seguito (in assenza)



Tempo medio per prestazione erogate del personale infermieristico per utente seguito (in assenza)



Attività medica:

L'insieme dei dati (nelle tabelle) mostra un'attività medica che nelle cure palliative risulta essere complessa, fortemente articolata e con un importante carico "invisibile" oltre al contatto diretto con il paziente.

Dal punto di vista clinico, emerge chiaramente che il cuore dell'attività è rappresentato dalle visite successive, che richiedono tempi molto lunghi. Questo è coerente con la natura delle cure palliative: pazienti complessi, bisogni multidimensionali (clinici, psicologici, familiari) e necessità di rivalutazioni continue. Anche la prima visita resta significativa perché implica inquadramento globale e pianificazione.

Al contrario, alcune prestazioni risultano molto brevi (family conference, consulenze rapide, interventi in casa anziani). Questo può indicare attività molto focalizzate, ma solleva anche il dubbio che una parte del lavoro relazionale e decisionale non sia completamente catturata nei tempi registrati, soprattutto in un ambito dove il coinvolgimento della famiglia è cruciale.

Un elemento molto rilevante è il tempo dedicato alle attività in assenza del paziente. Il coordinamento interno e soprattutto quello con la rete esterna evidenziano che il medico palliativista lavora in un sistema fortemente integrato. Questo sottolinea come la qualità dell'assistenza dipenda non solo dall'atto clinico diretto, ma anche dalla:

- comunicazione tra professionisti
- continuità assistenziale
- gestione condivisa dei casi

Nel complesso, si può dire che:

- l'attività è ad alta intensità di tempo per caso, soprattutto nel follow-up
- esiste un peso organizzativo e relazionale molto elevato
- il lavoro medico è meno "prestazionale" e più "processuale", cioè distribuito tra visita, coordinamento e decision making

In sintesi, questi dati descrivono un modello di medicina palliativa in cui il medico non è solo erogatore di visite, ma snodo centrale di una rete assistenziale complessa, con un equilibrio delicato tra tempo clinico diretto e tempo di coordinamento.

Attività infermieristica:

L'attività infermieristica complessiva si suddivide in 2027 ore di assistenza diretta al paziente, erogata tramite visite nei diversi setting di cura, e in 498 ore di attività indirette riferite al singolo paziente, finalizzate al coordinamento della rete assistenziale e alla consulenza interprofessionale. A queste si aggiungono 623 ore destinate alla compilazione della cartella clinica informatizzata Perigon (*attività amministrative infermieristiche*).

Nel complesso, il tempo dedicato alle attività senza paziente ammonta a 1121 ore, corrispondenti a circa il 55% del tempo impiegato per l'assistenza diretta. Ne consegue che ogni ora di assistenza genera mediamente circa 30 minuti di attività correlate di coordinamento, comunicazione e documentazione.

Nella categoria "gestione ore lavorative", riferita complessivamente a medici e infermieri, sono incluse attività non attribuibili al singolo paziente. Tra queste rientrano le attività amministrative non legate alla compilazione della cartella clinica elettronica, quali la gestione della corrispondenza e-mail e altri compiti di natura segretariale. In assenza di personale amministrativo dedicato, tali attività – sia di base sia più complesse – vengono svolte direttamente dal SCPD, per un totale di 506 ore.

Un ulteriore impegno significativo è rappresentato dalle riunioni, che complessivamente ammontano a 756 ore, di cui 555 ore per riunioni interdisciplinari interne e 201 ore per incontri esterni.

Rilevanti risultano anche le ore dedicate alle trasferte (1500). Queste ultime sono fortemente influenzate dall'ampio bacino geografico, che comporta tempi di spostamento elevati.

Parallelamente, le attività strategiche risultano quasi azzerate (ricerca 0,5, sviluppo della qualità 31, sviluppo progetti 7), sospese nel 2025 a causa del sovraccarico del team descritto a pagina 2.

Le ore infermieristiche comprendono all'incirca 200 ore di straordinario: una parte è stata recuperata tramite la partecipazione a percorsi di formazione continua, mentre il resto non ha potuto essere compensato, aumentando il carico sul personale.

3.4.8 Qualità

3.4.8.1 Valutazione della certificazione

Nel 2025, nell'ambito del ciclo di certificazione con il marchio di qualità in cure palliative nei servizi territoriali mobili, è stata condotta una rivalutazione intermedia di tipo descrittivo con esito positivo. Le informazioni trasmesse dal SCPD hanno confermato che la valutazione risponde pienamente alle aspettative e alla visione di *qualité palliative* in merito al processo di qualità in corso.

Tra le principali piste di miglioramento individuate e valutate figurano: il rafforzamento della formazione continua del personale; la rotazione dei medici in formazione per la specializzazione in cure palliative; il continuo sviluppo di collaborazioni con altre strutture quali case per anziani e istituti per persone con disabilità; la formalizzazione di un accordo di collaborazione con il Gruppo ospedaliero Moncucco, comprendente le sedi della Clinica Moncucco e della Clinica Santa Chiara di Locarno (27.02.2025); la creazione di un tavolo cantonale finalizzato all'unificazione dei servizi di picchetto medico; il potenziamento della collaborazione con i farmacisti degli home care services per il rifornimento di dispositivi e farmaci destinati alle cure di fine vita a domicilio; nonché l'ottimizzazione di alcuni processi di trasmissione dei dati in caso di trasferimenti.

Le piste di miglioramento non ancora sviluppate riguardano principalmente ambiti che richiedono un investimento significativo in termini di tempo e risorse per la loro concreta implementazione. Tra queste rientra, ad esempio, lo sviluppo di un modulo per la valutazione della soddisfazione da sottoporre ai familiari dopo il decesso. La valutazione intermedia ha espresso un apprezzamento positivo per la consapevolezza dimostrata dal team rispetto alla sua utilità e per il fatto che tale iniziativa sia stata integrata nella pianificazione futura.

3.4.8.2 Miglioramento continuo

Nel 2025 il servizio ha dovuto concentrare praticamente tutte le risorse sulla gestione clinica dei pazienti, in costante aumento. Le attività strategiche sono state praticamente assenti o svolte solo come ore straordinarie (vedi paragrafo 7). Si sono limitate alla preparazione della valutazione intermedia di *qualité palliative* descritto prima.

3.4.8.3 Capacità risposta ai bisogni

Come descritto in precedenza, la capacità del servizio ha raggiunto il limite massimo. Di conseguenza, non è stato possibile prendere in carico nove nuovi pazienti, a causa della ridotta disponibilità di risorse mediche durante i periodi di assenza medici per ferie. Tre di questi pazienti sono stati successivamente presi in carico, sebbene non immediatamente come previsto dalla prassi del servizio; non presentavano bisogni urgenti e la presa in carico poteva essere posticipata senza compromettere le cure. Per gli altri sei casi, più urgenti, è stato consigliato di coinvolgere Hospice.

3.4.8.4 Gruppi vulnerabili

Si eseguono consulenze presso Istituto Miralago e Provvida Madre nell'ambito di un'offerta di cure palliative specialistiche rivolta alla disabilità istituzionalizzata. Le consulenze supportano gli utenti nella gestione dei sintomi, promuovono momenti di confronto e dialogo sui temi valoriali legati alla vita e alla malattia e favoriscono la redazione delle direttive anticipate insieme agli utenti e alle loro famiglie.

L'attività comprende inoltre debriefing dopo il lutto di compagni deceduti, supporto agli operatori socio-educativi attraverso l'analisi di casi clinici e accompagnamento delle famiglie nella definizione delle direttive anticipate.

In conclusione, il team composto da medico e infermiere specialisti di cure palliative svolge un ruolo altamente specialistico e strategico: gestisce la complessità clinica dei pazienti, funge da punto di riferimento per operatori, famiglie e rete assistenziale, garantendo continuità delle cure, sostegno emotivo e confronto sui valori di vita. Questa integrazione di competenze cliniche, relazionali e organizzative evidenzia il valore imprescindibile delle cure palliative specializzate per le persone con disabilità istituzionalizzate.

3.4.9 Rete

Le transizioni dei pazienti all'interno della rete assistenziale si caratterizzano per tempestività e fluidità, garantendo continuità delle cure e riducendo i rischi di discontinuità. I contatti con i medici di famiglia sono rapidi e diretti, spesso telefonici; per

pazienti di elevata complessità vengono organizzati incontri specifici con l'intera rete. Nel tempo la rete si è dimostrata sempre più flessibile e reattiva, con contatti quasi spontanei e confronti telefonici regolari su quasi tutti i pazienti.

Quasi mensilmente si svolgono incontri di debriefing con i principali Spitex pubblici di prima linea, tra cui ALVAD, SCUDO e MAGGIO, per condividere informazioni cliniche, aggiornare piani di cura e analizzare casi complessi.

Il team collabora inoltre con l'Unità di cure palliative e di supporto dello IOSI, Clinica Moncucco, Clinica Santa Chiara, Clinica Sant'Anna e altre strutture partecipando attivamente ai momenti dedicati al passaggio di presa in carico dei pazienti. Questa costante interazione evidenzia un elevato livello di coordinamento e integrazione tra servizi, a beneficio della qualità delle cure e del supporto ai pazienti e alle loro famiglie.

Il team di cure palliative mantiene collaborazioni solide proficue e numerose collaborazioni con diversi attori della rete, garantendo scambi costanti di competenze e coordinamento dei percorsi assistenziali. Tra i principali interlocutori:

- SUPSI: Dr. med. Soloni e Dr. med. Fanti partecipano alle formazioni SUPSI sia al corso Bachelor che CAS su argomenti di cure palliative nella disabilità.
- SUPSI: l'infermiera Sarah Galli esegue formazione c/o SUPSI al DAS di presentazione al nostro servizio di seconda linea specialistica.
- USI/SUPSI: CAS Spiritual Care. Dr. med. Soloni come docente, per approfondimenti interdisciplinari (17 incontri di preparazione 4 lezioni frontali e 3 supervisioni per persone che eseguono stage formativo)
- Palliative.ti: partecipazione a eventi e incontri formativi; Sarah Galli è membro del comitato scientifico per l'organizzazione della Giornata Cantonale di Palliative.ti
- Journal Club IOSI: il team partecipa sia come uditori sia come docenti (le due dottoresse tengono annualmente un journal club), i Journal Club vengono presentati ogni 15 giorni.
- L'infermiera Andreia Arruzza da settembre 2025 ha ridotto la sua percentuale lavorativa per poter insegnare cure palliative nel percorso formativa degli infermieri presso la Scuola SSCI.

Queste collaborazioni, sia in termini di quantità che di qualità, favoriscono la continuità delle cure, l'aggiornamento professionale continuo e la costruzione di una rete integrata e flessibile a beneficio dei pazienti e delle loro famiglie.

Attività scientifica:

Durante questo anno il servizio cure palliative ha partecipato attivamente al Convegno di Cure Palliative Italiano con una comunicazione libera della dr. med. Soloni dal titolo: "Inclusivo&Palliativo".

È stato anche presentato un poster al Convegno Svizzero di Cure Palliative a Bienne dal titolo: "Palliativement inclusif".

3.4.10 Prospettive future

Il quadro emerso nel 2025 rende complessa la definizione di prospettive future, in un contesto segnato da un significativo aumento della domanda con una dotazione d'organico immutata. A fronte di queste criticità, il costante aumento delle segnalazioni e dei pazienti presi in carico testimonia il valore e il riconoscimento del servizio all'interno della rete territoriale, confermato anche dalla gratitudine espressa dalle famiglie. Fatto questo che rende evidentemente difficile limitare le nuove domande di presa in carico e complica il processo di triage. Per garantire continuità e qualità delle cure, appare indispensabile ristabilire un equilibrio tra domanda e capacità operativa.

Le richieste presso il cantone per permettere una riorganizzazione - in particolare il rafforzamento del supporto segretariale e l'incremento della dotazione infermieristica - sono per il momento ancora in sospeso.

A queste considerazioni si aggiunge un ulteriore importante elemento di criticità dovuto alle dimissioni rassegnate dalle due dottoresse con effetto il 31 luglio 2026. A tutt'oggi non è ancora stata individuata una soluzione in grado di garantire la continuità del servizio SCPD dal 1° agosto 2026.

Il comitato dell'associazione è attualmente attivamente impegnato, discutendo con il DSS e i vari partner attivi sul territorio, nel trovare urgentemente una soluzione a queste difficoltà che in varia misura riguardano e riguarderanno sempre più tutti gli enti attivi in Ticino nell'ambito delle Cure Palliative.

4. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E ALTRE ATTIVITÀ

17.05.25	Evento speciale per il 20° anniversario del Centro Triangolo, Locarno
21.05.25	Assemblea annuale Associazione Triangolo, Minusio
27.08.25	Evento Human Library, "Ti racconto la malattia. Libri umani da sfogliare ", CPS, Manno
13.09./11.10.25	Formazione interna per nuovi volontari Associazione Triangolo, "Corso base per nuovi volontari", Clinica Sant'Anna, Sorengo
27.09./15.11.25	Formazione interna per nuovi volontari Associazione Triangolo, "Corso base per nuovi volontari", Centro Triangolo, Locarno
09.10.25	26°seminario in collaborazione con la Fondazione di Ricerca Psico-oncologica, Lugano, "La tua mano è la mia pace. Quando il contatto diventa cura."
25.11.25	Evento Human Library, "Ti racconto la malattia. Libri umani da sfogliare ", Farmadomo, Camorino

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 Swissoncology 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.

Fonte di preoccupazione è, come menzionato in entrata, la sotto dotazione di personale per rapporto alla mole di lavoro da svolgere. Ciò può essere causa di situazioni di difficoltà personale che potrebbero sfociare, nella peggiore delle ipotesi, in casi di burnout. Come detto, le richieste dell'Associazione tendenti a aumentare la dotazione di personale non sono andate a buon fine. Ciò condiziona certamente l'attività futura dell'Associazione.

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 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.