

“La parola” a Noi

online

PERIODICO SEMESTRALE DI INFORMAZIONE



Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Taranto



SOMMARIO

Editoriale	Pag. 3
Vincolo di esclusività: miti e false realtà	Pag. 5
Il ruomore bianco.....	Pag. 9
La ASL Taranto nomina Gianrocco Rossi...	Pag. 16
Riorganizzazione in ottica lean dell'ADI	Pag. 18
Valorizzazione delle professioni sanitarie	Pag. 35
L'Health literacy e la sua importanza...	Pag. 36
Quadro economico della Regione Puglia...	Pag. 45
Valutazione della riduzione del dolore...	Pag. 48

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto
Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.opitaranto.it - info@opitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-17.30 - 17.00-19.00 venerdì

Comitato di redazione
A. Gualano C. Della Pietà
G. Mecca E. Desantis

Direttore Responsabile
dott. Pierpaolo Volpe

Hanno collaborato
P. Volpe, M. Cardellicchio, C. Della Pietà,
L. Franzoso, F. Capobianco - V. Colapinto
M.A. Cornacchia, G. Laddaga, A. Saracino,
M. Sicchitiello, F. Minoia, A. Campitelli,
A. Castrovilli, G. Chetta, G. Colasuonno,
D. Facciolla, M.G. Scacco, V. Antonicelli,
P. Babbo, V. Di Noia, C. Guarino,
D. Mercurio, A.C. Stella.

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo le esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito. Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

Grafica: G. Ferrarese

Questo periodico è associato
all'Unione Stampa Periodica
Italiana



Cari colleghi,

in questi mesi abbiamo assistito ad un timido, anche se rilevante per certi versi, processo di valorizzazione della Professione infermieristica.

L'istituzione della Struttura

semplice dipartimentale Coordinamento Professioni sanitarie ha fatto sì che anche la ASL Taranto si allineasse alle altre Aziende sanitarie del nostro territorio dove al Servizio Professioni sanitarie ha trovato una "casa" all'interno di una Unità Operativa a valenza dipartimentale.

Si è certamente ancora lontani, probabilmente per ragioni culturali, dal riconoscere Strutture complesse per il servizio professioni sanitarie all'interno delle Aziende sanitarie pugliesi, per dare la giusta collocazione nell'organizzazione aziendale a chi si occupa di processi assistenziali e modelli organizzativi, ma un primo passo è comunque stato fatto con la SSD Coordinamento Professioni sanitarie affidato alla Dott.ssa Grazia Suma. È di queste settimane la notizia che la ASL Taranto si è dotata di un Direttore di Distretto Socio Sanitarie proveniente dall'Area infermieristica, il Dott. Gianrocco Rossi, segno che è in corso un processo di valorizzazione e soprattutto riconoscimento delle competenze e professionalità delle Professioni sanitarie e soprattutto di



E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

di quella infermieristica.

Il processo di cambiamento culturale necessita per svariate ragioni, di tempo, ma possiamo ritenerci timidamente soddisfatti, senza però mai abbassare la guardia nei confronti di altri stakeholder che per ragioni corporativistiche e di “lesa maestà”, hanno ostacolato fino ad oggi il naturale sviluppo della Professione infermieristica.

Il protocollo di intesa in fase di sottoscrizione tra gli OPI Pugliesi e la SIDMI Puglia (Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche), ha proprio l’obiettivo di affrontare i problemi di programmazione e di gestione dei servizi sanitari nonché quello di valutazione della qualità delle cure e implementazione della formazione infermieristica manageriale e clinica.

Il bilancio di questo 2023 non può che essere a luci ed ombre nella Regione Puglia, a causa del blocco delle assunzioni e dei tagli al Servizio Sanitario regionale che non tengono conto delle specificità dei singoli territori e quindi della provincia di Taranto, costretta a vivere l’emergenza ambientale e sanitaria legata all’ex ILVA.

Il mio impegno personale come Presidente e di tutti gli Organi dell’OPI Taranto, proseguirà senza sosta anche nel 2024 nella valorizzazione della Professione infermieristica e nell’implementazione della formazione specialistica a sostegno della formazione post base dei Colleghi infermieri.

Pierpaolo Volpe
Presidente Ordine delle Professioni infermieristiche
Provincia di Taranto



Vincolo di esclusività: miti e false realtà

Dott.ssa Lucia Franzoso – CPSI Unità di farmaci antitumorali (dip. farmaceutico)

Il 28 Marzo 2023 è stata pubblicata la bozza del Decreto Bollette il quale, all’art.11 sancisce la totale abolizione del vincolo di esclusività permettendo al personale appartenente al comparto sanità di poter prestare servizio, al di fuori dell’orario di lavoro, superando il limite orario di 8 ore settimanali precedentemente dettate dall’emendamento 4.0.10 del Decreto Milleproroghe. Nonostante i presupposti offerti dalla bozza facessero ben sperare, nell’arco temporale di una giornata, alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n.76 del Decreto Bollette del 30 Marzo, è stata disposta un’importante modifica: diversamente, è stata deliberata l’abolizione del vincolo di esclusività



ma, a differenza di quanto precedentemente stabilito nella bozza del 28 marzo, ovvero due giorni prima, con un vincolo temporale avente fine il 31 Dicembre 2025. Dinanzi lo scenario di cui la professione infermieristica ne è protagonista, è stata condotta una survey conoscitiva avente l’obiettivo di affrontare la tematica e conoscere l’idea che gli infermieri hanno in relazione all’applicazione del vincolo, indagando se con l’abolizione si possano trarre vantaggi per il futuro della professione infermieristica.

INTRODUZIONE

Per ‘vincolo di esclusività’, o ‘clausola di esclusività’, giuridicamente, si intende la clausola contrattuale mediante la quale una o entrambe le parti sono tenute a svolgere le proprie prestazioni solo ed esclusivamente nei confronti dell’una e a non stipulare analoghi contratti con terzi. Esso nasce per garantire un legame di collaborazione rispettivamente tra le

due parti che sottoscrivono il contratto con l'obiettivo di limitare la concorrenza con terzi e salvaguardare i propri interessi.

Il vincolo di esclusività, dunque, favorisce i principi di lealtà, di non concorrenza e di riservatezza.

Alla base di un rapporto contrattuale è necessario che vi sia fiducia da ambo le parti, al fine di garantire parallelamente la tutela degli interessi del datore di lavoro e la dignità lavorativa del lavoratore stesso.

Tuttavia, nel grande divario che intercorre tra la società attuale e quella passata, la situazione socioeconomica in continuo mutamento e la necessità di dover soddisfare le numerose richieste, talvolta costose, della vita quotidiana, con la sottoscrizione del vincolo di esclusività, in che proporzione si avvalora il "diritto al lavoro" e si concede la possibilità al singolo di godere di una vita dignitosa?

METODOLOGIA

La survey conoscitiva ha visto la partecipazione di 290 infermieri provenienti da tutta l'Italia ed è stata condotta tramite la somministrazione di un questionario, elaborato dalla Dott.ssa Lucia Franzoso. Il campionamento di tipo propositivo è avvenuto attraverso la piattaforma "Telegram" tramite gruppi con prevalenza di personale infermieristico. Lo stesso è poi proseguito con il metodo "palla di neve" tra i singoli professionisti nei mesi di Settembre e Ottobre 2023. Lo strumento di raccolta dati utilizzato, nonché il questionario anonimo, è articolato su un totale di quattordici domande aperte e chiuse, al fine di permettere ai partecipanti un maggiore coinvolgimento e favorirne l'interazione, ottenendo una statistica descrittiva.

- Le domande 1 e 2 riguardano la richiesta di autorizzazione per la partecipazione e all'utilizzo dei dati ai fini dell'analisi e della divulgazione dei risultati dello studio;
- Le domande da 3 a 5 riguardano i dati sociodemografici prendendo in considerazione variabili anagrafiche e variabili professionali (fascia d'età, sesso, anzianità di servizio);
- Le domande da 6 a 12 sono incentrate sulla tematica protagonista, ovvero "l'abolizione del vincolo di esclusività", comprendendo quesiti di carattere conoscitivo;

- Le domande 13 e 14, invece, pongono l'attenzione sui vantaggi che un'abolizione permanente del vincolo può apportare all'attuale scenario infermieristico.

Successivamente alla somministrazione del questionario ai partecipanti, è stato generato un database tramite il programma Microsoft Excel tramite il quale sono state create le correlazioni tra le variabili presenti.

RISULTATI

Nella survey conoscitiva, somministrata a 290 infermieri, alla luce dei dati analizzati, emerge come più della maggioranza dei partecipanti sia a conoscenza dell'argomento in questione, soprattutto negli intervistati nella fascia d'età dai 22 ai 50 anni. Si denota come, trattandosi di una tematica attuale ma poco trattata, visti i recenti Decreti, numerosi infermieri si siano informati a tal riguardo.

Ad oggi, sulla base del Decreto Bollette del 30 Marzo 2023, l'abolizione del vincolo di esclusività, vige sino al 31 Dicembre 2025. Secondo la statistica, almeno il 90% degli infermieri, crede che l'abolizione del vincolo di esclusività debba essere prolungato anche oltre la suddetta fascia temporale in modo da poter essere sfruttata sia per motivi economici che per avere maggiori esperienze lavorative.

I dati mostrano come gli infermieri, numericamente, tra i partecipanti dello studio, siano solo 5 su 290 ad aver già usufruito nell'ultimo anno dell'abolizione del vincolo di esclusività. Tuttavia, seppur non lo abbiano ancora sfruttato, nella fascia d'età da 22 a 50 anni, almeno il 78,26%, vorrebbe beneficiarne, magari nel prossimo futuro.

A differenza di quanto sopra citato, vi è una discrepanza nella fascia d'età da 51 anni in poi, in quanto i partecipanti, quasi equamente, si dichiarano da un lato favorevoli ad usufruirne in un prossimo futuro, d'altro lato no. Nonostante l'idea di poter sfruttare l'abolizione non sia unanime, per quanto concerne le motivazioni per le quali il vincolo di esclusività sia stato abolito solo fino al 31 Dicembre 2025, la statistica rivela come le cause principali legate al vincolo temporale riguardino fondamentalmente la valutazione di quanti professionisti ne usufruirebbero e per affrontare la carenza di personale infermieristico degli ultimi anni.

La domanda posta ai partecipanti che più ha generato incertezza riguarda la possibilità che l'abolizione del vincolo di esclusività, in modo permanente, possa suscitare nei giovani l'interesse ad iscriversi, in futuro, al Corso di Laurea in Infermieristica. Di fatto il 42,80% dei partecipanti, a differenza del 38,60% che ha votato 'sì', crede che forse questo sia possibile, escludendone una completa certezza. Sebbene non vi sia la sicurezza, sarebbe giusto quantomeno fare un tentativo e valutarne l'evoluzione successivamente.

Dall'osservazione dei dati, inoltre, si denota come, seppur la maggioranza dei partecipanti non abbia ancora usufruito dell'abolizione del vincolo di esclusività e che la fascia dai 51 anni in poi non sia del tutto propensa a sfruttarlo, quasi la totalità dei partecipanti, precisamente l'83,10%, crede che un'abolizione permanente possa favorire o accelerare un processo di autonomia professionale oltre quanto previsto oggi. Con maggior rilievo, inoltre, risulta come il 94,50% dei partecipanti sia del tutto favorevole all'abolizione del vincolo di esclusività.

CONCLUSIONI

L'abolizione del vincolo di esclusività permette al professionista di poter stipulare, previa autorizzazione dell'azienda nella quale lavora, un ulteriore contratto di lavoro presso un'altra struttura o ente.

La possibilità che il vincolo temporale al 31 Dicembre 2025, attualmente vigente, venga abolito permanentemente permetterebbe alla professione infermieristica di acquisire ulteriormente l'autonomia spettante.

Di fatto, l'infermiere è il professionista sanitario che agisce in autonomia, non un mero esecutore e, come tale, necessita il riconoscimento della propria professionalità

Oscar Wilde scrisse "ciò che non abbiamo osato, abbiamo certamente perduto".

E dunque sarebbe necessario domandarsi: perché perdere una possibile evoluzione della professione infermieristica quando questa avrebbe solo necessità di essere supportata e potenziata?

Il rumore bianco: nuova frontiera per le TIN

Dott.ssa Monica Cardellicchio – Segretaria Comm. d'Albo Infermieri OPI Taranto
Dott.ssa Capobianco Francesca, Dott.ssa Colapinto Valeria, Dott.ssa Cornacchia Maria Alessia, Dott.ssa Laddaga Grazia, Dott.ssa Saracino Adriana,
Dott.ssa Sicchitiello Mariangela (studenti CdL Magistrale in Sc. Inf. ed Ostetriche)

Le terapie intensive (TI), in generale, rappresentano il luogo di cura in cui i pazienti sono sottoposti ad alti livelli di rumore. Uno studio europeo, condotto in collaborazione tra l'Università di Göteborg e l'Università di Borås in Svezia, ha dimostrato che il livello di rumore presente nelle TI è di oltre 20 decibel (dB) più alti di quelli raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). (Johansson L. et al, 2012) Questo risulta un dato non trascurabile in quanto riflette la difficoltà di rilassarsi o di riposare correttamente da parte del paziente e di conseguenza di guarire tempestivamente. Anche nell'unità di terapia intensiva neonatale sono presenti suoni ad alta intensità, che rappresentano per i neonati un importante fattore stressogeno. La componente sonora della terapia intensiva neonatale è più forte della maggior parte degli ambienti domestici o d'ufficio e contiene rumori fastidiosi di breve durata e a intervalli irregolari. Molti sono i segnali uditivi che concorrono: allarmi di macchine per infusione, segnali acustici dei monitor, rumori associati al personale sanitario, ecc..



Il livello massimo accettabile, raccomandato dall'American Academy of Pediatrics, è di 45 decibel (dB). Nelle TIN (terapia intensiva neonatale) questo limite non viene spesso rispettato perciò si può verificare nel neonato una risposta cardiaca alterata (sia bradicardia sia tachicardia), in quelli con basso peso alla nascita, un aumento di 10 mm Hg della pressione sanguigna sistolica e diastolica oppure apnea, ipossiemia, alterazione della saturazione, diminuzione della quantità di calorie disponibili per la crescita, maggiore suscettibilità al dolore e al risveglio dal sonno. Una soluzione a tutto questo potrebbe essere naturalmente quella di un controllo della rumorosità dell'ambiente, a partire dalle modifiche comportamentali e da una adeguata formazione rivolte al personale sanitario e ai genitori fino ad arrivare all'adozione di accorgimenti anti-rumore. (Almadhoob A, 2015). Fatta questa doverosa premessa si passa ora all'illustrazione del progetto di ricerca, oggetto della trattazione.

L'obiettivo del lavoro è quello di voler introdurre nelle realtà delle cure intensive neonatali il RUMORE BIANCO, che deve sommarsi alle altre pratiche di contenimento del rumore, già in uso nelle TIN. Il rumore bianco è stato definito dal neuroscienziato Seth Horowitz come "un muro di energia sonora, senza schemi". Esso infatti potrebbe essere descritto come l'insieme di tutti quei suoni costanti che con il loro flusso sonoro e a basso volume riescono a nascondere tutti gli altri suoni disturbanti provenienti dall'ambiente circostante. Si tratta per la maggior parte dei casi di suoni provenienti dalla natura, ma anche il rumore prodotto da un elettrodomestico acceso (un asciugacapelli, un ventilatore o una lavastoviglie in funzione) può essere considerato un rumore bianco (white noise), generatore di relax per diverse persone.

Spesso usato anche nei contesti domestici dai genitori per facilitare l'induzione del sonno dei propri figli neonati tramite l'uso di lavatrici, aspirapolvere, asciugacapelli oppure con vere applicazioni sul cellulare in grado di produrre questo genere di suoni.



Il quesito su cui è stata strutturata la ricerca è basato sul metodo PICO:

P: neonati prematuri (E. G. da 28 settimane) e neonati fino al primo mese di vita

C: confronto tra i neonati sottoposti a rumore bianco e neonati non sottoposti

O: miglioramento della qualità del sonno, della saturazione, della frequenza cardiaca, del dolore

M: RCT e revisione della letteratura La ricerca della letteratura è stata condotta come da tabella.

Banca dati	Query	Limiti	Articoli totali	Articoli pertinenti
PubMed	"white noise " AND "neonate" AND "sleep"	Published in the last 10 years Full text	4	1 'An epidemic of new-born photography poses: the potential dangers of passive end range positioning during induced sleep in 0-14-day-old neonates: a scoping review' Edit N., Regina F., 2020 PMCID: PMC7758610
	"white noise " AND "neonate" AND "pain"		6	6 1 'Effect of white noise on alleviating the pain of new-born during invasive procedures' Senay C, et al, 2020, PMID: 32316794 2 'The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in

			<p>the neonatal intensive care unit; a randomised controlled trial' Ayşe K., et al, 2020, PMID: 3265335</p> <p>3 'An epidemic of newborn photography poses: the potential dangers of passive end range positioning during induced sleep in 0-14-day-old neonates: a scoping review' Edit N., Regina F., 2020 PMID: PMC7758610</p> <p>4 'Clinical effect of white noise combined with glucose in reducing the pain of retinopathy screening in preterm infants]', Xiang-Fang R. , et al, 2019 PMID: 31874652</p> <p>5 'Effect of White Noise in Relieving Vaccination Pain in Premature Infants', Sibel K., et al, 2016, PMID: 27751753</p> <p>6 'Effects of white noise and holding on pain perception in newborns', Ayşe K. , Funda T., 2014, PMID: 24559599</p>
--	--	--	---

	<p>"neonatal care" and "stress management" and "non pharmacological treatment"</p>		13	<p>1 ' "The Original Sound": a new non-pharmacological approach to the postnatal stress management of preterm infants' Francesco T., et al, 2014, PMID: 2528385</p>
--	--	--	----	---

Dall'attenta analisi degli articoli selezionati emerge un unico risultato: il rumore bianco rappresenta una possibile risorsa da impiegare come trattamento non farmacologico, che produce sia una riduzione del dolore durante le procedure invasive sia un miglioramento dei segni vitali sia una migliore qualità di sonno.

OBIETTIVI del progetto di ricerca:

- Favorire l'adattamento extra uterino dei neonati pretermine ed entro il primo mese di vita;
- Migliorare la qualità del sonno per favorire il recupero delle energie spese;
- Migliorare le alterazioni dei segni vitali dovute all'alto livello di rumore delle TIN;
- Ridurre la sensazione di dolore provocata da alcune procedure invasive;
- Promuovere un'assistenza volta al benessere ambientale del neonato.

RISULTATI ATTESI

I risultati, che si vogliono conseguire con questo progetto di ricerca, sono produrre delle differenze significative tra il gruppo a cui è sottoposto a rumore bianco e gruppo di controllo. Possibili indicatori sono:

- miglioramento della qualità e durata di sonno nel neonato
- miglioramento dei parametri vitali - migliore gestione dei fattori di stress
- riduzione del dolore durante le pratiche mediche
- maggiore consapevolezza da parte del personale rispetto ai fattori stressanti per il neonato

METODI

Il progetto potrà essere realizzato attraverso un trial clinico randomizzato. I due gruppi saranno composti ciascuno da 30 neonati (da 28 settimane pretermine a 4 settimane dopo parto a termine). Il contesto in cui verrà realizzato sarà la TIN dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Di Bari.

AZIONI

Il progetto della durata di un anno, prevede che:

- Il personale dell'U.O. venga debitamente formato sull'argomento;
- Ai genitori venga rilasciato un apposito opuscolo informativo;
- L'U.O. venga dotata di dispositivi sicuri (con un volume appropriato di decibel) in grado di diffondere il rumore bianco;
- I neonati vengano sottoposti a cicli di rumore bianco per l'induzione al sonno, durante le procedure dolorose, ...;
- Venga fatta la raccolta dati dei due campioni;
- Venga fatto il confronto tra i risultati ottenuti attraverso una analisi critica.

RISORSE

Le risorse di cui si necessita:

- Tutti gli Infermieri e gli Oss del reparto TIN ;
- Apparecchi che diffondano in modo sicuro e controllato il rumore bianco.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio dovrà essere continuo sia per la corretta applicazione sia per la rilevazione dei risultati registrando i parametri vitali, il dolore (Neonatal Infant Pain Profile (NIPS)), la quantità e qualità di sonno.

CONCLUSIONI

Dall'introduzione del RUMORE BIANCO nelle TIN, ciò che si auspica è di migliorare il benessere del neonato al fine di promuoverne la crescita e di favorirne gli esiti, anche in un ambiente così poco confortevole come lo è quello delle terapie intensive.

BIBLIOGRAFIA

-Johansson L. et al., 'The sound environment in an ICU patient room--a content analysis of sound levels and patient experiences', *Intensive and Critical Care Nursing*, 2012, volume 28, pp 269—279.

- Almadhoob A. et al, ' Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants', *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 Jan 30;1:CD010333.



La Asl Taranto nomina il Dott. Gianrocco Rossi, nuovo Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 2. Volpe (OPI Taranto): “Orgoglio per la professione infermieristica”.

Dott. Pierpaolo Volpe - Presidente OPI Taranto

Il Distretto Socio Sanitario n. 2 dell’ASL Taranto, che comprende i comuni di Massafra, Mottola, Palagianò e Statte, ha un nuovo direttore.

Si tratta del dott. Gianrocco Rossi, 57 anni, prima Dirigente infermieristico dell’ ASL Taranto, poi Dirigente della Struttura Semplice Dipartimentale Gestione Liste D’Attesa, CUP e ALPI. Rossi è il quattordicesimo infermiere a ricoprire l’importante ruolo di Direttore di Distretto Socio Sanitario.

La notizia dell’incarico appena conferito al dott. Gianrocco Rossi è stata accolta con grande soddisfazione dal Presidente dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Taranto, dott. Pierpaolo Volpe.

“La nomina del dott. Rossi a Direttore di Distretto è un orgoglio per tutta la comunità infermieristica -commenta Volpe- segno che la formazione post base degli infermieri in ambito manageriale è di altissimo livello. Va certamente evidenziato come il Direttore Generale della ASL Taranto, dott. Vito Gregorio Colacicco e tutta la Direzione strategica dell’Azienda Sanitaria siano aperti al cambiamento -aggiunge- sulla scia di quanto già accade in tante Regioni d’Italia, dove ormai da tempo alla figura dirigenziale infermieristica vengono assegnati, in virtù delle competenze, incarichi gestionali di vertice”.

E poi il presidente Volpe conclude. “Importante sottolineare la lungimiranza della Direzione strategica dell’ASL Taranto, che non si è fatta influenzare da visioni vetuste, arcaiche e stereotipate della sanità, ma ha voluto scegliere come Direttore di Distretto una figura dirigenziale con i requisiti formativi e professionali più adatti al ruolo, valorizzando l’esperienza pregressa in modo oculato e specifico per le esigenze di assistenza territoriale che il PNRR impone”.

Il Presidente dell’OPI Taranto, anche a nome dell’intera comunità infermieristica locale, formula al neo Direttore di Distretto, Gianrocco Rossi, i migliori auguri per il prestigioso traguardo raggiunto e per un futuro sempre ricco di soddisfazioni.



RIORGANIZZAZIONE IN OTTICA LEAN DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Dott. Cosimo Della Pietà – Dott.ssa Flavia Minoia

BACKGROUND

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'evoluzione delle patologie e la complessità assistenziale colgono spesso i caregivers impreparati nella gestione domiciliare del paziente; le ore di assistenza dei professionisti sanitari coinvolti risultano nella maggior parte dei casi insufficienti. Il servizio, infatti, non è garantito 24 ore su 24.

Se il paziente presenta un'alterazione dei parametri vitali o un problema circa la gestione dei dispositivi medici ed elettromedicali, è costretto a rivolgersi al servizio di emergenza urgenza sanitario, al medico di medicina generale o contatta l'infermiere che ha in carico il paziente, se possiede il suo recapito telefonico personale.

OBIETTIVI

Valutare il numero di richieste di assistenza ricevute dagli infermieri, che hanno in carico i pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI), oltre le ore previste dal Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), per analizzare l'assetto organizzativo e proporre, in ottica lean, un miglioramento del servizio offerto.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio di tipo osservazionale descrittivo trasversale nella Macroarea Sud dell'ASL di Bari, coinvolgendo gli infermieri dipendenti dell'azienda sanitaria e quelli che collaborano

con l'azienda appaltatrice del servizio ADI. Per la raccolta dati è stato creato un format per conoscere le motivazioni per le quali i caregivers, o altra figura, contattano l'infermiere per richiedere assistenza, oltre le ore previste dal PAI, al recapito telefonico personale del sanitario.

RISULTATI

In 12 settimane, le richieste di assistenza pervenute sono state 139; nel 72,66% (n= 101) sono state risolte con il supporto telefonico, nel 27,33 % (n=38) dei casi, il personale infermieristico è intervenuto raggiungendo il domicilio del paziente.

DISCUSSIONE

I complessi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e meno autosufficiente, l'attenzione crescente per la qualità della vita e la necessità di un rigoroso controllo delle spese sanitarie e di una riorganizzazione del sistema sanitario, per indirizzare gli accessi ospedalieri verso condizioni di emergenza-urgenza non gestibili a livello territoriale, hanno portato alla ricerca di nuove forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Le cure domiciliari in Italia rappresentano un'opzione di assistenza sanitaria mirata a fornire cure a lungo termine direttamente a casa dei pazienti, contribuendo così a migliorare la loro qualità di vita e a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione.

L'ADI rappresenta una forma di assistenza che coinvolge diverse figure professionali sanitarie e sociali e realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale personalizzato.

Il distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL sul territorio e ha un dimensionamento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. Il DSS costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali; garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento (DM 77/2022).

Secondo quanto previsto dal DM 77/2022 e la DGR n.1868 del 14 dicembre 2022, le cure domiciliari dovrebbero essere “garantite 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste”.

Come si evince dall'analisi SWOT (Fig. 13) dove sono stati evidenziati i punti di forza e debolezza di questo servizio, le cure domiciliari non vengono garantite così come previsto dalla normativa vigente; questo provoca un enorme difficoltà per i pazienti in ADI e i loro caregivers, che contattano gli infermieri, che li hanno in carico, oltre le ore previste dal PAI.

Da un'indagine condotta nel 2016 tra i pazienti in ADI di II e III livello, alla proposta di fornire “suggerimenti” per il miglioramento della qualità del servizio, il 70% non ha risposto a questa domanda, il 6% ha proposto un aumento delle ore del PAI e un altro 6% ha suggerito un miglioramento del servizio ADI (ASL BA, 2017).

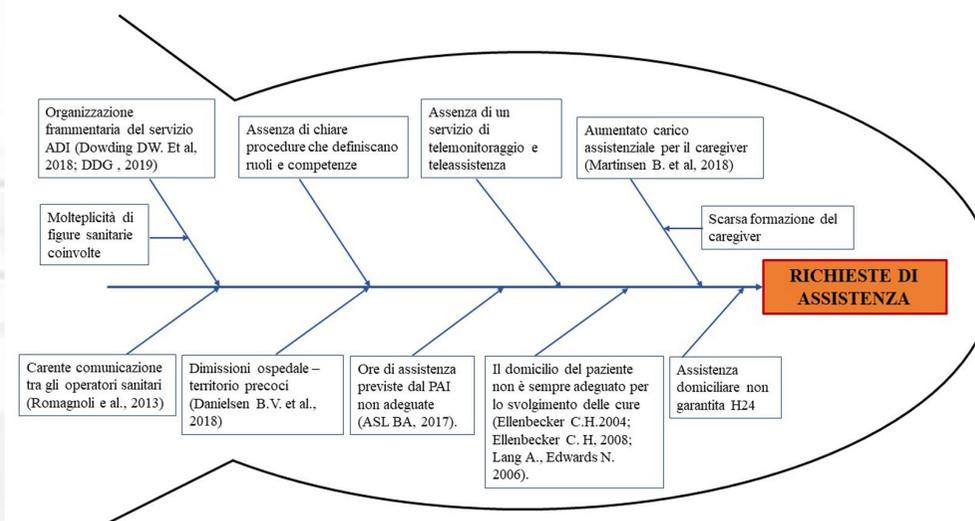
Un'ulteriore ricerca condotta in Asl Bari, su incarico della direzione strategica, ha evidenziato una non uniforme e non equa erogazione di prestazioni sanitarie a favore dei pazienti in ADI ad alta complessità assistenziale. Si verifica infatti che pazienti con bisogni di natura simile, ricevano prestazioni sanitarie quantitativamente molto differenti (DDG, 2019).

Nonostante abbia partecipato allo studio soltanto il 31,58% (n=18) degli infermieri, essi hanno ricevuto 139 richieste di assistenza in 12 settimane e nel 27,33% (N=38) dei casi sono intervenuti raggiungendo il domicilio del paziente, percorrendo un totale di 784 km e facendo assistenza per un totale di 2.452 minuti, ovvero 40,86 ore. Nel 72,66% (n= 101) dei casi, le richieste di assistenza si sono risolte con il solo supporto telefonico e il tempo trascorso al telefono è stato di 2.527 minuti, ovvero 42,11 ore.

Considerando che gli infermieri sono stati contattati poiché i caregivers o i pazienti avevano il numero privato degli operatori sanitari e che questi ultimi sono stati disponibili nel rispondere alle richieste di assistenza al di fuori dell'orario lavorativo, recandosi anche al domicilio del paziente, è evidente che il problema sia sottostimato.

Il limite dello studio è quello di non poter calcolare il numero totale di richieste di assistenza di cui necessitano i pazienti in ADI poiché il servizio non è garantito oltre le ore previste dal PAI; la possibilità di contattare l'infermiere che ha in carico il paziente è legata alla disponibilità dell'operatore sanitario di rilasciare il proprio recapito telefonico al caregiver o al paziente e di essere disponibile in caso di necessità. Inoltre, è possibile che nel periodo di indagine, il paziente si sia rivolto direttamente ad altri operatori sanitari o al servizio di guardia medica territoriale o al SEUS118.

Attraverso l'analisi dei punti di debolezza delineati nell'analisi SWOT (Fig.13), sono state individuate le cause profonde e i fattori ritenuti contribuenti che inducono i caregivers e/o i pazienti a richiedere assistenza oltre le ore previste dal PAI. Le cause legate al personale, all'organizzazione del processo, ai metodi di comunicazione, agli ambienti e ai percorsi e ai fattori legati agli utenti, sono stati rappresentati graficamente, attraverso il Diagramma a lisca di pesce di Ishikawa (Fig.21) (Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, 2009).



CONTROMISURE PROPOSTE

Per risolvere il problema emerso potrebbe essere utile, così come previsto dalla normativa vigente (DM 77/2022, DGR 1868/2022, PNRR 2021), l'istituzione di una centrale operativa ADI che possa garantire un servizio di guardia attiva infermieristica nelle ore in cui in servizio ADI non è garantito dalle strutture e dal personale presente sul territorio

Già la Delibera n. 1252 del Direttore Generale dell'ASL Bari del 15 luglio 2019, aveva assegnato UOS FCA di ogni macroarea dell'ASL Bari, la funzione di coordinamento delle cure palliative non-oncologiche destinate agli assistiti in ADI di II e III livello. Tuttavia, UOS FCA garantisce le consulenze specialistiche domiciliari di competenza dei propri operatori sanitari solo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14 e il martedì e il giovedì dalle 15 alle 18, ai pazienti II e III livello, non ai pazienti in ADI di I livello; eppure, dallo studio condotto il 35,25% (N=49) delle richieste di assistenza sono pervenute da questi ultimi.

Il 28 % (N=39) delle richieste di assistenza sono state ricevute dagli infermieri dell'UOS FCA fuori dall'orario di lavoro e in sei casi sono intervenuti a domicilio del paziente.

Nonostante il servizio offerto da UOS FCA non riesca coprire le necessità assistenziali, il 73% degli utenti in ADI di II e III livello dell'ASL Bari ha definito ottima la qualità del servizio offerta dall'UOS FCA (ASL BA,2017).

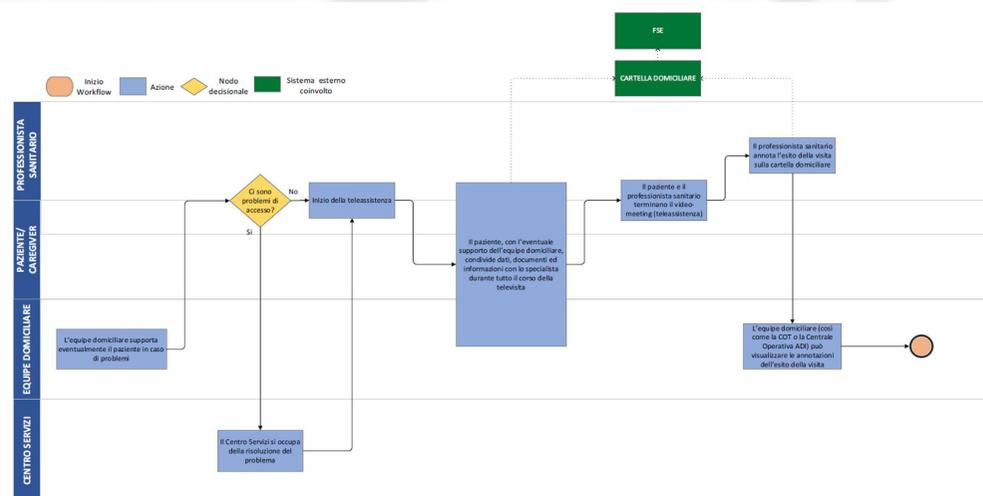
La proposta di miglioramento è quella di istituire presso l'UOS FCA la centrale operativa ADI che possa offrire assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su 7, rispondendo alle richieste di assistenza che provengono dai pazienti in ADI dell'intera macroarea considerata.

Attualmente il personale in servizio presso UOS FCA con sede presso il Presidio Territoriale Assistenziale di Conversano (BA) è pari al numero di 4 infermieri; sarebbe necessario integrare con altri due infermieri per poter garantire il servizio dalle 8 alle 20, tutti i giorni dal sabato alla domenica e un servizio di reperibilità notturna nella fascia oraria 20 - 8.

Inoltre, con l'attuazione di quanto previsto dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021), i pazienti in ADI potranno

essere assistiti con i servizi di teleassistenza, telemedicina e telemonitoraggio dalla centrale operativa ADI e dalla Centrale Operativa Territoriale (COT). Entrambe adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, avranno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra setting che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali (PNRR,2021).

La previsione del successo dell'impiego delle nuove tecnologie è dimostrata anche dallo studio condotto, dove il 72,66% (N=101) delle richieste di assistenza è stato risolto con supporto telefonico. La teleassistenza si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il servizio prevede l'interazione con la persona assistita e la sua famiglia/caregiver in tempo reale. Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici. Di seguito, si riporta in figura il processo (workflow) relativo ad uno scenario di teleassistenza erogata da un professionista sanitario, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (PNRR,2021).



Il successo della teleassistenza infermieristica (telenursing) è documentato da diversi studi; questi nuovi mezzi permettono infatti di rilevare precocemente alterazioni nei pazienti, ridurre gli accessi in pronto soccorso e la mortalità, migliorare la qualità di vita dei pazienti (Liang H.Y. et al, 2021; Asiri H. and Househ M., 2016; Kord Z.,2021). Nel delineare la strategia migliorativa, le linee di indirizzo sono state suggerite dalle opportunità, emerse dall'analisi SWOT (Fig.13), che offre il servizio di assistenza domiciliare integrata (Tab.3)

PUNTI DI DEBOLEZZA-CAUSE RADICE	OPPORTUNITÀ - CONTROMISURE
-Organizzazione frammentaria del servizio ADI (Dowding DW. Et al, 2018; DDG, 2019) -Molteplicità di figure sanitarie coinvolte -Carente comunicazione tra gli operatori sanitari (Romagnoli e al., 2013) - Dimissioni ospedale – territorio precoci (Danielsen B.V. et al., 2018)	Introduzione della COT e della centrale operativa ADI (DM 77/2022; DGR 1868/2022)
-Assistenza domiciliare non garantita H24 -Ore di assistenza previste dal PAI non adeguate (ASL BA, 2017). -Assenza di un servizio di telemonitoraggio e teleassistenza	Teleassistenza (PNRR, 21)
-Assenza di chiare procedure che definiscano ruoli e competenze -Aumentato carico assistenziale per il caregiver (Martinsen B. et al, 2018) -Scarsa formazione del caregiver - Il domicilio del paziente non è sempre adeguato allo svolgimento delle cure (Ellenbecker C.H.2004; Ellenbecker C. H, 2008; Lang A., Edwards N. 2006).	UOS FCA potrà offrire supporto alla famiglia e il sollievo dai carichi assistenziale coinvolgendola attivamente nel percorso di cura (DPCM, 12 gennaio 2017), offrendo assistenza H24 e organizzando corsi di formazione per i caregiver.

Tabella 3. Contromisure proposte inseguite all'analisi dei punti di debolezza emersi dall'analisi SWOT (Fig.13) e alle cause radice e fattori contribuenti descritti nel Diagramma di Ishikawa (Fig.21)

La valutazione dell'impatto del progetto verterà sulla misurazione dei seguenti indicatori di esito:

- customer satisfaction nelle cure domiciliari integrate;
- numero di chiamate al SEUS 118 e numero di accessi in Pronto Soccorso "non appropriati" da parte di pazienti in ADI di I-II-III livello
- numero di ricoveri impropri

- numero di pazienti istituzionalizzati

Il primo indicatore permetterà di valutare il grado di soddisfazione degli utenti, caregiver e/o pazienti, che usufruiscono del servizio ADI di I-II-III livello; il secondo consentirà di valutare il successo di tale progetto, derivante dalla possibilità di offrire agli utenti un servizio domiciliare 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

In questo modo si andranno a gestire le minacce, rilevate all'analisi SWOT (Fig.13): richiesta di attivazione del SEUS 118 e degli accessi in PS per problemi assistenziali che possono essere gestiti a domicilio (DDG, 2017); ricoveri impropri (Silva KL et al, 2010) e istituzionalizzazione dei pazienti (Crepaldi C., Giunco F., 2005).

PIANO DI IMPLEMENTAZIONE: DIAGRAMMA DI GANTT

La timeline delle fasi operative e la pianificazione delle attività, relative alla proposta di riorganizzazione in ottica lean dell'assistenza domiciliare integrata sono riassunte nel seguente Diagramma di Gantt (Clark, W., 1952) (Fig. 23).

TIMELINE	04/23	05/23	06/23	07/23-09/23	09/23	10/23	11/23	01/24-12/24
PRIMA FASE								
Identificazione del gruppo di lavoro	■	■						
Analisi del contesto (SWOT)	■	■						
Identificazione della metodologia di raccolta dati	■	■						
Richiesta autorizzazione e approvazione			■					
Raccolta dati				■				
SECONDA FASE								
Elaborazione dei dati e presentazione al gruppo di lavoro					■			
Delineazione del progetto migliorativo					■			
TERZA FASE								
Presentazione del progetto						■	■	
Implementazione del progetto							■	■
Rilevazione indicatori di esito								■

Figura 23. Diagramma di Gantt (Clark, W., 1952)

STRUMENTO A3

Il progetto di miglioramento proposto è sintetizzato e rappresentato graficamente attraverso il seguente strumento A3 (Fig. 24) (Shook J., Camuffo A., 2017).

Tuttavia, il servizio non è garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, come previsto dalla normativa vigente e ciò genera un aumento delle richieste SEUS 118 e degli accessi in PS per problemi assistenziali che possono essere gestiti a domicilio (DDG, 2017), ricoveri impropri (Silva K.L. et al, 2010) e istituzionalizzazione dei pazienti (Crepaldi C., Giunco F., 2005).

L'indagine condotta ha dimostrato che i pazienti in ADI presentano bisogni assistenziali che vanno ben oltre le ore previste dal PAI.

Come si evince dalla Demand Map (Fig. 15), in 12 settimane le richieste di assistenza pervenute agli infermieri, che hanno partecipato allo studio, sono state 139, di cui 38 hanno richiesto l'intervento domiciliare del professionista sanitario.

Attraverso l'analisi dei punti di debolezza delineati nell'analisi SWOT (Fig.13) e la ricerca delle cause profonde e dei fattori ritenuti contribuenti, con l'impiego del Diagramma a lisca di pesce di Ishikawa (Fig.21), è stato proposto un nuovo modello organizzativo basato sull'istituzione di una Centrale Operativa ADI, che possa garantire un servizio di guardia attiva infermieristica nelle ore in cui il servizio ADI non è garantito dalle strutture e dal personale attualmente presente sul territorio.

Inoltre, con l'attuazione di quanto previsto dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021), i pazienti in ADI potranno essere assistiti con i servizi di teleassistenza, telemedicina e telemonitoraggio in collaborazione con la COT.

Impegnativo, dato il carico di lavoro a cui veniva sottoposta unitamente a tutti i dipendenti della struttura.

Nell'attesa dell'attuazione del Regolamento Regionale che prevede una profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022 (DGR 1868/2022), la soluzione più immediata è quella di istituire la Centrale Operativa ADI presso il UOS FCA del Presidio Territoriale di Conversano, prendendo in carico tutti i pazienti in ADI I-II-III della Macroarea Sud dell'ASL di Bari.

L'intervento prevede solo l'integrazione di due infermieri nell'organico per poter garantire il servizio dalle 8 alle 20, tutti i giorni dal sabato alla domenica e un servizio di reperibilità notturna nella fascia oraria 20 - 8.

In un contesto di risorse limitate, la sostenibilità del sistema sanitario necessita di un'adeguata organizzazione dell'assistenza territoriale che mira a una sanità più vicina alle persone, che vede la "casa come primo luogo di cura" (PNRR, 2021)

BIBLIOGRAFIA

Anderson J.B., Marsteller H. and Shah K. (2019). 'Lean Thinking for Primary Care'. *Prim Care*, Dec;46(4):515-527.

Asiri H, Househ M., (2016). The Impact of Telenursing on Nursing Practice and Education: A Systematic Literature Review. *Stud Health Technol Inform.*;226:105-8.

ASL Bari Puglia Salute (2017). Valutazione della soddisfazione degli utenti (customer satisfaction) nelle cure domiciliari integrate (cdi/adi). Accesso avvenuto il 7 ottobre (2023) <https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/25619/uosvd-di-fragilita-e-complessita-assistenziale>

Clark, W. (1952) Il diagramma di Gantt: uno strumento di lavoro di gestione. Londra: Pitman.

Crepaldi C., Giunco F., (2005) Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari: Il caso lombardo. Franco Angeli, Milano.

Danielsen BV., Sand AM., Rosland JH., Forland O., (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care, a qualitative study. *BMC Palliative Care*,17(1):95.

Decreto del MEF (2021). Linee Guida Organizzative Contenenti Il Modello Digitale Per L'attuazione Dell'assistenza Domiciliare. (PNRR). Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Decreto del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 12 gennaio 2017, 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502'.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria'.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70. 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera'.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 'Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale'.

Delibera del Direttore Generale ASL Bari 15 luglio 2019, n. 1252 'Adozione del documento di riorganizzazione dell'U.O.C. Cure Palliative ed Hospice, dell'Unità di Fragilità e Complessità Assistenziale e delle cure domiciliari complesse da essere erogate a favore dei pazienti in ADI di II e III livello assistenziale'. Accesso avvenuto il 5 giugno 2023 <<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/delibere-e-determine-2017>>

Delibera del Direttore Generale ASL Bari 4 aprile 2017, 0638 'Adozione del Percorso di implementazione protocollo aziendale: gestione infermieristica della sonda PEG e della gastrostomia nel paziente in ADI di II e III livello (adulti/bambini) nell'ASL Bari'. Accesso avvenuto il 5 giugno 2023 <<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/delibere-e-determine-2017>>

Delibera della Giunta Regionale 14 dicembre 2022, n. 1868, 'Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022'

Della Pietà C., Dibenedetto B., Forastefano B., (2023). 'Analisi lean dell'ambulatorio di endocrinologia/diabetologia della U.O.C. di medicina interna di un Presidio Ospedaliero pugliese'. Nurse Times. Visitato il 21 settembre (2023) <<https://nursestimes.org/analisi-lean-dellambulatorio-di-endocrinologia-diabetologia-della-u-o-c-di-medicina-interna-di-un-presidio-ospedaliero-pugliese/156864>>

Della Pietà C., Germini F., Buongallino A., Gariuolo V., (2022). 'Analisi Lean del processo operativo per la diagnosi di D.S.A. nell'U.O.C. di Npia di Ginosa (Asl Taranto)'. Nurse Times. Visitato il 21/09/2023 <<https://nursestimes.org/analisi-lean-del-processo-operativo-per-la-diagnosi-di-d-s-a-nellu-o-c-di-npia-di-ginosa-asl-taranto/145202>>

Della Pietà, Ferraro R., Matera B., (2022). 'Ambulatorio di accessi vascolari: come creare un PICC-team, risultati attesi'. Nurse Times. Visitato il 20 settembre (2023) <<https://nursestimes.org/tesi-di-laurea-magistrale-sullambulatorio-di-accessi-vascolari-come-creare-un-picc-team-risultati-attesi/142372>>

Deming, W.E. (2000). *The New Economics: For Industry, Government, Education*, Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced engineering study

Dowding DW., Russel D., Onorato N., Merrill JA., (2018). Technology solutions to support care continuity in home care: A focus group study. *J Healthc Qual*, 40(4):236-246.

Ellenbecker C. H., Frazier S. C., Verney S. (2004). Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing*, 25(3), 164-170.

Ellenbecker C. H., Samia L., Cushman M. J., Alster K. (2008). Patient safety and quality in home health care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (chapter 13). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Falco, A., Palassini, M., Beccattini, G., & Calattini, L. (2022). L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale. *L'Infermiere*, 59(5), e90-e95.

Fillingham D., *Lean healthcare. Trasformare la sanità a partire dall'esperienza del paziente*, Franco Angeli, Milano, 2011.

Fillingham, D. (2008). *Lean Healthcare: Improving the Patient's Experience*, Kingsham Press.

Guercini J, Bianciardi C, Mezzatesta V, Bellandi L. (2016). *LEAN HEALTHCARE: IL CASO DELL'AOU SENESE. Storia di una strategia vincente*. FrancoAngeli, Milano, Italy.

Jackson, T. L. (2020). *Value stream mapping nella gestione ospedaliera. Mappare il flusso del valore con il Lean System*. Edizione italiana. Milano: Guerini Next.

Kimberly, W., Yaglowksi, J. & Kimberly, S. (2021) 'Critical Thinking Tools for Quality Improvement Projects'. *Critical Care Nurse*, vol. 41, no. 2, pp. e1-e8.

Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., (1999). *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press; Washington, D.C.

Kord Z., Fereidouni Z., Mirzaee M.S., Alizadeh Z., Behnammoghadam M., Rezaei M., Abdi N., Delfani F., Zaj P. (2021). Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. Jun 29

Lander, E., Liker, J.K., (2007). 'The Toyota Production System and art: making highly customized and creative products the Toyota way'. *International Journal of Production Research* 45(16),3681-3698.

Lang A., Edwards N. (2006). *Safety in home care: Broadening the patient safety agenda to include home care services*. Edmonton, Canada: Canadian Patient Safety Institute (CPSI).

Liang H.Y., Hann Lin L., Yu Chang C., Mei Wu F., Yu S. (2021). Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients with Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Scholarsh*. Mar;53(2):161-170.

Liker, J. (2003), *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*, McGraw Hill Professional, USA.

Marsilio, M., Rosa, A. (2020). *Lean e Value Based Management*. FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112686

Martinsen B., Mortensen AS., Norlyk A., (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses, a meta-ethnography, *British journal of Community Nursing*, 2;23(12):597-604.

Martinsen B., Mortensen AS., Norlyk A., Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses, a meta-ethnography, *British journal of Community Nursing*, (2018), 2;23(12):597-604.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009) 'Metodi di analisi per la gestione del Rischio Clinico - Root Cause Analysis - Analisi delle Cause Profonde'. Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, visitato il 20 settembre (2023) <https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1103_allegato.pdf>

Ministero della Salute (2006). 'Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio.' Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. Dipartimento Della Qualità, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza E Dei Principi Etici Di Sistema.

Ohno, T. (1978). *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. Published March 1, 1988 by Productivity Press. ISBN 9780915299140

Payaro, A. (2017). *Lean Management: Cose Mai Dette*. Bologna: Società Editrice Esculapio.

PNRR (2021). *Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare. Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*.

Porter, M. E. (1985). *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, Free press, New York.

Romagnoli K.M., Handler S.M., Hochheiser H., (2013). Home Care: More Than Just A Visiting Nurse. *BMJ Qual Saf.*; 22(12): 972-974

Rummler, G. A. & Brache, A. P (1955) *Improving Performance: How to Manage the White Space in the Organization Chart*. 2a edizione. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.

Schildmeijer K, Wallerstedt B, Ekstedt M, (2019). Healthcare Professionals' Perceptions of Risk When Care Is Given in Patients' Homes. *Home Healthc Now* ; 37(2):97-105

Shook J., Camuffo A., (2017). *Managing to learn. Problem solving, consenso e leadership basati sul metodo A3*. Istituto Lean Management, ed.2.

Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM & Merhy EE. (2010). Home care as change of the technical-assistance model. *Revista de saude publica*, 44(1):166-176

Teoli, D., Sanvictores, T. & An, J. (2022) 'SWOT Analysis'. *StatPearls*. Accesso avvenuto il 25 giugno 2023 <<https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/29790>>

Wang, X., Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), S65-S71.

Wang, X., Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), S65-S71.

Womack, J. P., Jones, D. T. (1997). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, Simon and Schuster, 1a ed. New York.

Womack, J. P., Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking*. Free Press, New York.

Womack, J. P., Jones, D. T., Roos, D. (1990). *The Machine that Changed the World*, Macmillan, New York, p.11-13

ALLEGATO 1

FOGLIO INFORMATIVO PROGETTO DI RICERCA E CONSENSO INFORMATO

Gentile collega,

la presente per chiedere la sua partecipazione a un progetto di ricerca, condotto da Minoia Flavia (OPI Bari), iscritta al secondo anno accademico del Corso di Laurea Magistrale in *Scienze Infermieristiche e Ostetriche* presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", dal titolo **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E RICHIESTE DI ASSISTENZA**.

L'obiettivo del nostro studio è quello di valutare il numero di chiamate ricevute dagli infermieri che assistono i pazienti in ADI da parte del caregiver per richieste di assistenza relative alla gestione di allarmi dei dispositivi elettromedicali come ventilatori, pompe infusionali, pompe nutrizionali, gestione dei dispositivi medici (come PICC, PEG, SNG) o relative ad alterazioni dei parametri vitali oltre le ore previste dal PAI, per analizzare i costi e i tempi di spostamento dell'operatore sanitario al fine di proporre un miglioramento del servizio.

L'autorizzazione al progetto di ricerca è già stata approvata dal Direttore del Suo Distretto. Le chiedo di partecipare in maniera volontaria a tale studio, compilando il modulo allegato. Tuttavia, potrà ritirarsi in qualunque momento senza alcuna giustificazione.

Io sottoscritto/a _____

- o acconsento liberamente e volontariamente a partecipare al progetto di studio **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E RICHIESTE DI ASSISTENZA**
- o acconsento liberamente al trattamento dei dati raccolti come previsto dalle normative vigenti in materia di trattamento dei dati personali e rispetto della privacy (Legge 31 dicembre 1996 n. 675, 676, Gazzetta Ufficiale del 08/01/1997; art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation – GDPR).

ALLEGATO 2

Format raccolta dati da compilare per ogni chiamata ricevuta

PROGETTO DI RICERCA:		Assistenza Domiciliare Integrata e richieste di assistenza	
Accesso al trattamento dei dati come previsto dalle normative vigenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DATA			
ORA			
DOS BARI	<input type="checkbox"/> I1	<input type="checkbox"/> I2	<input type="checkbox"/> I3 <input type="checkbox"/> I4
ADI livello	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
CHIAMATA RICEVUTA DA	<input type="checkbox"/> caregiver	<input type="checkbox"/> altro	
RICHIESTA INTERVENTO PER	<input type="checkbox"/> gestione allarmi	<input type="checkbox"/> alterazione parametri vitali	<input type="checkbox"/> altro _____
	<input type="checkbox"/> gestione dispositivi medici		
NECESSITA D'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> risoluzione con supporto telefonico	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> risoluzione della problematica	
		<input type="checkbox"/> richiesta intervento medico specialistico o MMG	
		<input type="checkbox"/> richiesta intervento personale UOS FCA	
		<input type="checkbox"/> intervento 118	
KILOMETRI PERCORSI (A/R)	_____		
DURATA CHIAMATA O INTERVENTO (MINUTI)	_____		

PROGETTO DI RICERCA:		Assistenza Domiciliare Integrata e richieste di assistenza	
Accesso al trattamento dei dati come previsto dalle normative vigenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DATA			
ORA			
DOS BARI	<input type="checkbox"/> I1	<input type="checkbox"/> I2	<input type="checkbox"/> I3 <input type="checkbox"/> I4
ADI livello	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
CHIAMATA RICEVUTA DA	<input type="checkbox"/> caregiver	<input type="checkbox"/> altro	
RICHIESTA INTERVENTO PER	<input type="checkbox"/> gestione allarmi	<input type="checkbox"/> alterazione parametri vitali	<input type="checkbox"/> altro _____
	<input type="checkbox"/> gestione dispositivi medici		
NECESSITA D'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> risoluzione con supporto telefonico	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> risoluzione della problematica	
		<input type="checkbox"/> richiesta intervento medico specialistico o MMG	
		<input type="checkbox"/> richiesta intervento personale UOS FCA	
		<input type="checkbox"/> intervento 118	
KILOMETRI PERCORSI (A/R)	_____		
DURATA CHIAMATA O INTERVENTO (MINUTI)	_____		

VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE. IMPORTANTE INCONTRO TRA QUATTRO ORDINI E ASL TARANTO

Dott. Pierpaolo Volpe - Presidente OPI Taranto

Istituire un tavolo tecnico finalizzato alla valorizzazione delle professioni sanitarie soprattutto in un Sito di Interesse Nazionale come Taranto per le note questioni ambientali e sanitarie, questo l'obiettivo di un incontro istituzionale tenutosi presso la direzione dell'Asl Taranto nella mattinata di giovedì 9 novembre. A richiederlo i presidenti di quattro Ordini professionali che hanno avuto modo di confrontarsi sull'argomento con il direttore generale dell'Asl Taranto, Gregorio Colacicco e la Direzione strategica. Alla riunione erano presenti il dott. Pierpaolo Volpe (Professioni Infermieristiche di Taranto), Floriana Trisolini (Professione Ostetrica Taranto), Domenico Avezzano (Tecnici sanitari di radiologia medica e tecniche della riabilitazione e prevenzione di Bari, BAT e Taranto), Marco Cordella e Cosimo Losorbo in rappresentanza dei (Fisioterapisti Bari, BAT e Taranto).

La grave crisi in cui versa il Servizio Sanitario Nazionale impone una modifica dei modelli organizzativi e la valorizzazione delle Professioni sanitarie e di quelle figure decisamente strategiche, tra cui gli infermieri, fondamentali per il corretto esercizio del diritto alla salute individuale e collettiva.

Da qui la necessità di accelerare su questo fronte, riconoscendo, tra l'altro, le funzioni specialistiche e le competenze avanzate ai professionisti infermieri.

“Ringrazio il Direttore Generale Colacicco per la celere convocazione avvenuta a pochissime ore dalla nostra richiesta di incontro, segno di grande sensibilità nei confronti delle Professioni sanitarie -dichiara il presidente dell'OPI Taranto, Pierpaolo Volpe-. L'incontro è stato proficuo; abbiamo affrontato a 360 gradi con tutti i Presidenti di Ordine i temi della sanità tarantina e della necessaria valorizzazione delle Professioni sanitarie.

Si è fornita la disponibilità degli Ordini a percorsi formativi mirati da svolgersi nei prossimi mesi in accordo con la Direzione Generale ASL”.

E poi aggiunge. “Gli Ordini hanno rappresentato come Taranto meriti un'attenzione particolare in quanto Sito di Interesse Nazionale per la presenza dell'ex Ilva e del relativo impatto sanitario ed epidemiologico. La ASL di Taranto deve ottenere deroghe all'assunzione di personale proprio per le peculiarità del territorio connesse ai dati epidemiologici e legate alle malattie cronico degenerative quali diabete, malattie respiratorie, cardiovascolari e oncologiche.

Taranto è la città con il più alto tasso standardizzato di prevalenza di diabete e cardiopatia ipertensiva -chiude Volpe- oltre ad avere un elevato numero di pazienti oncologici con conseguente bisogno di attività di prevenzione e screening oncologico”.



L'HEALTH LITERACY E LA SUA IMPORTANZA NEL CAREGIVER DEL PAZIENTE PEDIATRICO DIABETICO

Dott.ssa Cardellicchio Monica - Dott. Campitelli Alessandro - Dott. Castrovilli Angela
Dott. Chetta Giorgia - Dott. Colasuonno Giuseppe - Dott. Facciolla Domenico
Dott.ssa Scacco Mariagrazia

COS'È L'HEALTH LITERACY

Il termine Health Literacy è stato utilizzato per la prima volta negli anni '70 ed ha assunto sempre più importanza nell'ambito della sanità pubblica. Letteralmente traducibile come "Alfabetizzazione Sanitaria", rappresenta l'insieme di tutte le capacità di accesso, elaborazione e comprensione delle informazioni, che un individuo possiede ed utilizza per promuovere e salvaguardare la propria salute, elaborare giudizi e prendere decisioni in merito al proprio stile di vita. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito il termine Health Literacy nel Glossario di Promozione della Salute, definendola come le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute.

L'alfabetizzazione alla salute implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità personali e fiducia in sé stessi tale da poter agire nel miglioramento della salute individuale e della comunità, attraverso la modifica degli stili di vita individuali e delle condizioni di vita. Pertanto, il significato di alfabetizzazione alla salute va molto al di là della semplice capacità di leggere opuscoli e richiedere informazioni e consigli. L'alfabetizzazione alla salute è un aspetto fondamentale per l'empowerment, poiché migliora l'accesso degli individui alle informazioni sulla salute e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace.

L'alfabetizzazione alla salute dipende a sua volta da livelli più generali di alfabetizzazione:

un livello basso di scolarità può incidere direttamente sulla salute degli individui, limitando il loro sviluppo personale, sociale e culturale e ostacolando lo sviluppo dell'alfabetizzazione alla salute.

L'European Health Literacy Consortium nel 2012 definisce l'Health Literacy come qualcosa che coinvolge le conoscenze, le motivazioni e le competenze della persona per accedere, comprendere e valutare le informazioni sulla salute per formulare giudizi e prendere quotidianamente decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria, la prevenzione delle malattie e promozione della salute per mantenere e migliorare la qualità della vita.

Negli ultimi quindici anni il concetto di alfabetizzazione sanitaria si è guadagnato una notevole attenzione in tutto il mondo e questo per comprendere l'enorme potenziale e la sfida della cultura sanitaria in una società sempre più difficile da interpretare, con sistemi sanitari sempre più complessi, potenziale che può incidere radicalmente sul miglioramento della salute e del benessere. Altro dato da sottolineare è che le competenze diminuiscono con l'avanzare dell'età; è urgente che il tema dell'alfabetizzazione, in una società che fa quotidianamente i conti con l'invecchiamento della popolazione, attiri l'attenzione degli infermieri i quali giocano un ruolo centrale nell'empowerment del paziente. La professione infermieristica, infatti, mette in campo professionisti sempre più coinvolti nei processi educativi di autocura, soprattutto nelle patologie croniche che rappresentano una vera e propria "epidemia" dei nostri giorni.

IL PAZIENTE PEDIATRICO DIABETICO

Il paziente pediatrico ha la peculiarità di non essere in grado di badare alla propria salute poiché in questo dipende quasi totalmente dai genitori o caregiver. Particolarmente delicata è la situazione dei pazienti pediatrici affetti da diabete di tipo 1 in cui ci si trova a dover gestire le misurazioni e l'interpretazione dei valori glicemici e le conseguenti somministrazioni di insulina sottocutanea mediante i device comunemente in uso. Il diabete di tipo 1 costituisce il tipo più comune nei bambini, e rappresenta i due terzi dei nuovi casi nei bambini di tutte le etnie. Si tratta di una delle più comuni malattie infantili croniche, che si verifica in 1 su 350 bambini entro l'età di 18 anni; l'incidenza è recentemente aumentata, in particolare nei bambini al di sotto dei 5 anni di età. La sua manifestazione tipica avviene tipicamente tra i 4 e i 6 anni o tra i 10 e i 14 anni.

Nel diabete di tipo 1, il pancreas non produce insulina a causa della distruzione su base autoimmune delle cellule pancreatiche beta, probabilmente scatenata da un'esposizione ambientale in persone geneticamente suscettibili. I parenti stretti delle persone affette da diabete di tipo 1 sono a rischio maggiore di diabete mellito, circa 15 volte il rischio della popolazione generale. I pazienti pediatrici con diabete di tipo 1, inoltre sono a più alto rischio di altre malattie autoimmuni, in particolare di malattie della tiroide e di malattia celiaca. Dal punto di vista fisiopatologico, nel diabete di tipo 1, la mancanza di insulina provoca iperglicemia e alterato utilizzo del glucosio nel muscolo scheletrico. Il muscolo e il grasso vengono quindi utilizzati e di conseguenza esauriti per fornire energia. La disgregazione dei grassi produce chetoni, che causano acidosi e talvolta una significativa, pericolosa per la vita, chetoacidosi diabetica. La sintomatologia iniziale varia da iperglicemia asintomatica alla chetoacidosi diabetica pericolosa per la vita. Tuttavia, più comunemente, i bambini hanno un'iperglicemia sintomatica senza acidosi, con diversi giorni alla settimana di pollachiuria, polidipsia e poliuria. La poliuria può manifestarsi come nicturia, enuresi, incontinenza notturna o diurna; in bambini che non sono ancora addestrati all'utilizzo dei servizi igienici, i genitori possono notare un aumento della frequenza di pannolini bagnati. Circa la metà dei bambini ha una perdita di peso come risultato di un aumento del catabolismo ed è caratterizzato anche da una ridotta crescita. Possono anche essere presenti inizialmente affaticamento, debolezza, eruzioni cutanee da candida, nausea e vomito causati dalla chetonemia.

La chetoacidosi diabetica è una complicanza comune nei pazienti con diabete noto tipo 1; si sviluppa in circa l'1-10% di pazienti ogni anno, di solito perché non hanno preso la loro insulina. Gli operatori sanitari possono aiutare a minimizzare la probabilità di questo fattore di rischio, fornendo educazione, consulenza e supporto. Le complicanze vascolari raramente sono clinicamente evidenti durante l'infanzia. Tuttavia, primi cambiamenti patologici e anomalie funzionali possono essere presenti già alcuni anni dopo l'insorgenza della malattia nel diabete di tipo 1.

Le complicanze microvascolari includono la nefropatia diabetica, la retinopatia e la neuropatia. Le complicanze macrovascolari, invece, includono la malattia coronarica, la malattia vascolare periferica, e l'ictus. Anche i problemi psicosociali sono molto comuni tra i bambini con diabete e nelle loro famiglie. Fino al 50% dei bambini sviluppa depressione, ansia o altri disturbi psicologici. I disturbi alimentari sono un problema grave negli adolescenti, che a volte saltano anche le dosi di insulina nello sforzo per controllare il peso. I problemi psicosociali possono anche tradursi in scarso controllo glicemico, influenzando la capacità dei bambini di aderire ai loro regimi dietetici e/o farmacologici.

A breve termine invece, i caregiver possono trovarsi ad affrontare delle emergenze quali l'ipoglicemia e l'ipoglicemia severa. La prima è una complicanza critica ma comune nei bambini trattati con un regime intensivo di insulina. La maggior parte dei bambini ha una serie di episodi ipoglicemici lievi a settimana ed effettua un auto-trattamento con 15 g di carboidrati ad azione rapida (es. 117 mL di succo di frutta, zollette di zucchero, caramelle dure, cracker integrali, o gel di glucosio). La grave ipoglicemia, invece, definita come un episodio che richiede l'assistenza di un'altra persona per somministrare carboidrati o glucagone, si verifica in circa un terzo dei bambini ogni anno, e la maggior parte dei pazienti con diabete di tipo 1 ha un episodio del genere entro i 18 anni. Si possono utilizzare i carboidrati orali, ma di solito si utilizza 1 mg di glucagone IM se i sintomi neuroglicopenici quali cambiamenti comportamentali, confusione, difficoltà a pensare, impediscono di mangiare o di bere. Se non trattata, l'ipoglicemia grave può causare convulsioni o anche coma o morte. In aiuto vengono i dispositivi di monitoraggio continuo in tempo reale del glucosio possono aiutare i bambini che hanno un'ipoglicemia inconsapevole perché suonano un allarme quando il glucosio è inferiore a un range specificato o quando la glicemia diminuisce rapidamente.

In questo quadro generale i professionisti della salute, insieme ai caregiver opportunamente addestrati possono aiutare a identificare e correggere per tempo i primi sintomi di queste problematiche.



IL PROGETTO

Questo progetto di ricerca trae il suo focus da vari studi che hanno messo in luce quanto una buona health literacy del caregiver possa influenzare positivamente il decorso di patologie croniche nel paziente. Lo strumento d'indagine il Newest Vital Sign (NVS), un questionario validato nella sua versione per la popolazione italiana (NVS-IT) (Capecchi et al., 2015), è utilizzato a livello mondiale per la misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria. L'NVS si propone di misurare l'abilità di lettura (literacy) e la capacità di compiere semplici operazioni di calcolo numerico (numeracy). Queste abilità, risultano essere indispensabili sia per il paziente stesso, per assicurare una corretta lettura delle prescrizioni e un'adeguata assunzione delle terapie, sia per il caregiver, soprattutto se questi si occupa di un paziente pediatrico da gestire a domicilio. Ad oggi una parte importante della nostra popolazione, non ha ancora acquisito quelle abilità (numeracy e literacy) indispensabili per l'interpretazione delle prescrizioni mediche e quindi nell'assunzione di farmaci. diabete di tipo 1.

Questo ci indica che incrementare la formazione e l'informazione di pazienti e caregiver potrebbe a una riduzione della probabilità di ospedalizzazione e a un miglioramento della qualità di vita del paziente soprattutto pediatrico.

Sarebbe utile per il futuro considerare il modo in cui le informazioni riguardanti la salute vengono proposte. La formazione degli operatori deve essere mirata allo sviluppo di abilità per individuare correttamente il livello di Health Literacy dell'utente, adottare strategie comunicative appropriate (come ad esempio il teach back) e rendere la relazione di assistenza efficace (Who, 2013). Questi concetti assumono valenza ancora più importante quando al centro delle cure assistenziali si trova un paziente pediatrico affetto da una patologia cronica come il diabete mellito. Imparare a gestire e trattare tale patologia e le sue manifestazioni consentirebbe al paziente e al suo caregiver di vivere una vita autonoma. Il nostro progetto si fissa l'obiettivo di comparare i risultati qualitativi di un'assistenza condotta da un caregiver adeguatamente formato rispetto a uno meno competente in materia. Il quesito alla base del nostro progetto di ricerca è stato strutturato tramite metodologia PICO:

- **P (paziente):** paziente pediatrico diabetico con esiti e complicanze dovute alla patologia

- **I (intervento):** formazione adeguata dei caregivers basata sui principi dell'health literacy

- **C (confronto):** assistenza al paziente pediatrico diabetico fornita da caregivers privi di formazione in ambito assistenziale

- **O (outcome):** miglioramento degli esiti e delle complicanze della patologia nel paziente pediatrico diabetico assistito da caregivers formati.

I Caregivers sono figure molto importanti nella gestione domiciliare di una patologia. Essi sanno riconoscere quali sono le necessità di quel paziente in un determinato momento: imparano a gestire i sintomi, gli orari della terapia e i presidi sanitari.

Per questo motivo necessitano di informazione e di formazione da parte del personale di assistenza professionale.

Si fa educazione sanitaria ogni qualvolta si produce un cambiamento nelle conoscenze, negli atteggiamenti, nelle abilità, nei comportamenti, nelle abitudini, nei valori che contribuiscono a proteggere da un danno alla salute.

Scopo principale di ogni intervento di educazione alla salute è quello di rendere i destinatari capaci di compiere scelte e di adottare comportamenti che contribuiscano a migliorare e tutelare la propria o altrui salute.

Per implementare la formazione dei Caregiver dei pazienti pediatrici affetti da diabete mellito bisogna lavorare su più fronti:

a) obiettivi cognitivi (area del sapere): lo scopo è quello di migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo.

b) obiettivi affettivi (area del saper essere), quando ciò che si intende mutare sono gli atteggiamenti i valori di un individuo, i significati emotivi che egli attribuisce a certe abitudini o alcune sue capacità relazionali.

c) obiettivi di comportamento (area del saper fare) quando il mutamento che si intende produrre nell'individuo riguarda le sue abilità, il suo comportamento, le sue abitudini. L'educazione alla salute rivolta ai caregiver consiste nell'addestramento nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità e per essere efficace deve essere progettata, definendo:

- i bisogni
- i destinatari
- le finalità educative
- gli obiettivi
- i contenuti, metodi e sussidi appropriati
- le risorse necessarie (umane e materiali)
- le modalità di realizzazione dell'intervento
- la valutazione dei risultati

ALBERO DEI PROBLEMI

1. Scarse conoscenze del personale dedicato alla formazione dei caregiver;
2. Sentimento di elevata responsabilità da parte del caregiver;
3. Caregiver con alto carico di stress;
4. Inadeguato livello culturale del caregiver;

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

1. Educazione e formazione efficace del caregiver;
2. Stabilire una relazione di cura efficace e coinvolgente con il caregiver;
3. Strategie di Coping utili all'Empowerment del caregiver;
4. Riduzione dei Sentimenti di Paura ed Ansia dei caregiver;
5. Proattività e precoce individuazione delle problematiche relative alla

patologia dell'assistito;

6. Riduzione delle ospedalizzazioni e degli eventi pericolosi per lo stato di salute dell'assistito.



CONCLUSIONI

Questa proposta di progetto mette in evidenza la centralità del Caregiver e la centralità e l'importanza del ruolo comunicativo e formativo della professione infermieristica.

La comunicazione svolge un ruolo prioritario nel processo di assistenza al paziente, la relazione che si instaura con l'assistito e con il caregiver rappresenta per il professionista sanitario un aspetto cruciale.

L'infermiere, in tal senso è una figura chiave, in quanto tra le sue funzioni, quella educativa è determinante. L'"articolo 17 - Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura", del Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche 2019, ribadisce che: "[...] L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura [...]"; viene enfatizzato, quindi, l'importante funzione educativa dell'Infermiere nel periodo di cura, quale presenza costante e immediata per il paziente ed il caregiver, che, in questo caso, vivono una situazione di cronicità, incertezza, difficoltà e paura. L'informazione e l'Health Literacy sono indispensabili per un'efficace prevenzione degli eventi acuti, un caregiver informato si sentirà responsabile dello stato di salute del proprio assistito e metterà in moto meccanismi finalizzati ad evitare i fattori di rischio, anche per la riacutizzazione di questa patologia cronica e quindi una riduzione delle ospedalizzazioni. Un caregiver informato è anche maggiormente orientato ad un corretto utilizzo dei percorsi di cura, riducendo accessi impropri al pronto soccorso, oltre all'incremento dell'aderenza, consapevole, alla terapia dell'assistito e quindi una riduzione di morbilità e mortalità.

L'empowerment del caregiver non si limita solo all'ascolto attivo da parte dell'operatore, ma rientra in una rete molto più ampia, che comprende la presenza e il coinvolgimento nelle politiche sanitarie, che deve essere meglio definita, in una policy orientata alla consapevolezza che il cittadino/paziente sia un vero valore aggiunto, per mirare ad una sanità equa ed appropriata, concetto già auspicato nella "prima conferenza internazionale per la Promozione della Salute" con la "Carta di Ottawa" nel 1986.

BIBLIOGRAFIA

- SSN40.indd - SSN40-Rapporto.pdf – Link: https://www.programmazione sanitaria.it/_progsan/2018/SSN40-Rapporto.pdf CONSULTAZIONE 10/05/2021;
- WHO | Health Literacy – Link: <https://www.who.int/healthpromotion/healthliteracy/en/> CONSULTAZIONE 11/05/2021;
- Codice deontologico - Deontologia – FNOPI – Link: <http://www.fnopi.it/norme-ecodici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> CONSULTAZIONE 11/05/2021;
- Carta di Ottawa (Novembre 1986);
- Capecchi L., Guazzini A., Lorini C., Santomauro F., Bonaccorsi G., (2015), La prima validazione in Italia dello strumento per valutare la Health Literacy più usato al mondo: il NewestVital Sign, *Epidemiol Prev* 39(4);
- World Health Organization (2013), *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines*, Geneva;
- G. Bartolozzi - *Pediatria. Principi e pratica clinica* – 4° Edizione – 2013- Edra Masson.

QUADRO ECONOMICO DELLA REGIONE PUGLIA PREOCCUPANTE PER IL SETTORE SANITARIO. VOLPE (OPI TARANTO): "TARANTO SEMPRE TROPPO PENALIZZATA. INVECE DOVREBBE RICEVERE RISORSE AD HOC PER IL DANNO AMBIENTALE".

Dott. Pierpaolo Volpe - Presidente OPI Taranto

Con il recente giudizio di parifica, la sezione regionale della Corte dei Conti ha dato il via libera al bilancio 2022 della Regione Puglia, ma non c'è da rallegrarsi più di tanto. Non è una grande vittoria, considerate le diverse criticità evidenziate dai giudici soprattutto sul fronte sanitario e che avranno inevitabili ripercussioni su un settore già particolarmente segnato da una gestione lacunosa aggravata dall'emergenza pandemica appena terminata. In una situazione di deficit strutturale, la Regione non potrà dar vita a nuove aziende sanitarie facendo lievitare la spesa e quindi sono destinati ad evaporare, in assenza di destinazione di congrue risorse, i progetti dei policlinici "Santissima Annunziata" di Taranto e "Fazzi" di Lecce. Un altro duro colpo per sanità pugliese, costretta ormai da troppi anni a fare i conti con una importante riduzione della spesa sanitaria.

Il presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Taranto, dott. Pierpaolo Volpe, manifesta tutta la sua preoccupazione per il quadro economico della Regione appena certificato dalla sezione regionale Corte dei Conti che "non consentirà per gli anni 2023 e 2024 di poter assumere altro personale se non per il turnover necessario a coprire le sole quiescenze dal 1 settembre 2023.

A pagarne le conseguenze -prosegue Volpe- sarà la sanità tarantina che presenta una dotazione organica non in linea con gli standard di fabbisogno di personale dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, un Ente pubblico con funzioni tecnico-scientifico del SSN che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province autonome.

Ancora una volta ci si dimentica di Taranto e della condizione sanitaria connessa all'emergenza ambientale ILVA che già da adesso impone la necessità di avviare una importante attività di prevenzione e screening per patologie neoplastiche".

Il presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Taranto sottolinea inoltre che "la provincia di Taranto dovrebbe essere destinataria di risorse ad hoc per far fronte ai bisogni di salute della popolazione in quanto ha pagato fino ad oggi e pagherà anche per i prossimi anni un tributo importante in termini di vite umane per l'incremento di malattie croniche non trasmissibili tra cui spiccano i tumori e le malattie respiratorie per la più grande acciaieria d'Europa che rappresenta l'1% del PIL italiano.

La permanenza del tetto di spesa -aggiunge ancora Volpe- lega le risorse da destinare al personale del SSN ad una legge del 2010 voluta dall'allora Ministro Tremonti, che tiene conto della spesa del 2004 a cui va decurtato l'1,4%.

Il tetto di spesa per il personale, che nessun Governo ha avuto il coraggio di modificare dal 2010 ad oggi, imbavaglia il SSN e mette a rischio l'assistenza ai cittadini nonostante dal 2022 sia possibile incrementare il tetto di spesa del 10%".

Poi una richiesta precisa. "Ancora una volta invito la Regione Puglia a fornire i dati del personale suddiviso per provincia tenendo conto del fabbisogno comparato alle strutture per tipologia di complessità assistenziale e numero di assistiti, solo così potremmo forse scoprire che Taranto nonostante le circa mille assunzioni dal 2019 ad oggi, rimane la provincia maggiormente sottodimensionata in quanto le assunzioni non sono servite a coprire l'importante carenza di personale.

Non dimentichiamo che Taranto è stata destinataria di una doppia 'cura dimagrante' nei primi anni del Piano di rientro pugliese in quanto, nonostante avesse i conti in ordine rispetto alle altre province e quindi rispettasse il tetto di spesa del 2004 meno 1,4%, con il riequilibrio regionale ha ricevuto ulteriori tagli e non è affatto giusto che per colpa di manager poco attenti delle altre aziende sanitarie pugliesi siano messi in ginocchio i cittadini della provincia ionica". I timori per alcuni importanti progetti sono concreti e il presidente Volpe spiega anche perché. "Sono seriamente preoccupato per il futuro del Policlinico SS. Annunziata che poi diventerà Policlinico San Cataldo e soprattutto per la futura sede del Polo Formativo Universitario che dovrebbe nascere con un ulteriore impegno di spesa di 25 milioni euro nel complesso dell'Azienda Ospedaliera San Cataldo.

Oltre ai 25 milioni per la costruzione del Polo Universitario, saranno necessarie importanti risorse di bilancio che dovranno essere strutturali per la provincia ionica per consentire la nascita dell'Azienda Ospedaliera SS Annunziata ora e San Cataldo tra qualche anno".



Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

VALUTAZIONE DELLA RIDUZIONE DEL DOLORE E PAURA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO PEDIATRICO MEDIANTE L'IMPIEGO DEL MEDIPORT ROBOT

Dott.ssa Monica Cardellicchio – Dott. Antonicelli V. - Dott. Babbo P.
Dott. Di Noia V.- Dott. Guarino C.- Dott. Mercurio D. - Dott. Stella A.C.

INTRODUZIONE

Quello del dolore è un problema molto comune e significativo nei pazienti pediatrici oncologici che ricevono un trattamento terapeutico per la loro malattia. Questi bambini, spesso, citano le procedure di posizionamento di un ago, come quelle più problematiche legate alla loro malattia e al loro stato di salute. In particolare, l'inserimento di un ago port sottocutaneo (SCP) induce nel paziente pediatrico uno stato emotivo di angoscia (paura, ansia o stress) e dolore, benchè la pelle possa essere localmente anestetizzata.

Dunque, il supporto psicosociale durante le procedure mediche è considerato uno standard di cura per tutti i pazienti pediatrici con cancro, e le revisioni sistematiche degli interventi psicologici hanno identificato la distrazione come efficace per alleviare, durante le procedure, il dolore e l'angoscia.

I risultati di queste revisioni suggeriscono che le strategie psicologiche ad alta tecnologia, in particolare quelle che sfruttano la realtà virtuale e l'ausilio di modalità basate sull'utilizzo di internet, sono particolarmente importanti al fine di ridurre l'angoscia e il dolore. Un precedente studio randomizzato controllato (RCT) ha studiato l'impatto di un robot umanoide interattivo programmato per usare strategie comportamentali cognitive rispetto alla conversazione con un'infermiera come distraente da dolore e angoscia, durante le vaccinazioni di routine. I movimenti e le vocalizzazioni fatte dal robot sono stati usati per distrarre bambini dai 4 ai 9 anni prima, durante e dopo la procedura. I risultati hanno mostrato che il robot riduce significativamente il dolore da procedura vaccinale e l'angoscia come indicato dal bambino, dal genitore, dall'infermiere, con dimensioni di

effetto medio-elevate rispetto alla distrazione minima favorita dall'ausilio di un altro professionista sanitario.

Data la dimostrata propensione dei bambini verso i robot, i risultati positivi correlati alla tolleranza del dolore durante le procedure vaccinali, e la natura problematica del posizionamento dell'ago in oncologia pediatrica, l'uso di un robot umanoide rappresenta una opportunità per ridurre al minimo il dolore e l'angoscia nei bambini con cancro durante il posizionamento dell'accesso venoso SCP. Il primo passo per valutare l'efficacia e l'implementazione clinica del robot nella pratica dell'oncologia pediatrica, è un RCT pilota con lo scopo di valutare la fattibilità di uno studio che esamini l'impatto del robot MEDIPORT, programmato per l'utilizzo nelle strategie di gestione del dolore cognitivo-comportamentale e delle strategie di gestione dell'angoscia con i bambini durante un accesso SCP, confrontandolo con un intervento di distrazione attiva.

L'obiettivo secondario sarà valutare l'efficacia preliminare di MEDIPORT sul dolore e sull'angoscia dei bambini durante l'accesso SCP.



ALBERO DEI PROBLEMI

MODELLO P.I.C.O.

P	Gestire l'ansia e il dolore procedurale nel paziente pediatrico a carattere oncologico
I	Utilizzare per la gestione dell'ansia e del dolore durante procedure invasive, in particolare l'inserimento di un SCP, l'ausilio di Robot
C	Comparazione con interventi di distrazione attiva attuata da persona fisica
O	Migliorare la gestione dell'ansia e riduzione del dolore durante la procedura di posizionamento di SCP

METODI

Condurremo uno studio parallelo in cieco a due bracci randomizzato. I pazienti arruolati nello studio saranno campionati tra i pazienti afferenti agli ambulatori di ematologia e oncologia dell'Ospedale pediatrico Giovanni XXIII di Bari.

Il campione sarà di 47 pazienti affetti da patologia oncologica e con età compresa tra i 4 e i 9 anni sottoposti a terapia oncologica a cui è stata diagnosticata la patologia da almeno un mese. Saranno esclusi dallo studio tutti i pazienti con disabilità uditive, visive e cognitive e i pazienti in fin di vita.

MEDIiPORT

MEDIiPORT è un robot alto 90 cm prodotto dall'azienda Softbank Robotics. Il robot riesce a rimanere in piedi, parlare e grazie ai suoi 4 microfoni e 2 altoparlanti riconosce ed emette suoni. Per lo scopo di questo studio il robot sarà impostato per eseguire una serie di movimenti ed emettere suoni, in base alle evidenze scientifiche psicologiche, per ridurre il dolore durante le procedure di inserzione dell'ago.

Durante queste procedure i bambini saranno seduti sui propri genitori o comunque vicino a questi ultimi con il robot distante approssimativamente 50 cm dal paziente. Nella prima fase, mentre l'infermiere provvederà a preparare il necessario per la procedura, MEDIiPORT farà il primo approccio con il paziente pronunciando un'affermazione amichevole. Successivamente, con il bambino seduto di fronte all'infermiere per l'introduzione dell'ago, il Robot continuerà a pronunciare affermazioni per tranquillizzare il paziente ("io sarò qui con te per aiutarti a farti sentire più coraggioso").

Infine, mentre l'infermiere starà applicando il cerotto emostatico il Robot MEDIiPORT provvederà ad eseguire movimenti e a pronunciare frasi per far calmare il bambino ("abbiamo già terminato" "gli infermieri sono così bravi e gentili ha fatto un buon lavoro").

PROCEDURA

Verrà richiesta l'autorizzazione al comitato etico e attesa la sua approvazione. Prima di ogni procedura verrà richiesto il consenso informato ai genitori e chiesta l'approvazione verbale al paziente. Per minimizzare lo stress del bambino prima della procedura verrà chiesto solo di riportare la paura percepita prima dell'inserzione dell'ago. Per standardizzare la tecnica dell'operatore saranno inclusi nello studio solo 5 infermieri pediatrici afferenti all' U.O.C. di Oncologia Pediatrica (non randomizzati) preposti all'inserzione dell'ago.

OUTCOMES E MISURAZIONI

- Dolore: i bambini descriveranno autonomamente il dolore prima dell'inserzione dell'ago e dopo la procedura utilizzando la scala FPS-R (Facing Pain Scale Revised) con $r=0,93$; la scala può essere utilizzata per misurare il dolore nei pazienti dai 4 anni in su.
- Paura: i bambini valuteranno la paura attraverso la scala Children's Fear Scale, una scala con metodologia visiva, utilizzabile nei pazienti tra i 5 e i 20 anni, con $r=0,76$.
- Angoscia: verrà utilizzata la scala BAADS (Behavioral Approach-Avoidance Scale) . Il punteggio è compreso tra 1 e 5(massimo distress) L'indice di K della scala è pari a 0,89. Questa scala è valida per i pazienti compresi tra i 4 e i 7 anni di età.

IPOTESI DI RISULTATO

Partecipanti

In 6 mesi verranno reclutati per lo studio 47 pazienti. Sarà necessario mostrare il campionamento dei partecipanti allo studio e le caratteristiche demografiche dei bambini. Inizialmente dovrà essere fatta una valutazione del bambino, del genitore e dell'infermiere riguardo caratteristiche legate al dolore dei bambini durante la loro precedente esperienza con l'inserimento dell'ago prima di qualsiasi procedura. Il dolore percepito dai bambini e la paura durante la loro precedente esperienza con l'inserimento dell'ago potrà ovviamente essere da lieve a elevata intensità considerando entrambe le fasi.

Risultati principali: fattibilità dello studio

- Difficoltà tecniche

Dovendo utilizzare un automa dovremo preventivare la possibilità di problemi tecnici che il robot potrebbe avere durante la sperimentazione come: perdita della connessione a internet, batteria scarica o problemi meccanici.

- Schede di valutazione

Verrà chiesto all'inizio e alla fine a bambini, genitori e infermieri di completare rispettivamente sette, nove e otto questionari di valutazione.

Per il nostro studio andremo a misurare il tempo necessario a genitori, bambini e infermieri per completare le schede di valutazione sia per la parte cognitivo-comportamentale dovuta all'attività di distrazione attuata dal robot e sia per l'attività di distrazione attiva attuata da un umano durante la procedura di inserimento del port sottocutaneo. In seguito andremo a confrontare il tempo necessario per effettuare l'accesso venoso a seconda che si utilizzi come distrattore: il robot o una persona fisica che sia genitore, parente o personale sanitario.

Risultati secondari: possibili effetti stimabili

Mostreremo i dati relativi ai livelli di intensità: del dolore e del disagio dei bambini nella fase periprocedurale e postprocedurale, e la differenza tra l'intensità del dolore utilizzando i due approcci distinti sovradescritti.

DISCUSSIONE

Come tutti sappiamo, l'inserimento di un ago provoca dolore considerevole e angoscia soprattutto, per i bambini con cancro, per i continui follow-up di controllo. Con questo studio dimostreremo che è possibile testare l'efficacia clinica di un sistema interattivo robot umanoide nel trattamento del dolore e dell'angoscia dei bambini, in un ambiente di cure oncologiche ambulatoriali. Si stima che i tempi medi per completare l'inserimento dell'accesso venoso SCP si aggiri intorno ai 7 e i 10 minuti.

Con questo metodo vorremo dimostrare differenze significative di coinvolgimento del bambino verso questa tecnologia in modo tale da ridurre stress, paure e ansia generalizzata. Presupponiamo

comportamenti più positivi e adattivi rispetto a procedure standardizzate. La capacità di implementare con successo MEDiPORT attraverso lo studio potrebbero essere ostacolate da difficoltà tecniche associate alla realizzazione del software, infatti queste difficoltà, in alcuni studi si sono verificate più spesso nella parte cognitivo-comportamentale del bambino, supponiamo a causa delle nuove caratteristiche e movimenti dei robot programmati per questo studio particolare in fase di sviluppo. Quindi è opportuno prevenire con un controllo anticipato che il robot non vada incontro a problematiche durante la procedura della venipuntura in modo tale da non avere un impatto negativo sulla sperimentazione clinica, vanificando l'intento dello studio che si svolgerà. Lo studio dimostrerebbe come le condizioni cognitivo-comportamentale sarebbero accettabili per tutti i partecipanti. Ci si aspetta un feedback qualitativo che dovrebbe essere senza ogni ragionevole dubbio positivo. Questo piccolo studio potrebbe tuttavia fornire dei risultati preliminari che suggeriscono che si può alleviare il dolore e l'angoscia legati all'inserimento dell'ago attraverso questa tecnica. I pazienti pediatrici, attraverso l'interazione del robot dovrebbero riportare un dolore minimo. I livelli di difficoltà dovrebbero ridursi al minimo visto che il robot può essere efficace per alleviare il dolore e l'angoscia in quanto può essere un distrattore efficace sulla percezione del bimbo.

Per quanto riguarda i nostri risultati preliminari di efficacia, le tempistiche, la valutazione dell'intensità del dolore (cioè dopo la procedura) potremo valutarla con immediatezza limitando errori di interpretazione sul dolore chiedendo di ricordare il dolore e la paura comparando la procedura con e senza il robot, ma qui potrebbe entrare in gioco la distorsione del ricordo che potrebbe aver limitato la loro capacità fornire una valutazione accurata di queste variabili. Potremo dire se implementare il robot MEDiPORT e il protocollo descritto con ottimi vantaggi, chiaramente, questo processo pilota evidenzerebbe tutte le difficoltà tecniche del robot comportando continue modifiche fino ad un raggiungimento di qualità. Se ritenuto efficace, MEDiPORT ha il potenziale per farlo migliorare la soddisfazione dei genitori, dei bambini, del personale sanitario riducendo così l'impatto negativo delle cure sui bambini affetti da cancro per migliorarne la qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Stinson JN, Jibb LA, Nguyen C, et al. Construct validity and reliability of a real-time multidimensional smartphone app to assess pain in children and adolescents with cancer. *Pain*. 2015;156:2607–2615.

2. Twycross A, Parker R, Williams A, Gibson F. Cancer-related pain and pain management: sources, prevalence, and the experiences of children and parents. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015;32:369–384.

3. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15:1277–11288.23

4. Ahola Kohut S, Stinson JN, Ruskin D, et al. iPeer2Peer program: a pilot feasibility study in adolescents with chronic pain. *Pain*. 2016;157:1146–1155.

5. Jibb LA, Stevens BJ, Nathan PC, et al. Implementation and preliminary effectiveness of a real-time pain management smartphone app for adolescents with cancer: a multicenter pilot clinical study. *Pediatr Blood Cancer*. 2017;64:e26554.

6. Beran TN, Ramirez-Serrano A, Vanderkooi OG, Kuhn S. Reducing children's pain and distress towards flu vaccinations: a novel and effective application of humanoid robotics. *Vaccine*. 2013;31:2772–2777.

7. Beran TN, Ramirez-Serrano A, Kuzyk R, Fior M, Nugent S. Understanding how children understand robots: perceived animism in child-robot interaction. *Int J Hum Comput Stud*. 2011;69:539–550.

8. Mann JA, MacDonald BA, Kuo IH, Li X, Broadbent E. People respond better to robots than computer tablets delivering healthcare instructions. *Comput Hum Behav*. 2015;43:112–117.

9. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health*. 2008;31:180–191.

10. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;4:CD005179.

11. Connelly M, Neville K. Comparative prospective evaluation of the responsiveness of single-item pediatric pain-intensity self-report scales and their uniqueness from negative affect in a hospital setting. *J Pain*. 2010;11:1451–1460.

ID	DENOMINAZIONE	PERIODI DI SVOLGIMENTO (mesi)								COSTI			
		1	2	3	4	5	6	7	8	Costi interni	Servizi professionali		
1	Raccolta bibliografica												
2	Revisione della letteratura												
3	Disegno di studio											1250 EURO	
4	Campionamento												
5	Raccolta dati												
6	Elaborazione dati											550	
Costo totale per attività													
Costo complessivo del progetto												5000 EURO	
Cofinanziamento richiesto												2500 EURO	

Convenzioni 2022

OPI Taranto

Studio di nutrizione umana

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2020 in convenzione con FNOPI riserverà agli iscritti OPI Taranto la seguente convenzione: prima consulenza con esame BIA (bioimpedenziometria) e dieta euro 50,00 al posto di 80,00.

Servizi offerti

Valutazione della composizione corporea (massa magra, grassa e acqua totale corporea) con impedenziometria
 Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici
 Educazione alimentare
 Elaborazione diete personalizzate (in condizioni fisiopatologiche accertate dal medico curante) per sovrappeso e obesità
 Dislipidemie
 Patologie dermatologiche
 Celiachia e Intolleranza al lattosio
 Età evolutiva
 Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline
 Piani alimentari per vegetariani

Studio di medicina estetica

Dr. Paolo Rosati

Il Dr. Paolo Rosati, medico estetico – Università degli studi di Parma – riceve previo appuntamento in Manduria (TA) e Martina Franca (TA)

Visite e controlli gratuiti

Su ogni trattamento si effettuerà il 20% di sconto

Per informazioni: 328.8327166

Fondazione Beato Nunzio Sulprizio

La Fondazione Beato Nunzio Sulprizio propone agli Infermieri iscritti ad OPI Taranto uno sconto del 15% su tutte le prestazioni (esenti da IVA ai sensi del DPR 633/72, art 10).

Servizi offerti

Palestra di Riabilitazione per patologie neurologiche ed ortopediche con apparecchiature all'avanguardia – Terapia strumentale: elettroterapia, ultrasuoni, magnetoterapia, onde d'urto, human tecar, idroforesi, pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale, idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso, laserterapia tradizionale, laser terapia con n.d.yag con hiro 3.0 – Fisiokinesiterapia: riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale), idrokinesiterapia integrata all'idrifiisio; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, piamorfismi e dismorismi del rachide), massoterapia, linfodrenaggio, rieducazione funzionale.

Per beneficiare dello sconto l'utente dovrà essere munito di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza all'ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione (contatto telefonico: 099.7792891).

Fit Village

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto

Corsi: GAG – Posturale – Pilates – Addominali & Stretch – Tribal Power – Body Tone

	PREZZI STANDARD	PREZZI CONVENZIONATI	
INGRESSO SINGOLO	5 €		SALA OPPURE CORSO
MENSILE	40 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	30 € + 10 €	SALA OPPURE UN CORSO A SCELTA
	45 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	35 € + 10 €	SALA & UN CORSO OPPURE DUE CORSI
	50 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	40 € + 10 €	SALA & DUE CORSI
TRIMESTRALE	120 € + 30 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE) (SALDO ENTRO 15 GG)	90 € + 30 €	SALA & CORSI
ANNUALE	450 € (IN 3 RATE, SALDO ENTRO 3 MESI)	300 €	SALA & CORSI
YOGA	30 € / MESE	40 €	
SALI CARABICI	35 € / MESE (15 GG / SETTIMANA)	25 €	



CAPUZZELLO

ODONTOIATRIA
SARTORIALE

Lo studio dentistico Capuzzello offre ai propri pazienti una vasta gamma di servizi e si rivolge a tutte le fasce d'età.

Ogni paziente è unico, ascoltiamo la sua storia per trovare la soluzione migliore in base alle sue esigenze o abitudini.

I pazienti sono accompagnati lungo tutto il percorso con follow up personalizzati.

Di seguito le nostre cure e terapie:

- Implantologia
- Parodontologia
- Estetica Del Sorriso
- Odontoiatria Pediatrica
- Ortodonzia
- Odontoiatria Protetica
- Ortodonzia Invisibile
- Igiene Orale
- Sbiancamento Endodonzia

ORARI

Lunedì: 14.00 - 20.00

Martedì: 9.00 - 14.00

Mercoledì: 14.00 - 20.00

Giovedì: 14.00 - 17.00 (Urgenze)

Venerdì: 9.00 - 16.00

CONTATTI

Studio Dentistico Capuzzello

Corso Italia, 211, 74121 Taranto

Cell: 350 1412979

Email: studiocapuzzello@gmail.com

Sito: studiodentisticocapuzzello.it

Facebook: StudioDentisticoCapuzzello

Instagram: Studio_Dentistico_Capuzzello

**PER GLI ASSOCIATI 15%
DI SCONTO SU OGNI
TRATTAMENTO**





Il Presidente, il consiglio direttivo,
la commissione d'albo e il collegio revisori dei conti
augurano a tutti gli iscritti e ai loro cari
un sereno Natale e felice anno nuovo!

