



PROGRAMMA DI AZIONE REGIONALE PROMOZIONE DELLA SALUTE 2005-2006 (DD 466 - 29.11.04)  
BANDO REGIONALE 2005-2006 PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (DD 284 - 28.11.05-BURP 13-30.03.06)

## I NONNI DI VILCABAMBA

### Responsabile di progetto

Melino Margherita  
ASL 16 - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
Via Fossano 4 Mondovì (CN)  
sian@asl16.sanitacn.it  
Tel. 0174.550811 - Fax 0174.550868

### Referente/i di progetto

Milan Flavia  
ASL 13 - V.le Baracca 3 - 28041 Arona (NO)  
sian.aro@asl13.novara.it  
Tel. 0322.516514 - Fax 0322.45343

Grossi Patrizia  
ASL 13 - Viale Roma 7 - 28100 Novara  
sian.nov@asl13.novara.it  
Tel. 0321.374305

Bassetti Gianluigi  
ASL 15 - Piazza Don Raimondo Viale, 1 - 12011  
Borgo San Dalmazzo (CN)  
gbassetti@asl15.it  
Tel. 0171.267690 - Fax 0171.267451

Devalle Pietro Luigi  
ASL 16 - Via Fossano, 4 - 12084 Mondovì (CN)  
sian@asl16.sanitacn.it  
Tel. 0174.550811 - Fax 0174.550868

Bonanno Mario  
ASL 17 - Via del Follone, 4 - 12037 Saluzzo (CN)  
mario.bonanno@asl17.it  
Tel. 0175.215609

Zarri Mauro  
ASL 18 - Via Vida 10 - 12051 Alba (CN)  
mzarri@asl18.it  
Tel. 0173.316625

Forestiero Ilenia  
ASL 10 - Via Bignone, 15/a - 10064 Pinerolo (TO)  
Dipartimento Prevenzione SIAN  
iforestiero@asl10.piemonte.it  
Tel. 0121.235435 - 0125.793047 - Fax  
0121.397683

### Partner

Associazione Case di Riposo Provincia Cuneo,  
Case di riposo private dei territori interessati,  
Consorzi Socio Assistenziali,  
Comunità Montane dei territori interessati,  
Comuni dei territori interessati,  
Università della Terza Età

### Filone tematico Azione 6

#### **Alimentazione e attività fisica**

*Promuovere e sostenere una regolare attività fisica e prevenire la malnutrizione negli anziani nel setting comunità e ambienti di vita attraverso interventi informativi, educativi, formativi ed organizzativi.*

### Destinatari finali Destinatari intermedi

Anziani ospiti residenze assistenziali  
Operatori residenze assistenziali per anziani  
Direttori residenze assistenziali per anziani  
Amministratori pubblici

**Setting** Residenze assistenziali pubbliche e private dei territori interessati

**Integrazione con azioni locali** Progetto Obiettivo ASL 13 (2004-2006)  
Progetto dietista PNP 2004 (AASSLL 15-16-18)  
Progetto dell'ASL Medio Friuli

**Tipologia dell'intervento**

Informativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Comunicativo	<input type="checkbox"/>
Formativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Educativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Organizzativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Sviluppo di comunità	<input type="checkbox"/>
Ambientale	<input type="checkbox"/>
Altro - Conoscitivo	<input checked="" type="checkbox"/>

**Durata** Biennale

**ProSa on-line: P0783 VALUTAZIONE PROGETTO: 27/32**

**FINANZIAMENTO: €28.440**

## ABSTRACT

Dati nazionali evidenziano che la malnutrizione in difetto interesserebbe le case di riposo in misura dal 20 al 60 % degli anziani ricoverati. (Assistenza anziani, n 10; 2004; pagg 8-9). La malnutrizione in difetto rappresenta un grave rischio per la salute dell'anziano in termine di mortalità. Altri dati evidenziano che vi è almeno nella fascia *old young* (65 – 74) un incremento del peso corporeo correlato alla cosiddetta sindrome metabolica: sebbene essa non comporti rischi di mortalità, comporta rischi *quoad valetudinem* e costi sociali elevati. I dati grigi locali, infine, raccolti dalle ASL delle province di Cuneo e del novarese hanno evidenziato che nelle residenze assistenziali periferiche la percentuale di anziani in sovrappeso è rilevante, mentre risulta altresì che il 50% degli anziani non effettua alcuna attività fisica valida. Inoltre, emerge da parte degli operatori delle RA una richiesta di maggiori informazioni sanitarie, specificamente sugli aspetti attinenti all'alimentazione e all'attività fisica negli anziani. Emerge pertanto l'esigenza di progettare un intervento per :

- promuovere un sistema di ricognizione dei problemi esistenti e delle risorse disponibili;
- mettere in grado gli operatori delle case di riposo di individuare gli anziani problematici e sostenerli nella assunzione di comportamenti e stili di vita più favorevoli per la salute;
- riorganizzare, ottimizzandole o/e incrementandole , le risorse e gli strumenti disponibili nelle strutture.

## Obiettivi generali

1. Promuovere un percorso formativo rivolto al personale (OSS, infermieri, cuochi, ecc.) e informativo ai direttori delle RA dei territori delle ASL interessate, per :
  - incrementare le conoscenze e le competenze degli operatori delle RA
  - ottimizzare gli strumenti e i protocolli disponibili nelle strutture per monitorare l'andamento ponderale, le corrette assunzioni alimentari, la presenza di ambienti favorevoli all'attività fisica
  - proporre nuovi strumenti e protocolli per monitorare l'andamento ponderale, le corrette assunzioni alimentari, la presenza di ambienti favorevoli all'attività fisica.

## **Metodologia**

Il progetto sarà sviluppato attraverso

1. una preliminare indagine conoscitiva che prevede :
  - a misurazione del peso dei soggetti anziani autosufficienti da parte di personale addestrato con bilancia validata (cfr. Survey HBSC)
  - b interviste ai direttori delle case di riposo per rilevare la presenza di strutture utilizzate e utilizzabili per attività fisica, esistenza di programmi ad hoc, protocolli autonomi della struttura per il monitoraggio del peso negli anziani e strumenti per monitorare la regolare assunzione dei pasti, ecc.
  - c questionari rivolti agli anziani in RA per verificare coinvolgimento in attività motorie
2. lo svolgimento di un percorso formativo rivolto agli operatori delle residenze, ( che sarà preceduto da una ricognizione sulle esigenze formative specifiche). Esso utilizzerà modalità di tipo interattivo (focus group, brainstorming, Idg, simulate, nominal group, ecc.), tecnologie informatiche (presentazioni in power point) e materiali didattici (dispense, etc.).
3. La definizione e l'avvio di un piano di sensibilizzazione nei confronti degli anziani ospiti delle RA , che prevede:
  - a attività di counselling motivazionale di tipo individuale da parte degli operatori delle RA con il sostegno degli operatori ASL

## **Azioni**

### Primo anno

- Contatti partner
- Costituzione gruppo di lavoro e stesura protocolli
- Predisposizione condivisa strumenti per l'indagine conoscitiva
- Realizzazione indagine e analisi dati
- Contatto strutture/individuazione
- Sensibilizzazione dei direttori
- Ricognizione bisogni formativi.

### Secondo anno

- Corso di formazione per operatori struttura
- Avvio piano di sensibilizzazione e sostegno degli anziani
- Produzione pubblicazioni ( dati raccolti, esperienza formativa, valutazione, etc.)

## **Valutazione**

### Valutazione finalità organizzativa:

- a. verifica attraverso sopralluoghi e utilizzo di check list dell'effettivo cambiamento organizzativo della struttura

### Valutazione attività formativa:

- b. verifica dell'apprendimento attraverso questionario
- c. incontri periodici di supervisione con gli operatori e i direttori delle RA coinvolte.

### Valutazione finalità educativa

monitoraggio del decremento o incremento di peso degli anziani, ospiti degli istituti delle ASL aderenti al progetto, e l'effettiva adozione di comportamenti favorevoli.

## CONTESTO DI PARTENZA

### Premessa

Il titolo del progetto si riferisce a una regione dell'Ecuador, Vilcabamba, dove si registra una longevità della popolazione associata ad una alta qualità dell'invecchiamento in contrasto con la situazione del resto del paese.

Le più recenti teorie suggeriscono un ruolo importante della dieta (assunzione di antiossidanti, lieve restrizione calorica, pasti bilanciati, assunzione di fibre e riduzione dell'apporto di grassi saturi) e dell'attività fisica moderata (pari al 60% circa di frequenza cardiaca massima) per un invecchiamento "di successo".

Il progetto ha come target elettivo gli operatori di strutture per anziani istituzionalizzati e si concentra soprattutto su fattori abilitanti e rinforzanti (intervendendo sui Servizi, coinvolgendo direttori, operatori, addetti delle Case di riposo e promuovendo un ambiente favorevole alla salute).

Il progetto è dunque operativamente mirato al personale che agisce nelle strutture per anziani, ai quali si vogliono fornire conoscenze e strumenti in grado di migliorare la qualità di vita degli anziani in comunità (che dunque diventano beneficiari finali del progetto in termini di ricaduta e impatto).

Inoltre esso ha anche un intervento diretto sugli anziani, promuovendo iniziative di motricità rivolte agli anziani da parte di operatori (istruttore di educazione fisica o fisioterapista o altro esperto) forniti dal progetto alle RA.

### Il contesto

Sul tema della prevenzione in ambito di salute alimentare, le ASL del quadrante della provincia di Cuneo hanno realizzato nell'ultimo decennio un consolidato rapporto collaborativo che si è pian piano esteso anche a numerosi Enti ed Associazioni del territorio.

Alcune ASL del quadrante provinciale, inoltre, hanno iniziato negli anni scorsi una sistematica azione di monitoraggio all'interno delle Residenze per anziani allo scopo di raccogliere informazioni sui seguenti elementi : orario dei pasti; n° di addetti al servizio mensa; titoli di qualificazione del personale di cucina; n° di ore dedicate all'attività fisica da parte degli anziani; n° di persone istituzionalizzate non autosufficienti; esistenza di un sistema di rilevazione di parametri antropometrici; analisi dei bisogni in ambito nutrizionale.

Nell'ambito del Laboratorio Alimentazione del DoRS sul Progetto Anziani si è sviluppata, peraltro, una rete regionale ed extra regionale, composta da operatori territoriali ed ospedalieri, che si proponeva di modificare l'approccio nutrizionale all'anziano agendo sul contesto di vita istituzionale.

Il progetto è esitato nella produzione di materiali e metodi di formazione riguardo alle conoscenze nutrizionali e alle basilari capacità di rilevazione antropometrica da parte degli operatori assistenziali delle Residenze per anziani.

Nell'anno 2005 l'ASL 13, aderente al progetto, ha già messo in pratica il progetto realizzando delle attività formative in alcune Strutture del proprio territorio. Gli interventi effettuati hanno ricevuto un buon gradimento con riflessi migliorativi sull'attività quotidiana, come per esempio:

- modifiche di orari dei pasti
- maggiore attenzione ai segni di malnutrizione
- modifica dei comportamenti degli operatori nei confronti della somministrazione di alcuni cibi in soggetti con patologie croniche
- maggiore sensibilizzazione dei benefici dell'attività fisica.

## DIAGNOSI EDUCATIVA ED ORGANIZZATIVA

Dati nazionali evidenziano che la malnutrizione in difetto interesserebbe in misura dal 20 al 60 % degli anziani ricoverati in Case di riposo (*Assistenza anziani* n.10, 2004, pag.8-9).

La malnutrizione in difetto rappresenta un grave rischio per la salute dell'anziano in termini di mortalità.

Altri dati evidenziano che vi è, almeno nella fascia *old young* (65 – 74 ), un incremento del peso corporeo correlato alla cosiddetta sindrome metabolica: sebbene essa non comporti rischi di mortalità, comporta rischi *quoad valetudinem* e costi sociali elevati.

In Italia vi è un 12,5% di anziani obesi, mentre i sovrappeso sono il 45% tra i 65 e 74 anni. (I.S.S. <http://www.tumangiabene.it>; "rapporto sull'obesità in Italia 2005": <http://www.auxologico.it>, Istituto Auxologico Italiano )

Dati grigi locali ricavati da lavori svolti nelle ASL delle province di Cuneo e del novarese (focus group,

questionari per gli operatori e i direttori delle case di riposo, rilevazioni locali, esperti grezzi) evidenziano che nelle Residenze assistenziali periferiche la percentuale di anziani in sovrappeso è rilevante; risulta altresì che il 50% degli anziani non effettua alcuna attività fisica valida (che porti vantaggi). (Cfr. dati nazionali: 34% degli anziani maschi e 46% degli anziani femmina non svolge alcuna attività fisica: ISS, "Progetto Cuore": <http://www.cuore.iss.it> )

Risulta inoltre sempre dai dati grigi locali una richiesta di maggiori informazioni sanitarie da parte degli operatori delle Case di riposo, specificatamente su aspetti attinenti l'alimentazione e l'attività fisica per gli anziani e emerge anche la mancanza di un sistema di rilevazione dei dati antropometrici degli anziani al momento dell'ingresso nella struttura e nei tempi successivi, con ovvio misconoscimento della malnutrizione.

Dai dati rilevati nelle province di Cuneo e Novara, i fattori determinanti la malnutrizione negli anziani istituzionalizzati sono così definiti :

**predisponenti (riferiti agli anziani):**

- perdita di interesse verso il cibo per modificazioni fisiologiche
- monotonia di scelte alimentari per abitudini/tradizioni
- ridotta attività fisica
- senso di isolamento

**predisponenti (riferiti agli operatori/personale addetto all'assistenza):**

- scarse conoscenze in ambito nutrizionale da parte del personale di assistenza
- scarse conoscenze da parte del personale sull'utilità della mobilitazione dell'anziano e dei benefici legati all'attività fisica

**abilitanti:**

- orari di distribuzione dei pasti non corrispondenti ai ritmi fisiologici
- mancanza di rilevazione sistematica di dati antropometrici
- mancanza di menù variati per patologia
- scarsità di personale di assistenza, non ottimizzazione dell'utilizzo dello stesso
- mancanza/non utilizzo di spazi idonei, interni ed esterni alla struttura, per l'alimentazione e l'attività fisica
- scarsa mobilitazione dell'anziano in assenza di figure professionali abilitate

**rinforzanti:**

- mancanza di reti di sostegno e collegamento con Enti esterni (Unitre, altre strutture assistenziali, Centri Anziani ecc.)

I PAR obiettivo dell'azione sono stati selezionati dopo discussioni e analisi sui risultati dei dati grigi (soprattutto dei focus group) da parte del gruppo di progetto.

I PAR individuati sui quali il gruppo di progetto intende agire sono:

predisponenti (riferiti agli operatori/personale addetto all'assistenza)

- scarse conoscenze in ambito nutrizionale da parte del personale di assistenza (realizzare corsi di formazione/informazione rivolti al personale)
- scarse conoscenze da parte del personale sull'utilità della mobilitazione dell'anziano e dei benefici legati all'attività fisica (realizzare corsi di formazione/informazione, svolti da operatori del progetto, rivolti al personale, in modo che in seguito vengano applicati agli anziani)

predisponenti (riferiti agli anziani)

- ridotta attività fisica (realizzare corsi diretti agli anziani aderenti, svolti da operatori del progetto)

abilitanti

- orari di distribuzione dei pasti non corrispondenti ai ritmi fisiologici (modifica degli orari mediante adesione a un protocollo d'intesa)
- mancanza di rilevazione sistematica di dati antropometrici (rilevazione mediante operatori del progetto-momento 0 – e successiva rilevazione di personale interno alle RA adeguatamente istruito con adozione di scheda / cartella clinica "antropometrica/ nutrizionale")
- scarsa mobilitazione dell'anziano in assenza di figure professionali abilitate (adozione e applicazione di protocolli di esercizi di geromotricità semplici e facilmente eseguibili)
- mancanza di menù variati per patologia (adozione di menù standard variati, per le patologie più frequenti, forniti dal gruppo di progetto alle RA) rinforzanti
- mancanza di reti di sostegno e collegamento con Enti esterni (Unitre, altre strutture assistenziali, Centri

Anziani ecc.).(Realizzazione di reti per attività di animazione e di stimolo culturale rivolte agli anziani, mediante scambio di risorse ed esperienze tra enti e RA).

La fase di ricognizione dei dati antropometrici delle RA dei territori delle ASL coinvolte servirà inoltre a verificare/confermare quanto scritto e detto rispetto alla Diagnosi Educativa.

## **PROVE DI EFFICACIA ed ESEMPI di BUONA PRATICA**

In letteratura è fortemente raccomandato l'approccio comportamentale e sociale per aumentare l'attività fisica (interventi di sostegno sociale nel setting comunità: 9 studi citati nella "Task force on Community Preventive Services-C.D.C. 2001"). Raccomandati sono i setting di formazione specifica, sia per gli operatori sanitari che per i dirigenti, su argomenti di salute relativi al sovrappeso (in particolare tre review sistematiche NHS CRD, 1997; NIH 1998; Harvey et al. 2001).

Numerose prove attestano una relativa efficacia preventiva nei confronti degli adulti se si realizzano interventi alimentari associati a incentivazione dell'attività fisica (NHS CRED 1997; NIH 1998).

(Dati rilevati da DoRS:

1)- "Laboratorio alimentazione ed attività fisica. Raccomandazioni della Task Force on Community Preventive Services", "Dossier di documentazione alimentazione", e "Dossier di documentazione attività fisica". 12/10/05, Regione Piemonte, Torino.

2)- "Prevenzione e trattamento dell'obesità e del sovrappeso. Analisi di review su alimentazione, attività fisica e approcci comportamentali. Briefing sulle prove. I edizione, Ottobre 2003, Caroline Mulvihill e Robert Quigley, Health Development Agency, London" Trad. Elena Barbera Dors, Regione Piemonte – Visentin, Ponzetto, Demicheli: "Linee guida per la promozione dell'attività fisica nell'anziano. Quattro raccomandazioni dalla letteratura" Opuscolo Regione Piemonte 2004 ).

Inoltre, per quanto riguarda l'evidenza di buona pratica, un lavoro di ricerca vincitore del premio "Innovazione clinica 2001" dell'Ordine degli Infermieri e degli Infermieri dell'Outaouais, Canada, dimostra l'importanza della comunicazione tra il personale sanitario e gli addetti all'alimentazione nelle case di riposo per la qualità della nutrizione dell'anziano. In particolare il lavoro prevede un programma di mediazione, formazione e controllo sistematico dell'alimentazione rivolto agli operatori, al fine di migliorare / consolidare le loro conoscenze e competenze specifiche nel settore alimentare. (A. M. Lavoie, M. Labrecque, D. Germain : « Programme de médiation, formation et suivi systématique de l'alimentation des personnes âgées en centre d'hébergement » Soins Gérontologie, n.39, pagg. 32-34 Janvier/Février, 2003).

Altri articoli sulla stessa linea, di differente qualità e autorevolezza, sono citabili:

- Burgio Louis et al.: " Come talk with me: improving communication between nursing home assistants and nursing home residents during care routines", The Gerontologist, vol 41 n.4, 2001, pagg. 449-460;
- Landi Francesco, et. Al. : "A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff", Journal of Nutrition, Health and Aging, vol. 3, n.1, 1999, pagg. 24-28;
- « Formarsi per assistere l'anziano", Corriere del Ticino 7/2/2002, pag 19;
- N.Nicoletti, et al.: "La cura dell'alimentazione "naturale" nell'anziano: una tattica vincente", Nursing Oggi Geriatria, n.3, 2002, pagg. 27-32;
- B. Fromage, Gourmaud T.: "L'identité du sujet âgé dans la pratique du repas en institution", Pratiques Psychologiques, n. 3, 2000, pagg. 71-77).

Per quanto riguarda il monitoraggio sistematico peso /altezza (e calcolo BMI) dell'anziano, da parte del personale delle strutture, con strumentazione adeguata e redazione di apposita cartella clinica, questo si rileva strumento semplice ed adeguato per il controllo basale della malnutrizione sia in eccesso che in difetto, purché, anche in questo caso, il personale sia adeguatamente informato sia sul "saper fare" che sul "cosa fare" e a chi rivolgersi in caso di rilevazioni fuori norma. Tali valutazioni inferiscono in parte dai focus group (dati grigi locali), in parte da constatazioni e riflessioni derivanti da dati ed esperienze dei seguenti lavori, interventi, testi, articoli:

- Progetto ASL3 "Medio Friuli", Cecilia Savonitto et al. "Il rischio nutrizionale nelle residenze per anziani: valutazione con il MNA";
- Amerio, Pezzana: "La gestione delle problematiche nutrizionali presso le strutture di riabilitazione e lungodegenza per pazienti anziani in Piemonte: risultati di un questionario regionale".;
- A. Bordoni: "Tavola rotonda: Ruolo della Ristorazione Collettiva e delle Istituzioni Pubbliche nella qualità della vita dell'anziano"; e M.Brugnani: "Razionale degli interventi nutrizionali dell'anziano" in atti di: Giornata di studio SINU, "Alimentazione, nutrizione e qualità della vita nell'anziano", sala Levi, Via Clericetti 2, Milano, 26/11/04;
- "Denutrizione nell'anziano: strumenti di valutazione", Assistenza Anziani, n.10, 2004, pagg.8-9;
- Casado J.M. Ribera: "Nutritional problems in nursing homes with special reference to Spain", Journal of Nutrition , Health and Aging, vol. 6, n. 1 , 2002, pag. 84-90).

- N.S. Storz ed altri: "Problemi metabolici- assistenza infermieristica", pagg. 32-39, Masson1993.
- Raimondi, Lucas: "Manuale di scienza della Alimentazione e Dietetica per infermieri professionali e operatori sanitari", pagg.95-110, Piccin, 1993
- Nelson e altri. : "Dietologia, il manuale della Mayo Clinic", VII edizione CES, 1998.
- V.Eboli: "Dietetica delle collettività", pagg.91-117, DE srl 1994.
- Ekhard e altri:"Conoscenze attuali in Nutrizione" cap. 2, cap. 4, cap. 40 e cap.52, ILSI 2002.
- Tali rilevazioni possono essere indicatori di processo molto utili, come "Community intermediate health outcomes", e fornire rapidamente il polso dell'andamento degli interventi. Inoltre potrebbero fornire nuove informazioni per altri lavori similari in fase di diagnosi iniziale.

## **MODELLI TEORICI di CAMBIAMENTO dei COMPORAMENTI**

Non ci si rifà ad un modello univoco di cambiamento, sebbene il Modello delle Convinzioni in materia di Salute e la Teoria della Motivazione alla Protezione (che indica come le persone abbiano bisogno di uno stimolo iniziale per cambiare il comportamento), con valutazione con questionario del cambiamento di convinzioni e motivazioni intervenute, possa essere applicato, specialmente sui setting rivolti agli operatori delle case di riposo. Anche il modello degli stadi del cambiamento, o transteorico, secondo Prochaska e Di Clemente, (con i vari stadi: pre-contemplativo, contemplativo, preparativo, attivo e di mantenimento) si adatta bene ai setting d'intervento e potrà essere adottato per valutare qualitativamente le esigenze formative in modo da "fotografare" lo stadio di cambiamento dei partecipanti (diagnosi) e in seguito, per valutare i risultati ottenuti. Per quest'ultimo modello potrebbero essere utilizzati gli "Exercise Processes of Change" e gli "Exercise Decisional Balance".

### **Setting destinatari: direttori RA, personale sanitario e non delle strutture.**

Valutato lo stato dei destinatari sopra citati, (solitamente in una fase "pre- contemplativa, inconsapevole", riguardo a gran parte delle problematiche inerenti l'importanza della valutazione delle variazioni dell'incremento del peso/altezza, dell'utilità dell'attività fisica e del controllo dietetico dell'anziano), si cercherà a fine setting di registrare in essi il salto qualitativo prevedibile nel passaggio ad una fase contemplativa dovuta ad un aumento di conoscenze teoriche e pratiche.

Lo stile di conduzione prevalente nei confronti dei destinatari direttori delle RA e personale sanitario e non, operante nelle strutture per anziani è di tipo concertato nella fase iniziale, (cioè prevedente una "condivisione" del progetto tra proponenti e destinatari. Tale "condivisione" prevede interventi di "brainstorming" e "focus group", attraverso i quali concertare/impostare il progetto in maniera locale, "su misura" per ogni Struttura, in modo da partire dai dubbi e dai problemi "reali" presenti, così da adattare il piano teorico sulla base della fattibilità contingente). La conduzione dei corsi diretti agli operatori, sarà invece di tipo concertato- euristico ("imparare facendo cose che interessano": corsi impostati su "domande e problemi reali" presentati dai partecipanti che verranno svolti in modalità principalmente interattiva, così come si addice all'andragogia -role playing; problem posing/solving; focus group; nominal group; "tecnica dell'acquario"; visite guidate; brainstorming-) al momento della progettazione / predisposizione dei corsi, strutturati in maniera da essere ampiamente flessibili.

### **Setting destinatari finali (anziani ).**

Per quanto riguarda i corsi di attività fisica per i quali destinatari finali sono gli anziani, il modello Transteorico può essere utilizzato per valutare il passaggio da una fase pre contemplativa ad una contemplativa ("l'attività fisica fa bene ad ogni età": conoscenze sui benefici dell'attività fisica, conoscenze di esercizi base) quindi ad una fase preparativa -attiva (iscrizione/adesione ai corsi e esecuzione degli esercizi durante i corsi), fino ad una fase di mantenimento dei comportamenti (esecuzione degli esercizi di geromotricità in maniera individuale indipendentemente dai corsi, con periodicità costante). Poiché tali apprendimenti/comportamenti sono passibili di regressione, periodicamente andrebbe valutata la possibilità di una riproposizione/ripetizione dei corsi. Lo stile di conduzione per le iniziative di motricità per gli anziani aderenti è di tipo euristico (cioè di "apprendimento nel fare").

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Prochaska J.O., DiClemente C.C & Norcross J.C.: "In search of how people change: applications to addictive behaviours" *Am. Psych.* 47; 1992; 1102-1114
2. Kearney M., Gibney M.J., Martinez J.A., et al.: "Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of European Union". *European Journal of Clinical Nutrition*, 51; 1997;S30-5.
3. Horwath C.C.: "Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and

opportunities". *Nutrition research reviews* 12; 1999.pp. 281-317.

4. Nestle M., Wing R., Birch L., DiSogra L., Drewnowski A., Arbor A., et al.: "Behavioural and social influences on food choice." *Nutrition Reviews*, 56(5); 1998; pp. S50-S64.

5. University of Maryland, Baltimore County: Health and Addictive Behaviours: Investigating Transtheoretical Solutions

<http://www.umbc.edu/psyc//habits/>.

## GERARCHIA di OBIETTIVI CONGRUENTI con la DIAGNOSI EDUCATIVA ed ORGANIZZATIVA

Si evince l'esigenza di progettare un intervento per:

1. rilevare dati antropometrici in una popolazione statisticamente significativa di anziani autosufficienti in Residenze Assistenziali, al fine di verificarne lo stato nutrizionale di base (**verifica/conferma della fase di Diagnosi Educativa**);
2. fornire agli operatori e ai direttori di tutte le strutture aderenti al progetto una metodica standardizzata di rilevazione periodica antropometrica negli anziani istituzionalizzati autosufficienti, con un protocollo di primo intervento qualora si rilevassero scostamenti dalla norma,
3. avviare attività di formazione per gli operatori assistenziali delle RSA su temi specifici quali salute alimentare e attività fisica nell'anziano, e sulle metodiche di rilevazione e di intervento per la malnutrizione,
4. avviare corsi ed esperienze di attività motoria per gli anziani.

GERARCHIA	RISULTATI DIAGNOSI	OBIETTIVO
comportamentale	scarse conoscenze in ambito nutrizionale da parte del personale di assistenza (P)	Implementare le conoscenze e le competenze degli operatori delle RA su temi di salute specifici e rilevazioni antropometriche
comportamentale	scarse conoscenze da parte del personale sull'utilità della mobilitazione dell'anziano e dei benefici legati all'attività fisica (P)	Implementare le conoscenze e le competenze degli operatori delle RA su esercizi specifici di motricità da riportare in seguito sul "target anziani"
comportamentale	ridotta attività fisica degli anziani (P)	Implementare la mobilitazione mediante corsi di attività fisica con operatori esperti
ambientale	orari di distribuzione dei pasti non corrispondenti ai ritmi fisiologici (A)	modifica degli orari dei pasti in senso fisiologico, mediante adesione a un protocollo d'intesa
ambientale	mancanza di rilevazione sistematica di dati antropometrici (A)	Dotare le strutture aderenti al progetto di metodi e strumenti standardizzati di rilevazione antropometrica
comportamentale	scarsa mobilitazione dell'anziano in assenza di figure professionali abilitate (A)	Implementare la mobilitazione degli anziani, mediante adozione di protocolli di attività fisica, effettuata con operatori delle RA
ambientale	mancanza di menù variati per patologia (A)	adozione di menù standard variati, per le patologie più frequenti, forniti dal gruppo di progetto ai direttori delle RA aderenti
ambientale	mancanza di reti di sostegno e collegamento con Enti esterni (Unitre, altre strutture assistenziali, Centri Anziani ecc.) (R)	Realizzazione di reti per attività di animazione e di stimolo culturale rivolte agli anziani, mediante scambio di risorse ed esperienze tra enti e RA

Obiettivi :

1. almeno 24 RA dovranno aderire ai corsi interattivi su alimentazione, malnutrizione e attività fisica (P)
2. alla fine dei corsi di educazione nutrizionale almeno il 50% degli operatori partecipanti avrà aumentato le conoscenze e le competenze sui vantaggi dovuti ad una corretta alimentazione e ad una periodica attività fisica nell'anziano, ad un corretto monitoraggio delle principali malattie dismetaboliche, e a una valutazione di una malnutrizione in eccesso o in difetto; (P)
3. almeno un operatore per ogni RA aderente al progetto dovrà essere in grado di applicare metodiche corrette di monitoraggio della malnutrizione riportando i dati antropometrici in cartella clinica. L'operatore dovrà anche applicare il protocollo di intervento nei casi di rilevazioni non in linea con

l'atteso (segnalazione ai superiori, alla dietista, al MMG, all'A.S.V. o all'IP, in caso di peggioramento dello stato nutrizionale); (P)

4. almeno il 50% degli anziani autosufficienti delle RA aderenti al progetto dovrà essere sottoposto al tempo zero a misurazione antropometrica da parte di Dietiste, A.S.V. e I.P. dei SIAN proponenti il progetto; (A)
  5. dotare le RA aderenti al progetto di strumenti volti rilevare e monitorare i dati antropometrici di base, gli eventuali interventi nutrizionali / terapeutici correttivi in caso di scostamento dai range di normalità. Il monitoraggio dovrà avere una periodicità semestrale / annuale nei casi di incremento / decremento ponderale; (A)
  6. almeno il 50% delle RA aderenti al progetto dovrà adottare menù variati e predisposti per le più comuni patologie alimentari (diabetici, insufficienza renale, disfagici, ipertesi) ; (A)
  7. almeno il 20% delle RA aderenti al progetto dovrà adottare / modificare gli orari dei pasti se difforni da orari fisiologicamente / metabolicamente corretti ( ore 7-8 colazione; ore 12-12,30 pranzo; ore 18,30 – 19,30 cena); (A)
- almeno il 25% delle RA aderenti al progetto dovrà istituire/ adottare iniziative atte a promuovere l'attività fisica negli anziani; (A)

## **PROGRAMMA delle ATTIVITÀ'**

Il progetto si articola secondo le seguenti fasi.

### Primo anno (entro febbraio 2007)

- censimento/ contatto con direttori RA
- costituzione di gruppo di lavoro con direttori RA, SIAN, associazioni anziani, Unitre, associazioni sportive, sindacati (CGIL, CISL, UIL anziani), dopolavoro aziendali.
- formalizzazione di eventuali protocolli di intesa
- analisi dei bisogni
- individuazione di risorse professionali (dietiste, insegnanti di ed. fisica/fisioterapisti), di materiali educativi didattici e di logistica dei luoghi (palestre, stanze attrezzate, luoghi aperti)
- programmazione piano di lavoro condiviso e individuazione referenti (diagramma di Gantt)
- stesura protocolli di misurazione
- addestramento personale sanitario in merito alle procedure di misurazione
- predisposizione / discussione cartella nutrizionale
- predisposizione / discussione menù variati per patologie nutrizionali
- predisposizione /discussione questionari (pre e post corso/intervento; questionari sull'adozione degli orari dei pasti e delle iniziative di attività fisica)
- preparazione /predisposizione di materiale su esercizi semplici di geromotricità
- acquisizione delle adesioni del personale RA ai corsi di nutrizione ed attività fisica (per l'attività fisica: trasmissione di materiale cartaceo con semplici esercizi di geromotricità da fare effettuare agli anziani)
- acquisizione delle adesioni degli anziani alle iniziative di motricità (agli anziani verrà proposta l'adesione a corsi di geromotricità con personale esperto )
- logistica, orari, valutazione di fattibilità dei corsi

### Secondo anno (entro dicembre 2007)

- misurazione antropometrica anziani
- distribuzione cartelle cliniche nutrizionali
- insegnamento guidato di procedure di monitoraggio antropometrico a personale individuato dai direttori RA
- avvio corsi (di motricità per anziani e di nutrizione per gli operatori)
- variazione degli orari dei pasti
- valutazione del gradimento e della conformità delle applicazioni procedurali mediante:
  1. questionari (pre e post e altri)
  2. check list interviste

### Secondo anno (gennaio-febbraio 2008)

- raccolta dati a campione delle cartelle cliniche per valutazione della validità della loro compilazione
- valutazione incremento o decremento dati antropometrici
- verifica adozione e applicazione nuovi menù (check list o questionario)
- verifica adozione dei nuovi orari di consumo pasti (check list o questionario)
- relazione finale

Il programma biennale sarà curato dai servizi SIAN aderenti con il supporto di Dietista e ASV o IP (relativamente a corsi di formazione, rilievi antropometrici al tempo 0, predisposizione e proposta menù,

interventi ambientali per migliorare lo stato di salute, predisposizione cartella nutrizionale, questionari, rilevazione gradimento) avvalendosi di esperto in attività motoria (relativamente ai corsi di motricità per anziani) e con la partecipazione attiva dei Direttori delle RA.

### **ALLEANZE PER SALUTE TRA GLI ATTORI INTERESSATI AL PROGETTO (sia interni all'azienda sanitaria sia esterni nella comunità)**

Il progetto intende coinvolgere oltre ai SIAN anche una larga platea di soggetti istituzionali esterni, normalmente interessati al tema "anziani istituzionalizzati": Comuni, Comunità Montane, Consorzi Socio Assistenziali (in quanto interessati alla gestione delle residenze), Associazione Case di Riposo della Provincia di Cuneo come rappresentante delle ex IPAB e singole strutture, UNITRE, Associazioni sindacali, come portatori di interessi specifici. Tale rete permetterà uno scambio di risorse, informazioni, iniziative, avviando una integrazione tra RA e realtà esterne, che ricadranno positivamente sull'anziano.

L'attività programmata sarà preventivamente presentata ai vari partner al fine di ottenerne l'adesione soprattutto riguardo al contesto di partenza ed agli obiettivi.

Da parte dei Direttori delle RA si richiede un coinvolgimento non solo formale, ma anche sostanziale in particolare riguardo agli obiettivi prospettati.

Al momento della presentazione ed in base ad accordi chiaramente stilati saranno definiti le modalità di adesione; la disponibilità a consentire la formazione degli operatori; il nulla osta alla misurazione degli ospiti; gli intendimenti e le possibilità riguardo alle modifiche del menù e degli orari dei pasti eventualmente proposte; la disponibilità di strutture per l'effettuazione di attività motorie.

### **PIANO per la VALUTAZIONE di PROCESSO**

Indicatori di processo

1. presenza calendario riunioni del gruppo di progetto e relativo verbale
2. partecipazione /coinvolgimento dei direttori RA da rilevarsi attraverso il numero di incontri per la presentazione del progetto e del n. adesioni. ( n. RA contattate / n. RA aderenti; n. RA aderenti al progetto/n. RA totali del territorio; n. richieste di incontri per chiarimenti e discussioni all'interno del percorso formativo / n. RA aderenti )
3. costituzione gruppo di coordinamento (n. di istituzioni coinvolte per ogni incontro: almeno 4 ASL a incontro)
4. pianificazione del progetto (identificazione delle strategie operative: verbali)
5. n. incontri gruppo di progetto finalizzati alla costruzione di strumenti (almeno 4 per anno)
6. realizzazione del materiale per il programma ( n. opuscoli per corsi, n. cartelle cliniche predisposte, n. menù per patologie –almeno 3 tipologie differenti- , n. esercizi per motilità anziani –almeno 5-.)
7. reclutamento RA (n. consenso direttori –adesioni. Almeno 24)
8. adesioni ai corsi (n. operatori RA aderenti - frequentanti i corsi nutrizionali e motori/n. operatori totali RA aderenti)

### **PIANO per la VALUTAZIONE di RISULTATO**

Indicatori di risultato:

Primo anno:

1. n. anziani partecipanti alle iniziative di motricità /n. anziani ospiti delle RA aderenti

Secondo anno:

1. n. di interventi programmati per attività motoria /n. RA aderenti
2. n. anziani dei quali si è rilevata antropometria/ n. anziani delle RA aderenti
3. n. RA che hanno adottato procedure e protocolli di valutazione / monitoraggio antropometrico (50%)
4. n. di RA che ha adottato menù predisposti per patologie nutrizionali (50%)
5. n. degli operatori partecipanti in grado di elencare i vantaggi teorici dovuti ad una corretta alimentazione e ad una periodica attività fisica nell'anziano/n. totale dei partecipanti ai corsi (50%).
6. Adozione di cartella clinica nutrizionale per almeno il 70% degli anziani autosufficienti.
7. RA che modificano (se del caso) / adottano orari dei pasti più fisiologici/ n. RA partecipanti (20%)
8. n. operatori interni alla RA in grado di applicare le comuni metodiche di monitoraggio antropometrico (almeno 1 per ogni RA aderente).

## BIBLIOGRAFIA di RIFERIMENTO

- Guigoz Y., 1994: "Recommended dietary allowances for the free living elderly" *Facts and research in gerontology*, Springer ed., N.Y. -
- De Vreese L.P. 2000, "L'invecchiamento cognitivo: lo stato dell'arte", *Progress in nutrition* 2(3)
- Kligman E.W., Papin E.: "prescrivere l'esercizio fisico nell'anziano"-*Medicina Preventiva* 1993; 10:31
- Ministero Politiche Agricole e forestali/Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e nutrizione (INRAN), *Linee Guida per una sana alimentazione italiana (2003)*

## RICADUTE del PROGETTO

### **Ricadute di progetto a lungo termine.**

Le ricadute finali tendono a:

- 1) **aumentare la qualità e la durata della vita nell'anziano istituzionalizzato** agendo sulla sua salute individuale e sul suo umore psicofisico, promuovendone l'attività fisica, migliorando l'ambiente nel quale egli si trova ed aumentando la qualità del cibo ad esso somministrato.
- 2) Il progetto intende inoltre **ridurre i costi sanitari**, poiché, **aumentando gli anni di vita attivi dell'anziano**, tende a ridurre il tempo in cui l'anziano si troverà in una situazione "di inabilità o di poca abilità" che implementa l'assistenza dedicata, con conseguente incremento di spesa e di personale.
- 3) Inoltre intende **incentivare ed aumentare la professionalità dei quadri intermedi operanti nelle strutture**, implementando un metodo di "**formazione continua**" o **quantomeno periodica**, simile a quella che già attualmente è prevista da Dlgs 155/97 per gli operatori di cucina riguardo alla metodica HACCP.
- 4) Intende anche creare delle **reti di alleanze e delle partnership durature che possano avere un peso futuro sulle decisioni di salute riguardanti la popolazione anziana ( per esempio azione sui PEPS piani e profili per la salute)**, e sulle scelte sanitarie riguardanti la gestione / indirizzo delle strutture per anziani.
- 5) Inoltre intende sperimentare e validare alcune **metodiche di monitoraggio epidemiologico** tali da poter permettere una rapida diagnosi e valutazione dello stato nutrizionale degli anziani ospiti delle strutture piemontesi, in maniera da permettere correzioni di rotta rapide ed efficaci in merito alle politiche gestionali sanitarie.

I vari step che, riassumendo, vengono di seguito riportati per dare una maggior chiarezza d'insieme al progetto, intendono avere le **ricadute finali e di più ampio respiro che abbiamo sopra descritto.**

### **Breve riassunto progettuale nell'ottica delle ricadute di progetto a breve e medio termine**

L'azione progettuale persegue più livelli:

si vuole innanzitutto effettuare una rilevazione dello stato nutrizionale degli anziani istituzionalizzati nelle RA dei territori delle AASSLL aderenti al progetto.

In termini di obiettivi operativi, il progetto in prima battuta intende agire su:

- l'organizzazione delle RA (variazione orari di somministrazione dei pasti; creazione di menù più equilibrati e flessibili; aumento ore di attività fisica effettuata dagli anziani con utilizzo di personale esperto; individuazione di spazi e attrezzature per attività fisica; adozione di un sistema di monitoraggio / protocollo per rilevazione della malnutrizione)
- In seconda battuta, il progetto vuole apportare un aumento della qualità di vita dell'anziano istituzionalizzato, e un miglioramento del suo stato psicofisico, attraverso/grazie ad un lavoro con direttori e operatori RA finalizzato all'aumento delle conoscenze e della consapevolezza, e alla modifica dell'approccio all'anziano residente.

La ricaduta finale del progetto sugli anziani autosufficienti istituzionalizzati in RA, viene perseguito – dal punto di vista organizzativo - mediante il controllo/stabilizzazione del peso corporeo, l'incremento delle ore dedicate all'attività fisica, l'effettuazione di corsi diretti agli anziani, la somministrazione di pasti equilibrati, forniti in un ambiente psicologicamente sereno, con orari fisiologici.

In sintesi:

- Aumento dell'attività fisica dell'anziano istituzionalizzato;
- rispetto e gradimento dei menù predisposti e concordati;
- adozione della "cartella clinica" con rilevazione dei dati antropometrici e aggiornamento periodico della stessa;
- coinvolgimento stabile delle partnership per creazione di iniziative di animazione e coinvolgimento culturale / ludico dell'anziano (Unitre, associazioni varie, ecc.) .

## PIANO di COMUNICAZIONE e DOCUMENTAZIONE del PROGETTO

- comunicazione interna
- visibilità del progetto utilizzando i media e la stampa locale, cartellonistica / brochure e sito dedicato web entro la conclusione del progetto.
- convegni fra enti ed istituzioni (sociali e sanitari), interessati alla gestione e al controllo della realtà assistenziale degli anziani.
- Diffusione dei dati mediante i corsi di aggiornamento (accreditati ECM) per tutti i SIAN delle ASL Piemontesi.
- “Esportazione” e divulgazione dei dati e dei risultati ottenuti tramite presentazione di poster, relazioni e partecipazione diretta a convegni extra regionali.

## COMPONENTI del GRUPPO di PROGETTO

Nominativo	Professionalità	Servizio	Ruolo e compiti
Melino Margherita	Direttore	SIAN Asl 16 Mondovì	Responsabile progetto
Devalle Pietro	Dirigente medico	SIAN Asl 16 Mondovì	Referente area nutrizione/collaboratore e supervisore per l'ASL 16.
Paltrinieri Giovanna	Dirigente medico	SIAN Asl 10 Pinerolo	Referente area nutrizione/collaboratore/supervisore per l'ASL 10
Forestiero Ilenia	Dietista	SIAN Asl 10 Pinerolo	Collaboratore/partecipante
Milan Flavia	Dirigente medico	SIAN Asl 13 Novara	Referente nutrizione/collaboratore e supervisore per l'ASL 13
Grossi Patrizia	Dirigente medico	SIAN Asl 13 Novara	Collaboratore/partecipante
Bassetti G. Luigi	Direttore	SIAN Asl 15 Cuneo	Referente nutrizione/collaboratore e supervisore per l'ASL 15
Miaglia Sergio	Dirigente medico	SIAN Asl 17 Savigliano	Collaboratore/supervisore per l'ASL 17.
Bonanno Mario	A.S.V.	SIAN Asl 17 Savigliano	Collaboratore/partecipante alla progettazione
Zarri Mauro	Dirigente medico	SIAN Asl 18 Alba Bra	Referente area nutrizione/collaboratore/supervisore per l'ASL 18

**BUDGET: finanziamento richiesto € 30.000,00 – finanziamento assegnato € 28.440,00**

Tipologia di spesa	Voci analitiche di spesa	Auto/co-finanziamento	Finanziamento richiesto
Personale	<b>Dietista</b> (consulente esterno) 600 ore distribuite nelle ASL prive di tale figura professionale. <b>Esperto in attività motorie/fisioterapista</b> (consulente esterno) 450 ore distribuite nelle ASL coinvolte nel progetto. <b>Personale delle ASL</b> del progetto per preparazione attività, tutoraggio, riunioni ecc.		€ 12.000,00  € 9.000,00  // //
Attrezzature	Acquisto n. 6 Plicometri, 1 per ogni ASL del progetto.		€ 2.440,00
Sussidi	Libri, materiale vario.		€ 1.200,00 Totale, ripartito in € 200,00 per

			le 6 ASL del progetto.
Spese di gestione e funzionamento	-segreteria amministrazione ASL 16, gestione materiali e mezzi		€ 1.500,00
Spese di coordinamento	- gruppo tecnico - consulenza per metodologia		€ 500,00 Totale, ripartito in € 100,00 per le ASL 10, 13, 15, 17 e 18.
Altro	- eventi visibilità - produzione strumenti		€ 1.800,00 Totale, ripartito in € 300,00 per le 6 ASL del progetto.

### Riepilogo destinazione fondi

ASL	Totali
SIAN ASL 16	€ 25.440,00
SIAN ASL 10	€ 600,00 (e un plicometro acquistato dall'ASL 16)
SIAN ASL 13	€ 600,00 (e un plicometro acquistato dall'ASL 16)
SIAN ASL 15	€ 600,00 (e un plicometro acquistato dall'ASL 16)
SIAN ASL 17	€ 600,00 (e un plicometro acquistato dall'ASL 16)
SIAN ASL 18	€ 600,00 (e un plicometro acquistato dall'ASL 16)
<b>Totale</b>	<b>€ 28.440,00</b>

Data 19/07/06

Il Responsabile del progetto \*  
Melino D.ssa Margherita

Il Referente aziendale PES \*  
Briatore D.ssa Silvana

Il Commissario\*  
Silvano Dr. Stefano