

MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE NELL'ANZIANO: UN PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Autori: **Simona Bacaloni** [A], **Sabrina Carpano** [A],
Claudio Grillo [A], **Giovanna Caglini** [B], **Rita Fiorentini** [C],

[A] Tutor didattico Corso di Laurea in Infermieristica - Polo di Macerata, UNIVPM.

[B] Amministrativa Corso di Laurea in Infermieristica - Polo di Macerata, UNIVPM.

[C] ADP Corso di Laurea in Infermieristica - Polo di Macerata, UNIVPM.

Per corrispondenza: **s.bacaloni@staff.univpm.it**
simona.bacaloni@gmail.com
Contatto telefonico: 3478922888

INTRODUZIONE

Per la prima volta nella storia, la maggior parte delle persone può aspettarsi di vivere fino a sessanta anni e oltre (*Rudnicka e et al 2020; Liu LF et al 2017; Arroyo - Quiroz C et al 2020*).

Alla fine del 2014, circa il 12% della popolazione totale aveva un'età pari e superiore a 65 anni (*Dipartimento di statistica 2015*). Si prevede che tale numero aumenterà del 20% entro il 2025.

In Italia si continua a invecchiare a causa della **bassa fecondità** e della **longevità** sempre più marcata. Al primo gennaio 2022 l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra anziani di 65 anni e più e giovani di età inferiore a 15 anni) è pari a 187,9%. Anche nei prossimi decenni si prevede che l'invecchiamento continuerà: l'indice raggiungerà quota 293 al 1° gennaio 2042.

Gli anziani di 65 anni e più sono 14 milioni e 46 mila a inizio 2022, 3 milioni in più rispetto a venti anni fa, pari al 23,8% della popolazione totale. Nel 2042 saranno quasi 19 milioni, il 34% della popolazione. I grandi anziani (80 anni e più) sempre secondo i dati Istat, superano i 4,5 milioni mentre la popolazione con almeno 100 anni raggiunge le 20000 unità, valore quadruplicato negli ultimi venti anni (*ISTAT 8 giugno 2022*).

Tuttavia, **una maggiore longevità non equivale a invecchiare in buona salute** (*Wagg et al. 2021*) in risposta, l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha fissato l'obiettivo di un invecchiamento sano e richiede uno sforzo a livello di comunità per creare ambienti più adatti agli anziani basati sulla teoria dell'adattamento persona-ambiente. (*Wu YT et al, 2020; OMS 2015; OMS 2018*).

Sebbene sia ampiamente riconosciuto che non esiste una definizione comune "sull'invecchiamento di successo" (Bowling A., 2007), ricerche precedenti hanno affermato che potrebbe essere concettualizzato come un processo di sviluppo e mantenimento in cui l'età è associata al raggiungimento di un funzionamento almeno ottimale e al benessere che è coerente con il normale invecchiamento (Ng TP et al 2009).

Il Baltimore Longitudinal Study of Aging (2010) che si occupa dell'invecchiamento sano, in uno studio longitudinale ha dimostrato che l'invecchiamento "normale" può essere distinto dalla malattia. Questo studio ha dimostrato inoltre che non tutte le persone invecchiano allo stesso modo.

Ci sono più differenze importanti tra giovani e anziani in quanto è ben documentato che questi ultimi consumano una quota sproporzionata di servizi (Lafortune L. 2009). Comprendere perché alcune persone sono resistenti alle malattie e al declino funzionale e identificare i modi per mantenersi in salute sono sfide per il futuro (Baltimore longitudinal study of aging 2015).

L'invecchiamento sano si concentra sull'ottimizzazione delle opportunità di salute, sulla partecipazione a questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civili, nonché della sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita delle persone anziane e aumentare l'aspettativa di vita in buona salute (OMS 2005). Pertanto devono essere utilizzate strategie di promozione all'invecchiamento sano che devono essere ancorate all'educazione sanitaria che favorisca l'aumento del controllo della propria vita e la responsabilizzazione delle decisioni sulla propria salute. (Rumor PCF et al 2010).

L'educazione alla salute è un'attività che -

deve essere sviluppata da professionisti alla salute come gli infermieri, che svolgono un ruolo importante in questo processo che stabilisce la reazione dialogico riflessiva tra professionista e cliente e anziano e mira a sensibilizzare il loro concetto di salute e la loro percezione come attori principali della loro salute (Souza LB 2010).

L'attività fisica è ampiamente conosciuta come intervento preventivo per la fragilità (OMS 2020). L'attività fisica ha anche un ruolo importante nel benessere delle persone anziane (Vaggetti GC et al 2020). Gli studi hanno riportato che **l'attività fisica nell'anziano è associata a esiti positivi per la salute** come il miglioramento della sindrome metabolica, la riduzione della depressione, il miglioramento della funzione cognitiva e la prevenzione della demenza (Vhamani MA et al 2015; Wilder RP et al 2006). Secondo una revisione sistematica della letteratura gli anziani fisicamente attivi hanno dimostrato livelli elevati di qualità della vita correlata alla salute che si chiama HRQoL (Young G et al 2011). Nonostante i benefici dell'attività fisica negli anziani, la prevalenza dell'attività minima di esercizio raccomandato (150 minuti a settimana di attività fisica a intensità moderata o 75 minuti a settimana a intensità vigorosa, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2010) era solo del 37,6 % negli anziani nel 2020, secondo il *Living The Profiles of Older People Survey* del 2021. Inoltre, a seguito di un'indagine telefonica sui cambiamenti nella frequenza o nel tempo dell'attività fisica indoor e outdoor per gli anziani nel 2020 dopo il covid 19 è stato riferito che la quantità totale di esercizio è diminuita rispetto a prima del covid 19 (Namkung E 2020). Le più recenti linee guida dell'*American College of Sports Medicine (ACSM)* suggerisce che l'anziano dovrebbe svolgere attività fisica non solo di tipo aerobico, per esempio -

- camminare, ma anche migliorare la sua forza muscolare (attività contro resistenza), l'equilibrio e la flessibilità. È riconosciuto sempre secondo l'ACSM che livelli superiori di attività fisica forniscono benefici maggiori. Nel caso dell'anziano sano, autonomo, motivato e che si dedica già all'attività fisica, occorre incoraggiare a continuare o anche consigliare programmi di attività fisica più intensa, compatibilmente con le aspirazioni del soggetto e le sue condizioni cardiovascolari e osteoarticolari. Per un anziano sano, ma sedentario, si dovrebbero consigliare programmi di attività fisica in linea con le evidenze scientifiche (es. consigliare di camminare per almeno una distanza di 2 km tutti i giorni). Nel caso di un anziano con una sedentarietà insorta recentemente è utile approfondire le ragioni di tale cambiamento nello stile di vita. Se è presente depressione diventa obbligatorio curare la depressione nel modo più appropriato, non dimenticando che la promozione dell'attività fisica è essa stessa un trattamento della depressione. Nel caso di un anziano fragile, o anziano con patologie specifiche, si tratta di un approccio diverso da quello della semplice promozione dell'attività fisica a scopo preventivo. I miglioramenti della nutrizione sono noti per portare benefici tangibili alle persone anziane e **molte malattie e condizioni legate all'età possono essere prevenute, modulate o migliorate dalla nutrizione** (Shlisky J et al 2017). Una serie di fattori psicosociali e fisiologici, influenzano l'apporto nutrizionale e lo stato di salute negli anziani. Ad esempio, un cambiamento della massa corporea con l'invecchiamento ha un profondo effetto sullo stato nutrizionale. Dopo i settanta anni la massa corporea magra e il peso corporeo totale diminuiscono (Jenton L. 2011). Questa riduzione del peso corporeo e la perdita di massa corporea magra, si traduce in un **aumento del rischio di sarcopenia** -

- **osteoporosi, fragilità**, una conseguente maggiore propensione a **cadute e fratture, infezioni** e un aumento complessivo del rischio di mortalità e morbilità. Altri fattori fisiologici includono, ridotta funzione fisica, disabilità visiva, scarsa dentizione e cambiamenti gastrointestinali. Da un punto di vista psicologico e sociale i problemi dietetici possono essere dovuti al lutto, depressione, isolamento, demenza e vincoli socioeconomici. Insieme tutti questi fattori possono comportare una riduzione dell'appetito e una ridotta capacità e motivazione ad acquistare e preparare il cibo (Shlisky J et al 2017). Secondo i dati del Ministero della Salute, nell'anziano sono frequenti carenze dietetiche multiple, legate a un insufficiente apporto di nutrienti quali: proteine, folati, vitamina C, calcio, acidi grassi polinsaturi, carotenoidi, vitamina E, selenio, vitamina D, vitamina B12, magnesio. Sulle cattive abitudini dietetiche può incidere anche il reddito che spesso nei pensionati è al limite o sotto il livello di povertà. La maggior parte degli incidenti negli anziani si verifica in ambiente domestico (Ministero della Salute 2010), in particolare le cadute rappresentano il fattore di rischio maggiore. Le cadute e le lesioni causate da cadute sono molto comuni negli anziani (WHO 2008) con circa il 30% degli adulti di età pari a 60 anni che cade ogni anno (Agnello SE et al 2008), le cadute sono più probabili per gli anziani con maggiore fragilità (Samper-Ternent R, et al 2012). Le conseguenze delle cadute includono lesioni, fratture, problemi di mobilità, depressione, perdita di indipendenza e un notevole onere economico per i sistemi sanitari (Haddad YK et al 2019). La casa non è generalmente percepita come luogo a rischio cadute; invece, il 60% delle cadute avviene propri in casa. Dentro casa gli ambienti più a rischio sono la cucina (25%), la camera da letto -

(22%) le scale interne ed esterne (20%) e il bagno (13%) (Dati Epicentro 2020). **Migliorare la salute dell'ambiente domestico** è senza dubbio una strategia di prevenzione fondamentale: illuminare bene gli spazi abitativi, eliminare i tappeti, evitare le superficie scivolose, tenere la stanza in ordine, rimuovere gli oggetti che aumentano il rischio di cadute, asciugare subito i pavimenti bagnati, aumentare l'illuminazione durante le ore notturne vicino al letto e al bagno, ridurre la distesa tra letto e bagno, disporre di un letto ad altezza variabile e di ausili per la mobilitazione appropriati.

Gli interventi multifattoriali hanno portato a una riduzione del tasso di caduta rispetto a soggetti su cui si interviene solo con un intervento monofattoriale.

Al fine di migliorare la qualità della vita della popolazione l'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che **la promozione della salute è la strategia fondamentale nell'assistenza sanitaria** che implica cambiamenti nei comportamenti e l'adozione di modelli che promuovono la buona salute (Agazio et al 2021). Nell'ambito del corso di Laurea Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche nel terzo anno di corso è previsto il laboratorio di promozione della salute, nel quale gli studenti diventano attori principali di un evento educativo rivolto alla popolazione. Il direttore e i Tutors hanno deciso di intraprendere **un percorso di educazione alla salute rivolto alla persona anziana della provincia di Macerata che si svolgerà nel mese di Maggio e Giugno 2023.**

- **Realizzare un progetto di educazione alla salute per la popolazione anziana relativamente all'importanza dell'attività fisica, della corretta alimentazione e la promozione di una casa sicura.**

MATERIALI & METODI

Il progetto educativo verrà strutturato in più fasi. **Fase 1:** revisione della letteratura utilizzando le parole chiave "Health, elderly, education, quality of life, nutrition, fall risk, risk factors, diet, older adult, physical activity". **Fase 2:** formazione degli studenti del terzo anno alla corretta esecuzione di un'attività educativa e sul relativo sviluppo del progetto, con la partecipazione di una *specialist* psicologa e dei tutor didattici. **Fase 3:** redazione della scheda progetto e dei materiali necessari per la messa in pratica del progetto. **Fase 4:** attuazione del progetto da parte degli studenti nel mese di maggio/giugno. **Fase 5:** analisi dei dati ottenuti. **Fase 6:** valutazione degli indicatori di risultato.

CONCLUSIONI

Il progetto di educazione alla salute rivolto agli anziani, elaborato dai tutor e dal direttore del corso di laurea infermieristica di Macerata ha una doppia valenza: da un lato permette agli studenti di acquisire un set di meta competenze necessari al loro futuro professionale come previsto dal DM 739/94, dal codice deontologico e dal loro ordinamento didattico e da un punto di vista sociale ha un valore molto importante in quanto si rivolge a un target di popolazione fragile. Al termine dello svolgimento dell'attività di educazione si provvederà a valutare gli effetti positivi o negativi per entrambi gli stakeholders in modo da poter riprodurre, per gli anni successivi un'attività di educazione alla popolazione codificata.

OBIETTIVI

- **Fornire agli studenti infermieri le competenze cognitive, tecniche relazionali necessarie alla realizzazione di un intervento educativo;**

Bibliografia & Sitografia

Agnello SE , McCabe C , Becker C , Fried LP , Guralnik JM . La sequenza ottimale e la selezione degli elementi del test di screening per prevedere il rischio di caduta nelle donne anziane disabili: lo studio sulla salute e l'invecchiamento delle donne. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(10):1082-1088. DOI:10.1093/gerona/63.10.1082

Arroyo-Quiroz C, Brunauer R, Alavez S. Factors associated with healthy aging in septuagenarian and nonagenarian Mexican adults. *Maturitas*. 2020;131:21-7.

Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA). Healthy aging: lessons from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. USA: Department of Health and Human Services; 2010 [cited 2015 Nov 23]. Available from: <https://www.blsa.nih.gov/about/healthy-aging/cover>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Estatuto do Idoso 2ª Ed. rev. Brasília: MS; 2009.

Bowling A. Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? *Int J Aging Hum Dev* 2007;64: 263-297.

Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enferm* 2011; 32(2):378-384.

J. Shlisky, D.E. Bloom, A.R. Beaudreault, K.L. Tucker, H.H. Keller, Y. Freund-Levi, R.A. Fielding, F.W. Cheng, G.L. Jensen, D. Wu, S.N. Meydani Considerazioni nutrizionali per un invecchiamento sano e la riduzione delle malattie croniche legate all'età *Nutr.*, 8 (1) (2017), pp. 17-26

Haddad YK , Bergen G , Firenze CS . Stimare l'onere economico relativo agli anziani cade per stato. *J Sanità pubblica Manag Pract*. 2019;25(2):E17-E24. DOI:10.1097/PHH.0000000000000816

<https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani#Dove>

Lafortune L, Béland F, Bergman H, Ankri J. Health state profiles and service utilization in community-living elderly. *Med Care* 2009;47: 286-294

L. Genton, V.L. Karsegard, T. Chevalley, M.P. Kossovsky, P. Darmon, C. Pichard Variazioni della composizione corporea nell'arco di 9 anni in soggetti anziani sani e impatto dell'attività fisica *Clin. Nutr.*, 30(4)(2011), pp. 436-442

Liu LF, Su PF. What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(5):697-707.

Martins JJ, Barra DCC, Santos TM, Hinkel V, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev eletrônica enferm [periódico na Internet]*. 2007 [acessado 2013 set 15]; 9(2):443-456. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>

Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* 2008; 17(4):758-764.

Ng TP, Broekman BF, Niti M, Gwee X, Kua EH. Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 407–416.

Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ Saúde* 2013; 11(2):375-394.

Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes em período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6–11.

Sally Hopewell, Olubusola Adedire, Bethan J Copsey, Graham J Boniface, Catherine Sherrington, Lindy Clemson, Jacqueline CT Close, Sarah E Lamb, and Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group University of Oxford, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS), Botnar Research Centre, Windmill Road, Oxford Oxfordshire UK, OX3 7LD Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2018(7)

Samper-Ternent R, Karmarkar A, Graham J, Reistetter T, Ottenbacher K. La fragilità come predittore di cadute negli americani messicani più anziani. *J Invecchiamento salute*. 2012;24(4):641-653. DOI:10.1177/0898264311428490

Souza LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev enferm UERJ* 2010; 18(1):55-60.

Wagg E, Blyth FM, Cumming RG, Khalatbari-Soltani S. Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Ageing Res Rev*. 2021;69:101365.

Wu YT, Daskalopoulou C, Muniz Terrera G, Sanchez Niubo A, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, et al. Education and wealth inequalities in healthy ageing in eight harmonised cohorts in the ATHLOS consortium: a population-based study. *Lancet Public Health*. 2020;5(7):e386–94.

World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization; 2008

World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1. Accessed 30 Nov 2021.

World Health Organization. Age-friendly environments in Europe (AFEE). 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334284/WHO-EURO-2020-1088-40834-55192-eng.pdf?sequence=1>. Accessed 15 Dec 2021.