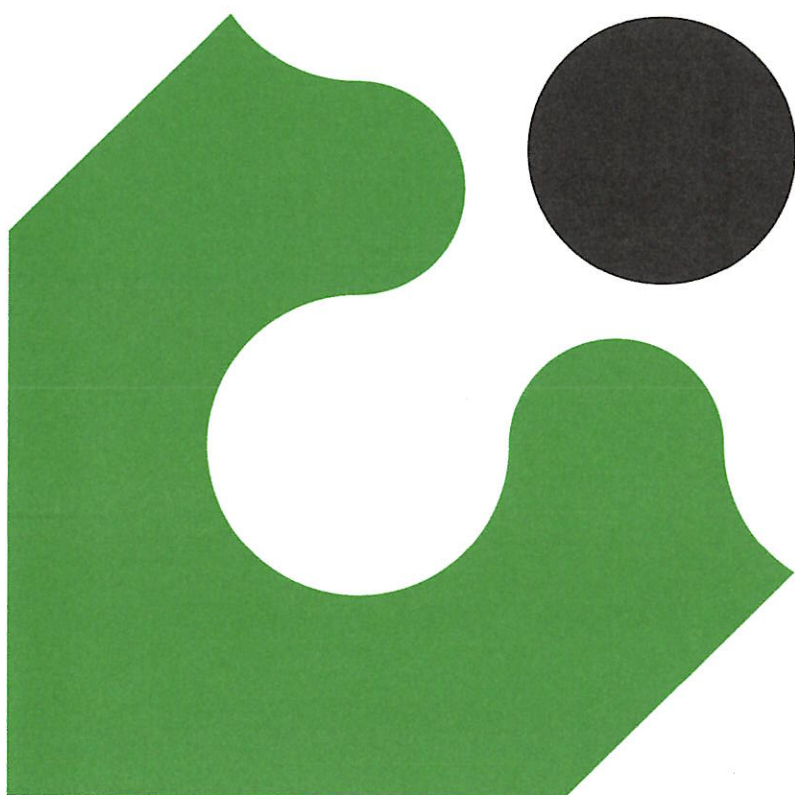


IFEC TELEASSISTENZA: OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE NUOVI STILI DI VITA

Mascia Michela Bassani
Maria Mercedes Enriquez Almendros
Nora Giovanna Vecchiati

**Formazione per infermiere
di famiglia e comunità**

2021



Codice corso: AFSSL21001

GLI AUTORI

Mascia Michela Bassani, Infermiera, ASST Bergamo Ovest, mascia_bassani@asst-bgovest.it

Maria Mercedes Enriquez Almendros, Infermiera, ASST Bergamo Ovest, simomerce@virgilio.it

Nora Giovanna Vecchiati, Infermiera, ASST Bergamo Ovest, nora_vecchiati@asst-bgovest.it

IL TUTOR DI PROGETTO

Nadia Elvira Stuani, Responsabile DPSS per la ricerca, i tirocini e la formazione, ASST Bergamo Ovest

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE ..	9
CRONOPROGRAMMA	13
RISULTATI ATTESI	14
CONCLUSIONI	15
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	16
BIBLIOGRAFIA.....	18
SITOGRAFIA	18

INTRODUZIONE

“Quotidiano sanità 11 Dicembre 2020”: Obesità infantile l’allert dell’OMS Europa oltre il 20 % dei bambini italiani è sovrappeso, pari a 1 su 5. Nonostante il trend in miglioramento negli anni l’Italia è tra i paesi europei con i valori di eccesso di peso più elevati tra i bambini in età scolare: il 9,4% di bambini è considerato obeso e il 2.4% gravemente obeso.

Sovrappeso e obesità sono definiti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come condizioni di anormale o eccessivo accumulo di grasso corporeo che presenti un rischio per la salute.

L’obesità è causata da fattori biologici (per almeno un 30% genetici), psicologici e socio-ambientali ma, in ogni caso, l’eccesso ponderale è causato da uno squilibrio fra assunzione calorica e spesa energetica a favore della prima. In sostanza si mangia di più di quello che si dovrebbe.

Si può realizzare la presa in carico del bambino e degli eventuali Caregiver mediante la collaborazione, l’integrazione professionale tra il pediatra di libera scelta (PLS), i medici specialisti (nutrizionista e psicologo) e l’IFeC; lasciando la cura del bambino con obesità grave al pediatra ospedaliero, che potrà tenerlo in osservazione nella prima fase anche in regime di ricovero.

Una delle modalità di erogazione sanitaria e socio sanitaria per l’assistenza del bambino potrebbe essere la teleassistenza, dove per teleassistenza si definisce un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull’interazione a distanza tra professionista e utente/caregiver per mezzo di videochiamata, alla quale si può, all’occorrenza, aggiungere la condivisione dei dati, dei referti, delle immagini.

Il professionista che svolge l’attività di teleassistenza può utilizzare idonee applicazioni per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività

specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

La presa in carico del bambino obeso deve tener conto dell'età, della severità dell'obesità, della familiarità al diabete, delle possibili complicanze vascolari, dei fattori psicologici, culturali e socio-economici.

La base di tutto il progetto nascente è la creazione di un team multidisciplinare elastico che prevede inizialmente la presenza al suo interno del Pediatra di libera scelta o del Medico di Assistenza Primaria, del team IFeC e dello Psicologo, lasciando ampia libertà di implementazione delle figure sanitarie che, volta per volta, saranno indispensabili per la buona riuscita del progetto stesso.

La presa in carico da parte dell'IFeC prevede l'educazione terapeutica dell'utente e del nucleo familiare; tale presa in carico mira a favorire un cambiamento dell'assistenza integrata attraverso un processo di cura centrata sul paziente.

L'azione progettuale dell'IFeC, in sinergia con il Pediatra di Base ed eventualmente in collaborazione con uno psicologo, deve portare il bambino e la sua famiglia a prendere coscienza dell'eccesso di peso. Questa presa di coscienza è assolutamente prioritaria per la buona riuscita del progetto stesso, senza la quale il buon esito del programma sarebbe invalidato.

A seguito della presa di coscienza dell'esistenza di un problema alimentare, l'IFeC si fa carico di aiutare il bambino e la famiglia a sviluppare un'attenzione propositiva verso il programma personalizzato.

Il progetto, proprio perché è strettamente personalizzato, deve assolutamente tenere conto del contesto economico, sociale e culturale in cui il bambino e la famiglia vivono. Solo in questo modo la progettualità potrà rispondere a tutte le esigenze dell'utente senza entrare in contrasto con quello che è il vivere quotidiano familiare.

L'impegno continuativo, attraverso la teleassistenza, dell'IFeC deve accompagnare gli attori principali del progetto verso il cambiamento fattivo delle loro abitudini, privilegiando inizialmente la modifica di piccole azioni quotidiane, per poi giungere al mutamento delle loro consuetudini.

Uno dei primi passi, per esempio, potrebbe essere quello di insegnare all'utente e/o ai Caregiver la lettura e l'interpretazione delle etichette alimentari; così da guidarne e limitarne le abitudini di acquisto di alimenti non idonei.

L'uso della teleassistenza permette un contatto frequente con le parti in causa e può essere sfruttato anche come metodo per mantenere alta la motivazione e la positività verso la buona riuscita del progetto, anche nei momenti, inevitabili, di crisi e/o conflitto vero il progetto stesso.

Il risultato ultimo del progetto è, ovviamente, la maggior perdita di peso possibile verso il raggiungimento del peso forma, unito al cambiamento di abitudini alimentari che porti il bambino stesso verso un'alimentazione più salutare.

A seguito di ciò, uno dei risultati a cui dovrebbe portare il progetto è quello di evitare il più possibile ricoveri ospedalieri che vanno ad influire psicologicamente sull'azione e la reazione del bambino verso il suo programma di cambiamento, oltre che influire, inevitabilmente, sulla spesa sanitaria.

Analogo discorso può essere fatto per la capacità del sistema di teleassistenza di diagnosticare e/o prevenire precocemente eventuali comorbidità e di giungere quindi alla possibilità di

evitare o ridurre al minimo l'insorgenza a lungo termine di patologie tendenti alla cronicizzazione.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari sono soggetti segnalati dai pediatri di libera scelta, di età pediatrica tra i 6 e i 14 anni, con il coinvolgimento delle loro famiglie. I criteri per l'identificazione dei soggetti in sovrappeso e/o obesi sarà l'utilizzo dell'indice di massa corporea (BMI).

METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto si suddivide in una prima parte conoscitiva-informativa-educativa che mette in contatto tutte le parti che entrano in gioco e una successiva di rinforzo e di follow up. Questa fase successiva servirà per avere dei dati di analisi dell'andamento del progetto, così da valutarne la validità e apportarne gli eventuali correttivi.

Gli argomenti riguardanti il programma verranno esposti al bambino con l'aiuto di materiale iconografico predisposto in maniera semplice, in base all'età dei partecipanti (es. diario alimentare, atlante fotografico delle porzioni dei cibi).

È prevista periodicamente la rilevazione del peso corporeo con l'utilizzo di bilance digitali collegabili ad applicazioni specifiche, la misurazione dell'altezza e della circonferenza vita e il ricalcolo dell'indice BMI. Il tutto riportato all'interno di una cartella personalizzata.

Sono previsti dei corsi di educazione sanitaria e alimentare che coinvolgano anche la famiglia e prevedano la collaborazione di una figura sanitaria come il nutrizionista.

Di rilevante importanza ai fini del corretto sviluppo del progetto, la promozione dell'attività sportiva. Questo aspetto potrà essere sviluppato anche tenendo conto delle eventuali inclinazioni del bambino e sfruttando le attività ludico-sportive presenti in ambito territoriale vicino al domicilio del bambino stesso.

Sarà importante prevedere possibilità di contatto rapido tra l'utente/Caregiver e l'equipe IFeC, in caso di necessità derivanti da aspetti non chiari, per situazioni critiche legate al programma, per chiarimenti o per supporto psicologico.

È attiva l'opzione del teleconsulto dove ogni ragazzo e la sua famiglia possono contattare il personale e richiedere informazioni.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

- Attivazione dell'IFeC da parte del PLS o MAP con un apposito modulo inviato via mail.
- Presa in carico e colloquio condiviso tra IFeC e PLS o MAP e la famiglia.
- Pianificazione del percorso terapeutico con il team multidisciplinare

1. FASI DEL PROGETTO

1.1 Intervento nutrizionale

1.2 Intervento sull'attività fisica

1.3 Intervento psicologico

1.1 INTERVENTO NUTRIZIONALE

Incontri individuali o di gruppo di educazione a:

- corretta composizione nutrizionale della dieta e porzioni adeguate all'età.
- Corretta ripartizione dei pasti giornalieri.
- Lettura ed interpretazione delle etichette alimentari, modalità di assunzione dei pasti (es. tutti insieme a tavola con tv spenta).
- Percezioni relative al cibo (sazietà, fame, noia, piacere).
- Metodi di preparazione e di cottura (semplici ed appetibili).
- Educazione sull' utilizzo dei supporti informatici e non, quali bilancia elettronica, diario alimentare e atlante fotografico delle porzioni).

1.2 INTERVENTI SULL' ATTIVITA' FISICA:

- incremento dell'attività fisica generica (gioco spontaneo, attività ricreative) e programmata.
- Riduzione dei tempi e delle occasioni di sedentarietà.
- Educazione all' utilizzo dei supporti quali contapassi, accelerometri, applicazioni e/o filmati che stimolano l'attività fisica.

1.3 INTERVENTO PSICOLOGICO:

Supporto psicologico in caso di sofferenza psicologica intensa e persistente (causata da azioni di bullismo) in caso di obesità severa o altre psicopatologie, fattori di stress di origine familiare o fallimento sull' obiettivo non raggiunto (per una possibile ripresa del progetto).

TEMPISTICA

Nel momento in cui il Pediatra di libera scelta (PLS) o il Medico di assistenza primaria (MAP) viene a contatto con un bambino con problematiche di obesità, esso provvederà alla segnalazione del caso all'IFeC.

Successivamente alla segnalazione, l'IFeC, entro un giorno, si attiverà per la presa in carico della stessa e contatterà il PLS/MAP per maggiori informazioni sul caso.

Il primo incontro tra l'equipe sanitaria, il soggetto interessato e la famiglia, per iniziare la conoscenza fra i soggetti coinvolti e per una prima presentazione del progetto, avverrà attraverso un contatto diretto, entro 15 giorni dalla segnalazione.

Entro una settimana l'equipe dovrà essere in grado di presentare al bambino e alla famiglia il programma personalizzato di lavoro. Questo comprenderà le necessarie indicazioni dietetiche, i consigli per una corretta attività fisica e il programma di lavoro e valutazione.

Al momento della consegna del programma si provvederà alla valutazione del peso e del BMI iniziale; questi dati, che verranno riportati nella cartella personale, saranno, ovviamente, la base di lavoro e serviranno per le successive valutazioni sull'andamento del programma stesso.

In seguito alla presa in carico e all'inizio del programma di lavoro, l'IFeC provvederà, nel primo mese, a controlli programmati in teleassistenza una volta a settimana per la valutazione del diario alimentare, dell'attività fisica svolta e per l'elaborazione e il chiarimento di eventuali criticità emerse sin dalla prima fase e con controllo del peso corporeo e del BMI ogni 15 giorni.

Allo scadere del mese, dopo un controllo dei dati raccolti dall'IFeC da parte del PLS/MAP o del nutrizionista, ci sarà una valutazione condivisa a distanza fra tutto il team coinvolto

riguardante gli obiettivi raggiunti e/o mancati. Questo permetterà all'equipe coinvolta nel progetto di elaborare i risultati raggiunti e pianificare la continuazione del programma.

In seguito a questa rivalutazione da parte dell'equipe verrà predisposto un colloquio con la famiglia (in teleassistenza se strettamente necessario) sull'aderenza del percorso da parte del bambino e del nucleo familiare. Verranno evidenziati e rinforzati gli obiettivi raggiunti, così da riportare al bambino un feedback positivo, e si chiariranno eventuali carenze e nuove strategie di azione per la continuazione del programma.

Successivamente al primo mese i contatti tra l'IFeC, il bambino e la famiglia avverranno, sempre in teleassistenza, ogni 15 giorni, permettendo la rivalutazione di peso corporeo/BMI, diario alimentare, attività fisica svolta ed eventuali criticità emerse.

Ogni mese l'equipe provvederà ad incontrarsi, anche con il supporto informatico, per la rivalutazione dello stato del programma.

Ulteriori stimoli motivazionali dovranno essere messi in azione in qualsiasi fase del programma così da mantenere sempre una situazione positiva e propositiva all'interno della famiglia e nel bambino stesso.

La chiusura del percorso è prevista a 180 giorni dall'attivazione, dopo una valutazione collegiale (PLS/MAP, IFeC, altre figure sanitarie eventualmente coinvolte, bambino e/o famiglia) dei risultati raggiunti, dell'acquisizione di nuovi stili di vita e di una base solida su cui il bambino e la famiglia possano operare in autonomia.

CRONOPROGRAMMA

CRONOPROGRAMMA			
FASI	OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI
ATTIVAZIONE		Telefonico e/o mail	
PRESA IN CARICO			
1 contatto con segnalatore	Acquisizione informazioni	Telefonico e/o Teleconsulto	1 GG
2 incontro dell'equipe con il soggetto e/o la famiglia	Fase di conoscenza e presentazione del progetto	Contatto diretto	15 GG
3 consegna del programma personalizzato	Inizio programma	Consegna dieta, materiale di lavoro comprendente eventuale scheda attività fisica	21 GG
4 valutazione del peso/BMI iniziale	Inizio programma		21 GG
5 incontro tra i componenti equipe	Presa visione andamento del progetto	Eventuali correzioni	Ogni 30 GG
6 contatto periodico con l'utente e la famiglia	Valutazione del percorso e di eventuali problemi ed educazione sanitaria	Teleassistenza	1 incontro settimanale il primo mese/ ogni 15 GG dal 2 mese
7 controllo del peso/BMI	Efficacia sulla perdita di peso	Teleassistenza e/o incontro	Ogni 15 GG
VALUTAZIONE			
8 Incontro finale con l'equipe	Chiusura del percorso per raggiungimento dell'obiettivo		180 GG

RISULTATI ATTESI

Al termine del percorso ci si aspetta che il bambino/ragazzo abbia raggiunto una maggiore capacità percettiva riguardante sé stesso e il suo corpo, risultati sulla perdita del peso corporeo, sulla corretta gestione della propria alimentazione, sia per quanto riguarda la quantità ma ancor di più sulla cura della qualità alimentare.

Tutto ciò dovrebbe avere una notevole ricaduta sul livello di autostima del bambino e, sicuramente, un miglioramento delle aspettative di salute a breve-lungo termine dello stesso.

La nostra aspettativa è che i bambini, avvicinandosi il più possibile all'obiettivo prefissato, possano essere in grado, autonomamente, di scegliere alimenti adatti ad una corretta e sana alimentazione, possano avere la capacità di mantenere un'attività fisica adeguata, possano sviluppare una vita sociale che parta da una maggiore sicurezza e autostima, possano garantirsi aspettative di vita, anche a lungo termine, più salutari. Il tutto imprescindibilmente accompagnato dal supporto del nucleo familiare. La stessa famiglia potrebbe giovare di questo percorso per migliorare alcune dinamiche interne nella gestione dell'alimentazione.

CONCLUSIONI

L'IFeC e il corretto uso della teleassistenza possono essere risorse importanti e nuove per effettuare un approccio innovativo, efficace e ben tollerato dal bambino/ragazzo e dalla sua famiglia.

Questo approccio, pur risultando estremamente completo perché prevede il coinvolgimento di numerose figure professionali sanitarie, potrebbe essere percepito dall'utente e dai Caregiver come maggiormente agevolante visto il largo uso di contatti attraverso il telemonitoraggio.

A fronte del coinvolgimento di una equipe ben definita di professionisti, la ricaduta positiva sulla vita sociale di molti bambini, e conseguentemente delle loro famiglie, potrebbe essere rilevante, così come la loro salute fisica, con conseguente riscontro positivo anche a livello di spesa sociale e sanitaria.

Per ottenere risultati a lungo termine ci si può avvalere di una educazione continua che si ripercuota sulle abitudini e mantenga buoni stili di vita.

CONTRIBUTO PERSONALE

CONTRIBUTO PERSONALE BASSANI MASCIA MICHELA

In questo progetto ho sviluppato ed esaminato le fasi del progetto stesso che consistono in: intervento nutrizionale, intervento sull'attività fisica e intervento psicologico.

Gli interventi nutrizionali, relativi allo stile di vita del bambino obeso, prevedono come obiettivo finale di ottenere benefici per la salute dello stesso.

L'IFeC svolge il ruolo di figura chiave nei programmi di prevenzione e promozione dell'attività fisica, associati a stili di vita sani, per favorire cambiamenti di comportamento a lungo termine.

È importante affrontare l'obesità anche da un punto di vista psicologico, cioè comprendere i motivi profondi che hanno causato la stessa e con questa consapevolezza riuscire a non ricadere negli stessi errori (obesità come svantaggio sociale, discriminazione, pregiudizio).

Nella descrizione del progetto e nelle varie fasi è fondamentale l'utilizzo delle nuove tecnologie; noi pensiamo che l'uso della teleassistenza come nuovo e innovativo metodo di approccio all'assistito consenta di mantenere contatti frequenti e a lungo termine.

CONTRIBUTO PERSONALE MARIA MERCEDES ENRIQUEZ ALMENDROS

Nel progetto da noi realizzato sulla prevenzione dell'obesità infantile, sul ruolo dell'IFeC e sull'utilizzo della teleassistenza il mio contributo personale si è focalizzato sugli obiettivi strategici e specifici e sui destinatari/beneficiari del progetto.

Uno dei fini ultimi del nostro progetto è quello di migliorare la qualità di vita del bambino e della famiglia e, contestualmente, ridurre il numero e/o la gravità dei ricoveri ospedalieri causati da patologie legate all'obesità.

Questo progetto nasce dal fatto che, stando ai dati dell'OMS, l'obesità infantile è in graduale crescita negli ultimi anni e rischia di diventare un grave problema sanitario, economico e sociale.

Credo che sia indispensabile un lavoro svolto con un team multidisciplinare adeguato, centrato non solo sul bambino ma sull'intero nucleo familiare.

Creando un progetto personalizzato si possono raggiungere risultati mirati, non solo per diminuire il peso corporeo ma anche per prevenire malattie e modificare stili di vita inadeguati. In questo contesto il ruolo dell'IFeC è basato soprattutto sull'educazione terapeutica e sul monitoraggio del peso, dell'alimentazione e della pratica sportiva.

La Teleassistenza diventa un importante aiuto in quanto permette di avere un contatto frequente e diretto con il bambino e con la famiglia, riducendo i tempi di attesa e creando un rapporto di confidenza tra le parti in causa, permettendo un interscambio continuo di dati.

CONTRIBUTO PERSONALE NORA GIOVANNA VECCHIATI

Nel progetto mi sono focalizzata sulla stesura e sullo sviluppo del cronoprogramma.

In ogni progetto è importante stabilire delle tempistiche che risultino essere realistiche e che permettano ai componenti del programma di avere un'idea chiara su cosa svolgere e in quanto tempo.

Ritengo altresì fondamentale avere delle scadenze su cui concentrarsi per verificare ogni step del lavoro svolto.

Sono pienamente consapevole che è importante stabilire delle tempistiche che permettano comunque una buona elasticità di movimento e riprogrammazione; ciò per permettere al team di lavoro di affrontare eventuali imprevisti e/o cambiamenti del percorso stesso, in base alle esigenze che verranno a manifestarsi durante il suo sviluppo.

Poter prefissare delle date può essere d'aiuto per stimolare ed incentivare sia il team di lavoro che i soggetti direttamente coinvolti e parte in causa nel programma, con lo scopo di poter raggiungere gli obiettivi prefissati nel miglior modo possibile.

BIBLIOGRAFIA

Enrico Molinari, Gianluca Castelnuovo “Clinica psicologica dell’obesità, esperienze cliniche e di ricerca”, Milano, Springer Verlag Italia, 2012

SITOGRAFIA

Quotidiano Sanità. 11 dicembre 2020. “Obesità Infantile”

www.alimenti-salute.it - Modello Regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso. SSR Emilia-Romagna.

www.unicef.it - Rapporto ISTAT malnutrizione bambini

www.salute.gov.it - Linee di indirizzo Nazionali della Telemedicina e Linee Guida per una sana alimentazione

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/