

Laurea in
INFERMIERISTICA

Corso di infermieristica preventiva e di comunità

NURSING COMUNITARIO



A cura di:
Vincenzo Corrado

- *“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell’anno 2000?*

(Florence Nightingale, Pasqua 1889)

I PILASTRI DEL SSN



- L'ospedale accoglie l'ammalato per alcuni giorni ...
- Nel territorio trovate tutte le malattie, le disabilità, il dolore, il disagio.... e trovate contemporaneamente tutte le età!
- Lavorate con persone che, spesso, non verranno mai dimesse!

- E' sempre maggiore la tendenza a ridurre la degenza ospedaliera e ad aumentare i servizi senza ricovero,
- E' in crescita esponenziale il bisogno di assistenza infermieristica DOMICILIARE E TERRITORIALE.

Obiettivi “HEALTH 21” del WHO - 1998

- Obiettivo XV “L’integrazione del settore sanitario”: “In molti stati membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario con un’attenzione particolare all’assistenza sanitaria di base.
- Il documento introduce l’infermiere di famiglia/comunità, adeguatamente formato, in grado di fornire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie.
- Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all’infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale, sui problemi di salute”.

D.M. 739/1994

Art. 1

- ...
- 5. La formazione infermieristica... è intesa a fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:
 - a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica
 - b) pediatria: infermiere pediatrico
 - c) salute mentale – psichiatria: infermiere psichiatrico
 - d) geriatria: infermiere geriatrico
 - e) area critica: infermiere di area critica

CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019

Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, **della famiglia e della collettività**.

Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca

....

Art. 7 – Cultura della salute

L'Infermiere **promuove la cultura della salute** favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e **progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività**

....

Art. 16 - Interazione e integrazione

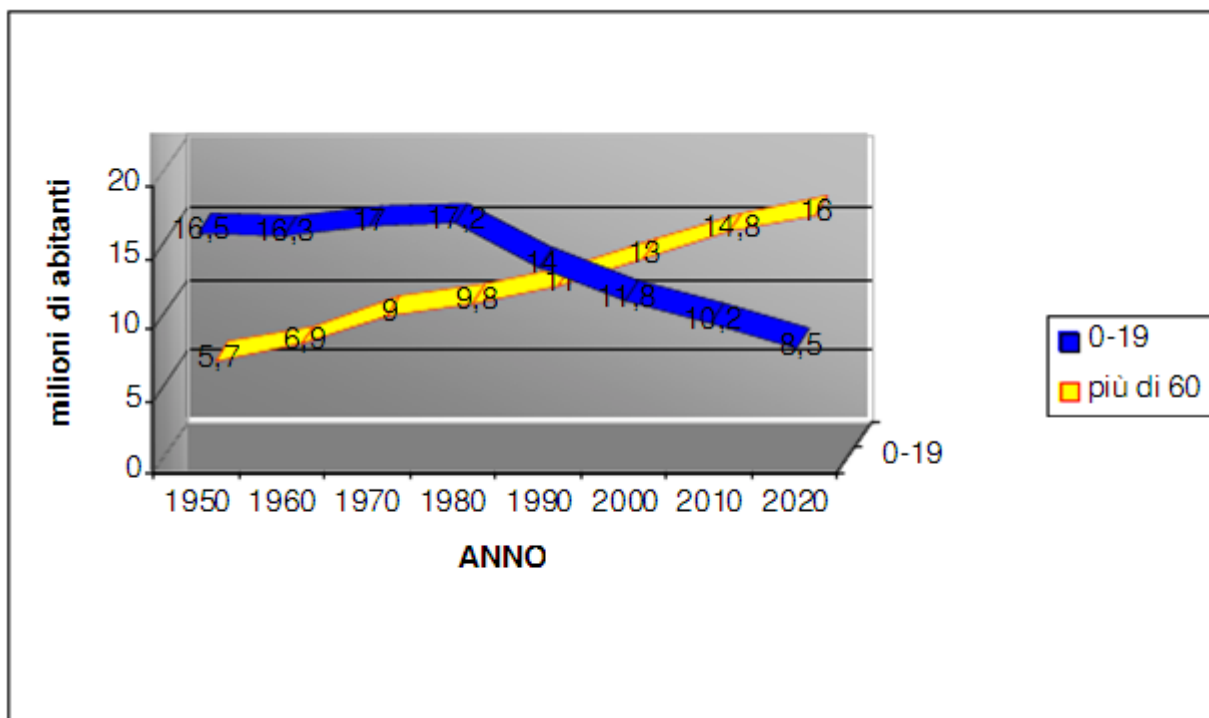
L'Infermiere **riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale**, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Cambiamenti capaci di causare un forte impatto sulla salute pubblica

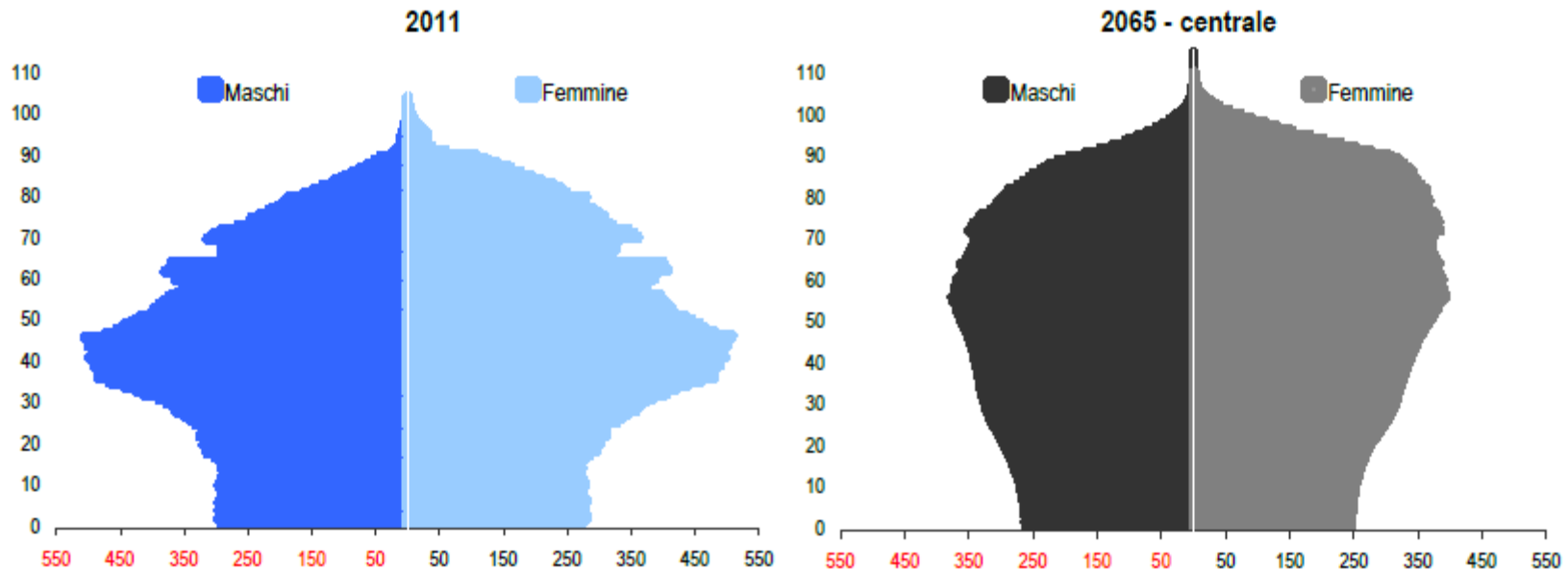
- il continuo aumento della popolazione anziana;
- l'aumento delle malattie croniche e degenerative;
- la configurazione di una società multirazziale.

- Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti, in cui **entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22%** della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato

POPOLAZIONE GIOVANE E ANZIANA IN ITALIA



piramide della popolazione residente al 2011 e al 2065-ITALIA



- Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne)

- Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronicamente degenerative.
- Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza. Tanto nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito, si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata.

Il Disability-adjusted life year o DALY

(in italiano: attesa di vita corretta per disabilità)

- è una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura.
- Il DALY è una misura sempre più comune nel settore della sanità pubblica e nella valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie. Esso estende il concetto di anni di vita potenziali persi a causa di una morte prematura includendo gli anni di vita "sana" persi in virtù del cattivo stato di salute o di disabilità". In tal modo, la mortalità e la morbidità sono combinati in un unico indicatore comune.
- Tradizionalmente, le passività della salute sono state espresse utilizzando una sola misura: (valore atteso) di "anni di vita persi" (Years of Life Lost YLL). Questa misura non tiene conto dell'impatto della disabilità provocata dalla malattia, che può essere espressa in: "anni vissuti con disabilità" (Years Lived with Disability YLD). La misura DALY è calcolata tramite la somma di questi due componenti. In una formula: $DALY = YLL + YLD$.

DALY

I **DALY (Disability Adjusted Life Years)** sono un indicatore dell'impatto globale di uno o più fattori di rischio. Vengono espressi come gli anni cumulativi di vita persi a causa di morbosità, mortalità e disabilità.

= **YLD**
Anni vissuti con malattia o disabilità

+ **YLL**
Anni di vita persi



- Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto longevity shock.
- È inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo age associated, prima tra tutte la malattia di Alzheimer, come ha evidenziato il Progetto IPREA (Italian PROject on the Epidemiology of Alzheimer's disease). L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

- Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

Evoluzione del concetto di invecchiamento

- nell'accezione corrente, l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita.
- Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Per questo motivo, uno degli **indicatori** più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è **l'aspettativa di vita libera da disabilità** (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living).

- L'originalità del nuovo orientamento risiede nell'aver individuato come obiettivi fondamentali il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo della malattia, compito che comunque rimane essenziale, l'obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale.
- Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a "Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni".

Prospettive a livello sociosanitario e assistenziale

- Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.
- Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali (medico, assistente sociale, infermiere, fisioterapista, ecc.), al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano “fragile” (a rischio di perdere l'autosufficienza), di delineare un programma di intervento personalizzato e verificarne periodicamente l'efficacia, adattandolo all'evolversi della situazione.

- Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e handicap, la situazione familiare, socioambientale ed economica, e il rischio di perdita dell'autosufficienza. Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve conoscere in dettaglio quali sono le strutture (reparto geriatrico, residenza sanitaria assistenziale, day hospital, casa di riposo, ecc.) e i servizi (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.
- La figura che gestisce le indicazioni maturate attraverso la valutazione multidimensionale e che organizza e collega gli interventi relativi alla sfera sanitaria, sociale, individuale e familiare è il cosiddetto case manager.

- In conclusione, la rete integrata dei servizi dovrebbe essere lo strumento per coordinare gli interventi destinati agli anziani, al fine di migliorarne l'impatto benefico e indirizzare, secondo criteri etici, logici ed economici, l'allocazione delle scarse risorse disponibili **per prolungare il mantenimento di una vita attiva**, sia dal punto di vista fisico che intellettuale e sociale. Purtroppo, stando ai risultati del progetto "ULISSE - Osservatorio per la qualità dell'assistenza dell'anziano fragile" questo obiettivo in Italia è ancora lontano: i servizi sanitari per l'anziano, sia domiciliari, che per acuti o di lungodegenza, sono genericamente insufficienti e soffrono di una consistente eterogeneità e frammentazione; gli individui che vi accedono hanno un'età media superiore agli 80 anni, un'alta prevalenza di multimorbidità e un elevato consumo di farmaci. Sono, inoltre, caratterizzati da alti livelli di disabilità e ben il 70% degli istituzionalizzati soffre di deterioramento cognitivo, di cui il 40% di grado severo.