INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2026- 2027

IL WELFARE - Obiettivi



Assicurare un tenore di vita minimo a tutti i cittadini



Dare sicurezza agli individui e alle famiglie in presenza di eventi naturali ed economici sfavorevoli



Consentire a tutti i cittadini di usufruire di alcuni servizi fondamentali → sanità ed istruzione

I principali passaggi normativi del Sistema Welfare in Italia

- Costituzione Italiana art. 32 – 1948
- Legge 833 Istituzione SSN – 1978 → Universalità – Uguaglianza – Equità
- Legge 68 -1999 → tutela dei diritti delle persone con disabilità
- Legge 328 – 2000 → riforma del sistema di assistenza sociale in Italia → PDZ (strumento di integrazione sociale)
- DPCM 29 novembre 2001 → LEA
- Legge 189 – 2002 → riforma del sistema pensionistico
- Riforma del lavoro (Jobs Act) → una serie di misure per la flessibilità del mercato e la promozione dell'occupazione

AMBITI CONSIDERATI IMPORTANTI

- ✓ **Assistenza Sanitaria :** il welfare si impegna a garantire un accesso universale e gratuito all'assistenza sanitaria (SSN) + promozione + prevenzione
- ✓ **Protezione Sociale:** il welfare fornisce una rete di sicurezza sociale per le persone che si trovano in situazione di bisogno (Sistema pensionistico, assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, assistenza per la disabilità e altre forme di sostegno economico)
- ✓ **Lavoro e Occupazione:** il welfare sostiene la promozione dell'occupazione e la lotta alla disoccupazione (politiche del lavoro, programmi di formazione professionale, incentivi all'assunzione e misure per favore la flessibilità e la stabilità del mercato del lavoro)
- ✓ **Politiche familiari:** promozione delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e familiare, sostegno alla genitorialità, servizi di assistenza all'infanzia e sussidi famigliari
- ✓ **Inclusione sociale:** obiettivo importante di welfare → Inclusione sociale delle persone in situazioni di disagio, con servizi di supporto (abitazioni sociali, assistenza sociale e opportunità di formazioni e lavoro)
- ✓ **Educazione e Formazione:** promozione di un sistema educativo e formativo inclusivo ed equo garantendo l'accesso all'istruzione di qualità a tutti i cittadini e favorendo l'istruzione permanente e la formazione professionale

COME E' CAMBIATA LA POPOLAZIONE

NEL XX SECOLO

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

* Incremento patologie cronico – degenerative
* Fragilità socio-sanitaria

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

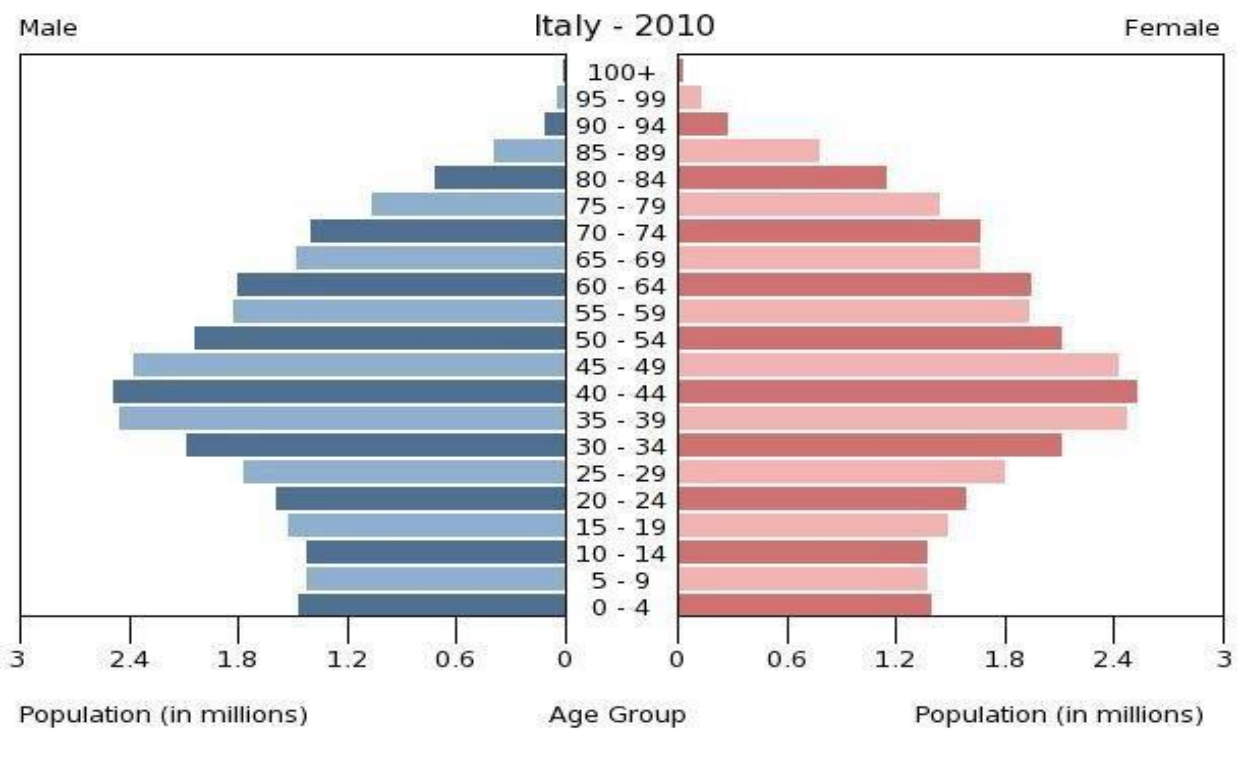
* Calo delle nascite
* Allungamento della vita
* Invecchiamento della popolazione
* Aumento delle persone immigrate

TRANSIZIONE SOCIALE

* Contrazione nuclei famigliari
* Riduzione rete parentale
* Cambiamento tipologia lavoro - precarietà

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Piramide d'età in Italia nel 2010



ISTAT 2015

Piramide d'età in Italia nel 2050 (previsioni U.S. Census Bureau)

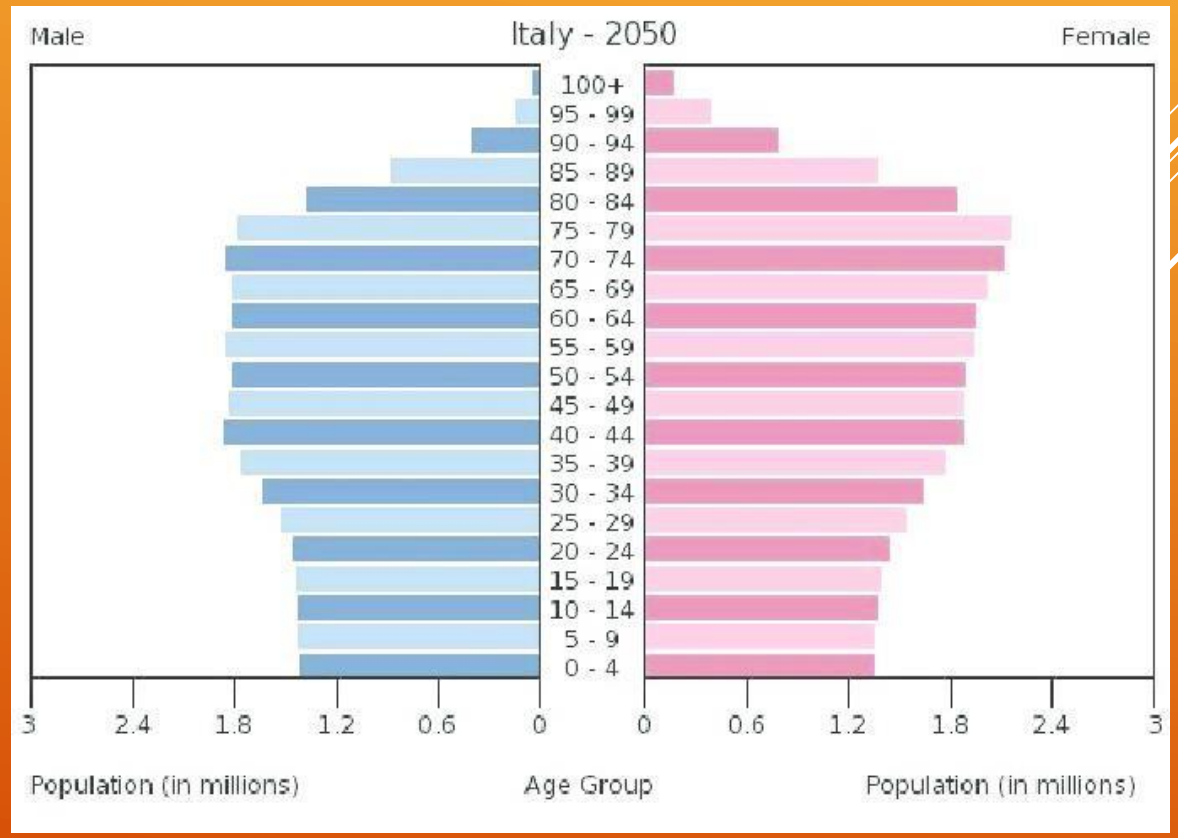
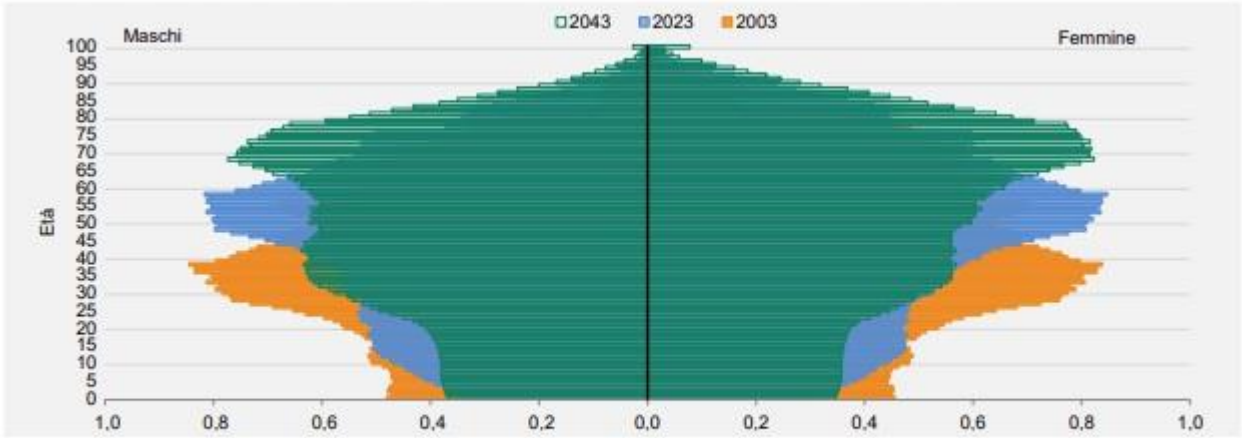


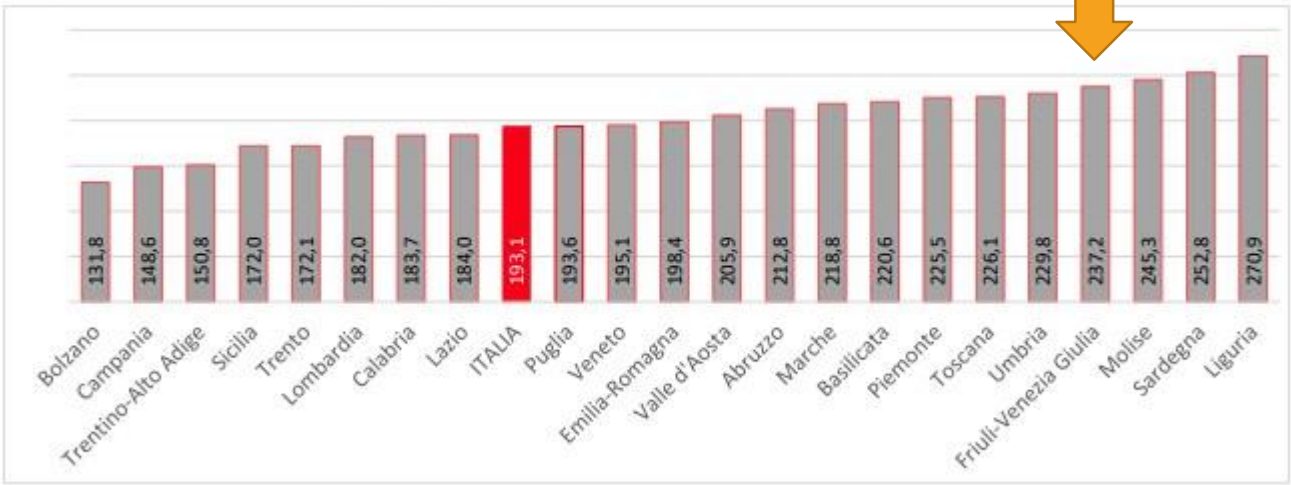
Figura 1. Piramidi delle età al 1° gennaio 2003, 2023 e 2043 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Popolazione per sesso, ed età e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2022, scenario mediano.

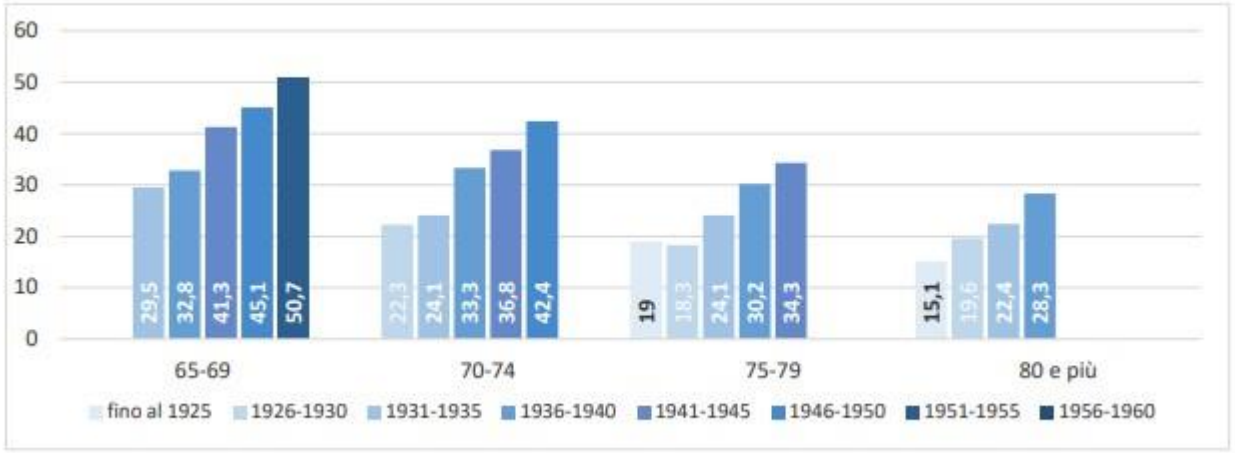
L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio

Figura 2. Indice di vecchiaia della popolazione residente per regione.



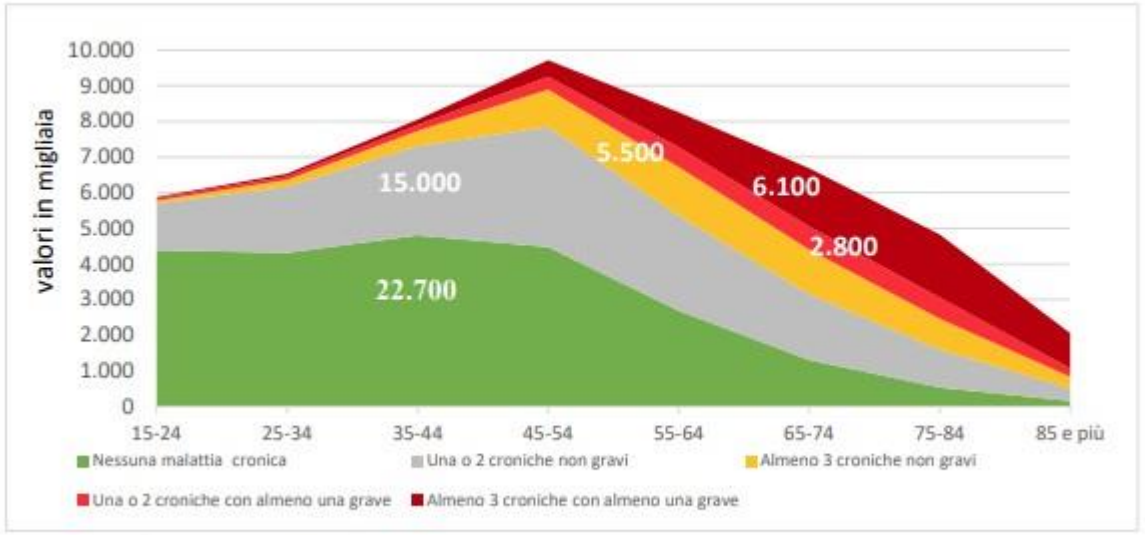
Fonte: Istat, Censimento della popolazione e dinamica demografica. Anno 2023

Figura 3. Persone di ultrasessantacinquenni che dichiarano di stare bene o molto bene, per generazione quinquennale di anno di nascita e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



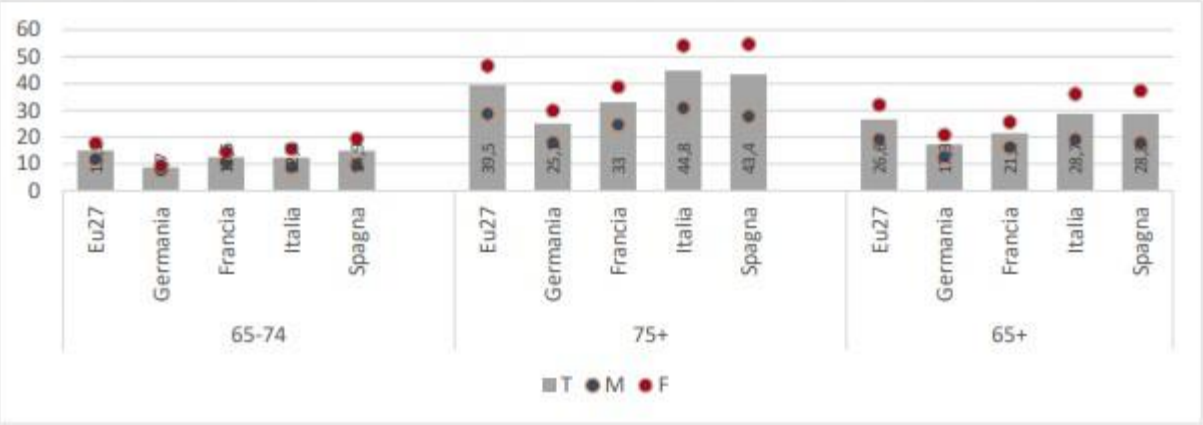
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anni 2001-2022.

Figura 4. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbilità per classe di età. Anno 2019 (Dati assoluti in migliaia).



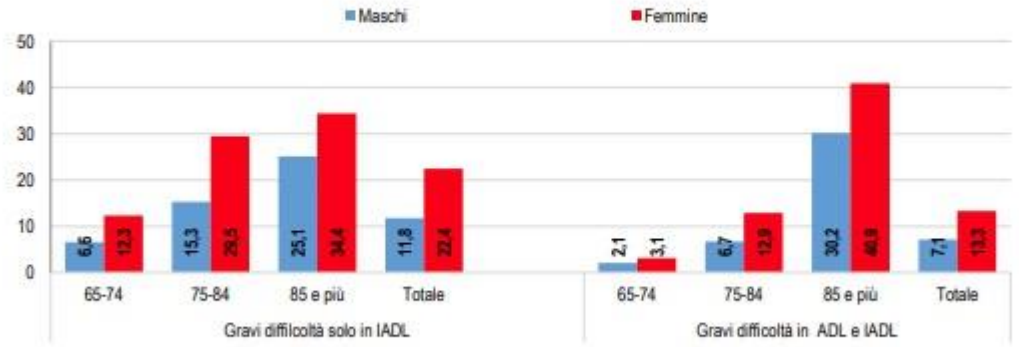
Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Figura 8. Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura personale (ADL) o domestica (IADL) per classe di età e sesso. Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Figura 9. Persone di 65 anni e più che dichiarano gravi difficoltà nelle attività solo nelle IADL, e gravi difficoltà in entrambe (ADL e IADL) per sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

- NATALITÀ ➔ *PRESENZA DI UNA CORRELAZIONE NEGATIVATRA SVILUPPO SOCIO-ECONOMICO E NATALITÀ*

➔*Responsabili sono:a) mutamento dei valori e delle preferenze b) gender equality c) felicità nel senso di prospettiva delle famiglie*
a) la trasformazione del ruolo sociale delle donne (lavoro e maggiore istruzione) - abbandono di pratiche sociali come il matrimonio – valori verso la carriera

- INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

dati ISTAT 2025 dicono che:
- età media complessiva ha raggiunto i 44,4 anni
- numero figli per donna nel 2025 sono 1,14
- aspettativa di vita ha raggiunto la media di 85,7 anni per le donne e 81,7 anni per gli uomini
- Le coppie con figli costituiscono il 28,4% delle famiglie, quelle senza figli il 20,2%

STIMA dell'ISTAT :il 24,7% del totale della popolazione italiana appartiene alla categoria degli over-65

https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2025/

TRANSIZIONE SOCIALE

* Contrazione nuclei famigliari

* Riduzione rete parentale

* Cambiamento tipologia lavoro - precarietà

I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI SECONDO 2 DIMENSIONI

1. LA DINAMICA NATURALE

- CRESCITA → NATALITÀ E FECONDITÀ

INVERNO DEMOGRAFICO = NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA 1,14 (DATO ISTAT)

- INVECCHIAMENTO → MORTALITÀ E LONGEVITÀ

SPERANZA DI VITA MEDIA 83 ANNI (UN QUARTO DEI RESIDENTI SUPERA I 65 ANNI)

2. La Dinamica Spaziale

✓ Mobilità → Saldo Migratorio

Gli spostamenti tra un area e un'altra mitigano il calo della popolazione

Aumentano gli stranieri

✓ Territorio → Disuguaglianza Territoriale

Polarizzazione delle aree urbane e aree rurali in declino

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

* Incremento patologie cronico – degenerative

* Fragilità socio-sanitaria

COME SI DOVREBBERO APPROCCIARE LE MALATTIE CRONICHE?



INSERIRE WOOCLAP

UNA PAROLA PER DEFINIRE LA «FRAGILITÀ»

SIGNIFICATO DI FRAGILITÀ

Non esiste una definizione condivisa MA si deve tener conto di tre aspetti

- ❑ *SUSCETTIBILITÀ INDIVIDUALE (MALATTIE CRONICHE)*
- ❑ *FATTORI DIVULNERABILITÀ (DI NATURA SOCIALE)*
- ❑ *LA INTRINSECA CAPACITÀ DI ADATTAMENTO (RELISIENZA)*

Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e dnei metodi di studio – G. Costa – E&P 2020

ANZIANO FRAGILE ➔ Persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse IADL

PASSI d'Argento 2016

«La "fragilità" è una condizione di rischio elevato di outcome sfavorevoli che condizionano un significativo peggioramento della qualità della vita. La definizione si riferisce a quei soggetti di età avanzata, affetti da patologie croniche multiple, frequentemente disabili e con stato di salute instabile, in cui l'invecchiamento e le malattie sono spesso complicati da problematiche socio economiche»

Congresso Nazionale SIGG 2007

Indagine sulla fragilità degli ultra sessantaquattrenni: analisi dei fattori predittivi nel contesto ravennate

Francesca Di Tommaso, Arianna Berardo, Pasquale Falasca e Anna Marcon
Servizio di Epidemiologia, Ricerca e Sviluppo, Ausl Ravenna

Tabella - Caratteristiche associate alla fragilità: i

Fattori associati alla condizione di fragilità
Genere (femmine *vs* maschi)
Classe di età (75-84 *vs* <74)
Classe di età (>84 *vs* <74)
Bassa istruzione (sì *vs* no)
Reddito (intermedio *vs* benestante)
Reddito (difficoltà economiche *vs* benestante)
Presenza di depressione (GDS)*
Funzionamento cognitivo (SPMSQ)**
Salute percepita (discreta *vs* buona)
Salute percepita (cattiva *vs* buona)
Salute confronto (stabile *vs* migliorata)
Salute confronto (peggiorata *vs* migliorata)
Bassa partecipazione sociale
n. di patologie croniche

(*) Geriatric Depression Scale; *(**)* Short Portable Mental Status Questionnaire

Il **protocollo del SPSMQ** è presentato qui di seguito.

Occorre indicare nome, cognome, età o data di nascita e anni di scolarità.

		Si	No
1.	Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno).....	☐	☐
2.	Che giorno della settimana.....	☐	☐
3.	Qual è il nome di questo posto.....	☐	☐
4.	Qual è il suo numero di telefono.....	☐	☐
4a.	*Qual è il suo indirizzo*.....	☐	☐
5.	Quanti anni ha.....	☐	☐
6.	Quando è nato.....	☐	☐
7.	Chi è il Presidente della Repubblica.....	☐	☐
8.	Chi era il Presidente precedentemente.....	☐	☐
9.	Quale era il cognome di sua madre da ragazza.....	☐	☐
10.	Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo.....	☐	☐

Numero totale errori _____/ 10

Punteggio corretto _____/ 10

Per la correzione occorre seguire le seguenti indicazioni per la **compilazione** del SPMSQ.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

DIMENSIONE INFERMIERE.IT

FONDAMENTALMENTE È SODDISFATTO/A DELLA SUA VITA?

SÌ (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

HA ABBANDONATO MOLTE ATTIVITÀ E MOLTI INTERESSI?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SENTE CHE LA SUA VITA È VUOTA?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI ANNOIA SPESSO?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

È DI BUON UMORE LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO?

SÌ (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

TEME CHE LE STIA PER SUCCEDERE QUALCOSA DI BRUTTO?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI SENTE FELICE LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO?

SÌ (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

SI SENTE SPESSO INCAPACE DI REAGIRE?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

PREFERISCE STARE A CASA ANZICHÉ USCIRE E FARE COSE NUOVE?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

PENSA D'AVERE PIÙ PROBLEMI DI MEMORIA RISPETTO ALLA MAGGIOR PARTE DELLA GENTE?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

RITIENE CHE ORA LA VITA SIA MERAVIGLIOSA?

SÌ (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

RITIENE CHE IL MODO IN CUI SI SENTE ORA SIA PIUTTOSTO PRIVO DI VALORE?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

SI SENTE CARICO/A DI ENERGIA?

SÌ (0 PUNTI) NO (1 PUNTO)

RITIENE CHE LA SUA SITUAZIONE SIA DISPERATA?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

CREDE CHE LA MAGGIOR PARTE DELLA GENTE STIA MEGLIO DI LEI?

SÌ (1 PUNTO) NO (0 PUNTI)

LEGGE REGIONALE FVG 12 DICEMBRE 2019, N. 22

Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TITOLO I
OGGETTO E FINALITÀ
Art. 2
(Finalità)
….
b) l'orientamento del Servizio sanitario regionale al governo della domanda ispirato all'appropriatezza, alla sicurezza delle cure e alla **medicina di iniziativa**;
…
d) **l'accrescimento della partecipazione consapevole** delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, di diagnosi, di cura, di terapia, di riabilitazione e di assistenza, anche attraverso forme di collaborazione con gli enti del Terzo settore
…
g) la **permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita**, anche attraverso la riduzione dell'istituzionalizzazione di minori, anziani, persone con disabilità e la promozione di forme di domiciliarità innovative;
…
i) il coordinamento delle politiche sanitarie, ambientali e pianificatorie, al fine di raggiungere effettivi miglioramenti in termini di **benessere e qualità della vita dei cittadini**;
…
k) l'equità in salute in modo da assicurare la **parità di accesso di tutti i cittadini** al sistema sanitario regionale;
….

- *MEDICINA DI INIZIATIVA o SANITA'DI INZIATIVA* → un modello assistenziale considerato più idoneo a gestire le patologie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo

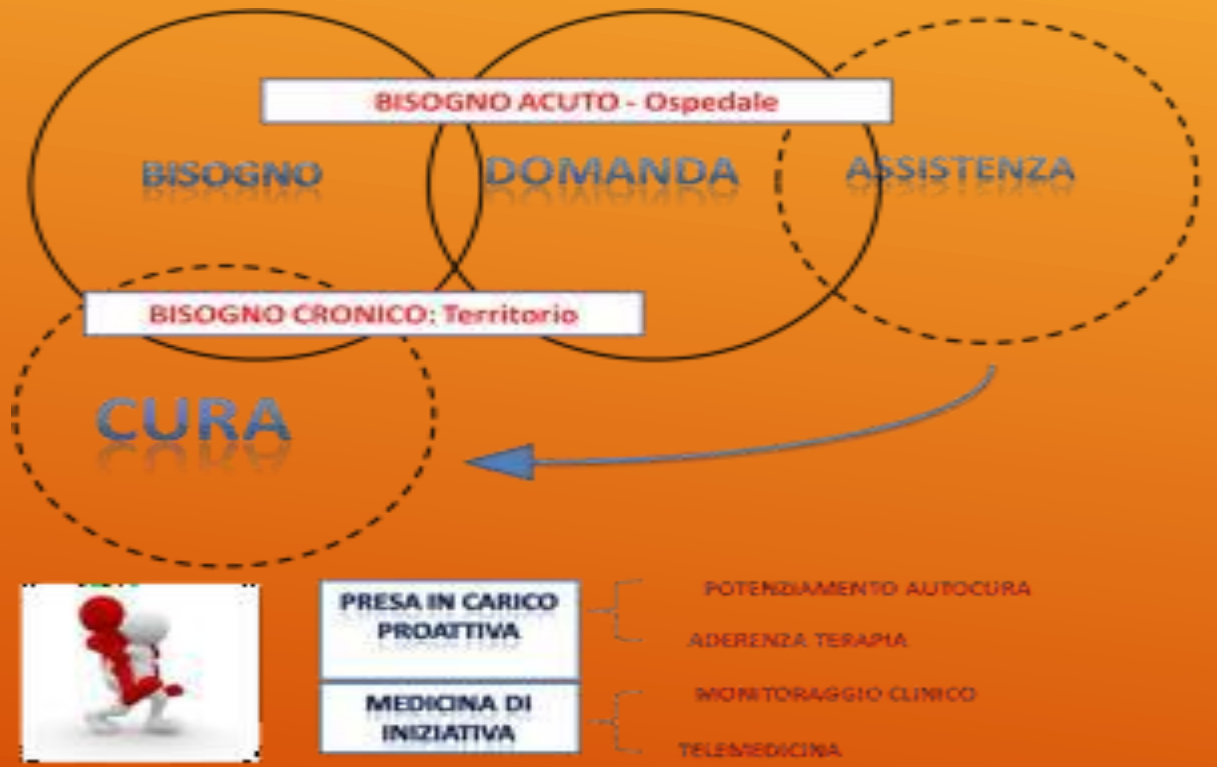
Es. di patologie Croniche: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO

Es. di fattori di rischio (ipercolesterolemia)

strumenti organizzativi

- sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura
- un insieme di indicatori che permetta di verificare qualità degli interventi e risultati di salute
- un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione

“Medicina di iniziativa” orientata alla“promozione attiva” della salute e alla responsabilizzazione del cittadino verso il proprio benessere. In tale ottica è rafforzato il ruolo del MMG e del PLS attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l’integrazione con le altre professionalità del territorio



PERSONA CON MALATTIA CRONICA

- ✓ *Gestione a lungo termine e aumento della domanda di cura e assistenza*
- ✓ *No lunga ospedalizzazione per la gestione della malattia*
- ✓ *Necessità di collegare la persona all'organizzazione sanitaria* ⌒ *che facilita la comunicazione*
- ✓ *Garantire una buona quotidianità* ➔ *sul controllo dei sintomi, bassi effetti collaterali delle terapie, inclusione sociale*
- ✓ *Mantenere una buona tenuta emotiva e psicologica*



- All'avanzare dell'età le malattie croniche ➔ causa di morbilità, disabilità e mortalità
- E' associata al declino di aspetti della vita :
- Minor autonomia
- Mobilità compromessa
- capacità funzionale diminuita
- vita di relazione che può cambiare

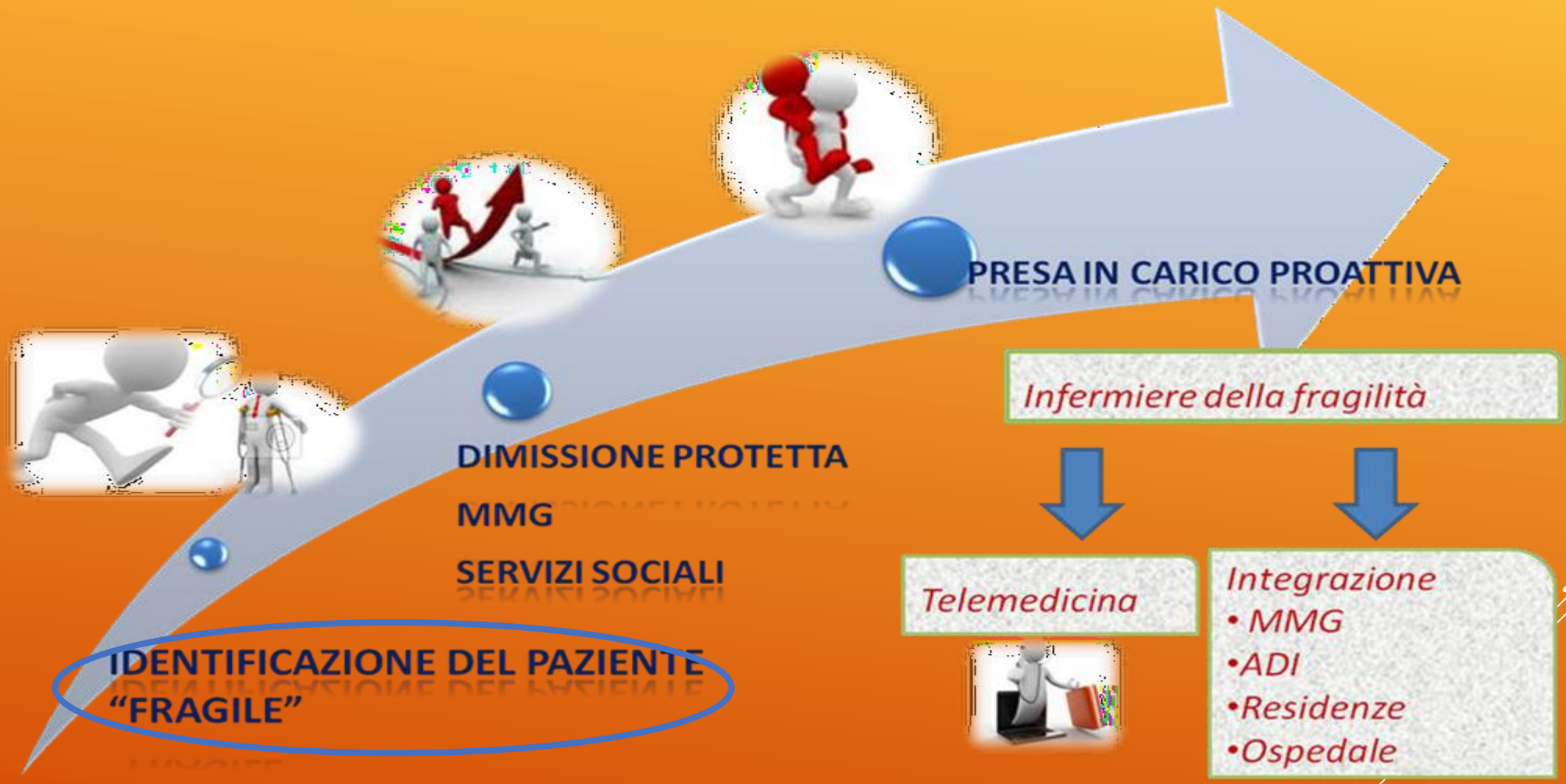
- ➔ aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità

Malattie acute	Malattie croniche
Insorgenza improvvisa	Insorgenza graduale nel tempo
Episodiche	Continue
Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
Cura specifica a intento risolutivo	Cura continua, raramente risolutiva
Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	Terapia causale spesso non disponibile
La cura comporta il ripristino dello stato di salute	La *restituitio ad integrum* è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
Assistenza sanitaria di breve durata	Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE



PASSAGGI NECESSARI ALLA PRESA IN CARICO PROATTIVA



LE PREMESSE PER UNA GESTIONE EFFICACE, EFFICIENTE E CENTRATA SUI PAZIENTI

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

Messaggio chiave:
coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

Messaggio chiave:
L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria

Le cure domiciliari

Messaggio chiave:
mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione

Un sistema di cure centrato sulla persona

Messaggio chiave:
Il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità

Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

Messaggio chiave:
la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario

https://www.salute.gov.it/ piano nazionale cronicità 2016

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ – PNC

a. E' un'iniziativa promossa dal Governo Italiano per affrontare il crescente impatto delle malattie cronico-degenerative sulla salute della popolazione
b. E' un piano strategico e promuove un approccio integrato e centrato sul cittadino
c. E' un documento programmatico del Ministero della Salute
d. Ha una visione integrata della gestione della cronicità → approccio multidisciplinare
e. Si articola in quattro aree di intervento:
    1 . **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**
    2 . **CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA**
    3 . **INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
    4 . **FORMAZIONE E RICERCA**

