

GARANTIRE LA QUALITA' E SERVIRE LA COLLETTIVITA':
**GLI INFERMIERI ALLA GUIDA DELL'ASSISTENZA
AI MALATI CRONICI**



Giornata Internazionale dell'Infermiere 2010



Edizione italiana a cura di Dott.ssa Cesarina Prandi
Traduzione Dott.ssa Laura Delpiano

Diritti di traduzione concessi a CESPI – Centro Studi delle Professioni Sanitarie, Torino il
11.03.2010.

Titolo originale: **Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic
Care**

Copyright © 2010 by ICN - International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau,
1201 Geneva, Switzerland

SOMMARIO

Lettera del Presidente e del Direttore ICN

Capitolo 1 - La sfida della cronicità

Capitolo 2 - Innovazioni lungo la continuità assistenziale

Capitolo 3 - Innovazioni nel management, nella politica e nella formazione

Capitolo 4 - Fare in modo che il cambiamento avvenga: dall'innovazione alla pratica

Capitolo 5 - Gli infermieri come innovatori: passato e futuro

Capitolo 6 - Ruolo degli NNA nella riduzione dei rischi e nel miglioramento
dell'assistenza ai malati cronici

Capitolo 7 - Conclusioni

Allegati

Comunicato stampa ICN

Prese di posizione ICN

Fogli informativi ICN

Riferimenti



Cari Colleghi,

Tutti i Paesi del mondo sono interessati dalla crescente marea di patologie croniche e dal bisogno di accesso ad un'assistenza adeguata e sostenibile per le persone che ne sono colpite. Il potenziale del contributo infermieristico al miglioramento della salute delle popolazioni mondiali attraverso l'attenzione alla prevenzione delle patologie croniche non è mai stato così ampio.

Il diabete, le patologie cardiovascolari e respiratorie ed il cancro sono i principali killer mondiali e sono stati stimati in 35 milioni i decessi che causano ogni anno (OMS 2008a). L'80% di queste morti riguardano i Paesi a basso e medio reddito. Queste malattie sono prevenibili. Quando si manifestano, cure efficaci e gestione precoce possono consentire a quanti ne soffrono di condurre una vita soddisfacente e produttiva. Così come fanno queste patologie croniche "convenzionali", anche il variare dell'andamento e della natura di altre malattie – quali l'HIV/AIDS – implica che sempre più persone in tutti i Paesi hanno bisogno di assistenza continua.

Urge che tutti gli infermieri di ogni dove prendano l'iniziativa e si impegnino in tutti gli ambiti della comunità e in tutti i settori per affrontare la crescente minaccia che le patologie croniche pongono in capo alla salute ed al benessere globali.

**International
Council of Nurses**

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Questo documento fornisce informazioni di background sui crescenti bisogni e sulla domanda di assistenza ai malati cronici, utilizzando come esempio il diabete di tipo 2. Sollecita gli infermieri, e non solo loro, a comprendere l'enormità del problema ed a riconoscere che con la conoscenza, il coraggio, l'intenzione e l'impegno gli infermieri hanno buone possibilità di assumere un ruolo di guida.

Con questo kit per la Giornata Internazionale dell'Infermiere, l'ICN garantisce una chiamata all'azione per gli infermieri di ogni dove, per guidare la lotta contro la cronicità; per agire come modelli di ruolo per le loro famiglie, i loro pazienti e le loro comunità; e, attraverso le rispettive associazioni infermieristiche nazionali, per impegnarsi con ICN ed i suoi partner per patrocinare i necessari cambiamenti sociali, economici e politici.

Cordialmente

Rosemary Bryant
(Presidente)

David C. Benton
(Direttore Generale)

CAPITOLO 1

La sfida della cronicità

Il mondo sta affrontando un massiccio aumento dei tassi di morte e disabilità derivanti da patologie croniche. Le patologie croniche sono state tradizionalmente associate al mondo sviluppato e viste come malattie dell'agiatezza che colpiscono principalmente i più anziani ed i più ricchi, mentre l'attenzione e le risorse nei Paesi in via di sviluppo sono state in larga parte indirizzate alle malattie trasmissibili. Tuttavia, ora le statistiche ci dimostrano che il 60% delle morti globali sono dovute a patologie croniche e che l'80% di queste riguardano Paesi a basso e medio reddito (OMS 2008a). Ne è affetto un numero crescente di persona in età lavorativa. In tutti i Paesi, indipendentemente dal livello di reddito, la salute e la malattia seguono un gradiente sociale: tanto più bassa è la posizione socio-economica, peggiore è la salute (OMS 2008b). " Il fardello in rapida crescita di queste malattie sta colpendo in modo sproporzionato le popolazioni povere e svantaggiate, contribuendo ad ampliare il divario sanitario nei e tra i Paesi" (OMS 2008a).

Ci sono molte ragioni per l'aumento delle patologie croniche e per l'impatto sproporzionato che queste hanno sulle persone più povere, molte delle quali vanno al di là dei motivi di interesse del solo settore sanitario. In ogni caso, questo settore deve guidare la lotta contro la cronicità e gli infermieri possono apportare un contributo enorme non solo nella prevenzione ma anche nell'assistenza ai milioni di persone nel mondo che già ne sono colpite.

Definizioni

Nel contesto dell'assistenza ai pazienti cronici, vengono utilizzati una serie di termini correlati - spesso come sinonimi - quali: malattia cronica, condizione cronica, malattia a lungo termine, malattia da stile di vita e malattia non trasmissibile (NCD). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la patologia cronica come "malattia di lunga durata e progressione lenta" e descrive la condizione di cronicità come "problemi di salute che richiedono una gestione continua per un periodo di anni o decenni" (OMS 2002). Le malattie non trasmissibili sono state definite come patologie non causate da un agente infettivo ma da predisposizione genetica, stile di vita o esposizioni ambientali. Il termine cronicità viene spesso utilizzato come definizione onnicomprensiva per definire sia le malattie non trasmissibili (es. diabete, asma), che quelle contagiose persistenti (es. HIV/AIDS, tubercolosi); disturbi mentali a lungo termine (es. depressione, schizofrenia) e deficit fisico/strutturali permanenti (es. cecità, problemi genetici). (OMS 2002).

In questo documento utilizzeremo prevalentemente la dicitura patologia cronica ma potranno comparire altri termini, soprattutto citando i vari autori. **Comunque, indipendentemente dal nome utilizzato, la cosa più importante è che gli infermieri e gli altri comprendano la portata del problema e le sfide urgenti che pone e che tutti garantiscano di intraprendere azioni per promuovere la salute, prevenire la malattia e fornire un'assistenza ed una gestione adeguate a quanti ne hanno bisogno.**

La dimensione del problema

Il problema è di ampia portata. Diabete, patologie cardiovascolari e respiratorie ed alcuni tipi di cancro rappresentano un'importante minaccia per la salute e lo sviluppo umani e sono i principali killer mondiali.

FATTI SUL DIABETE (OMS 2009a)

- L'OMS stima che oltre 180 milioni di persone nel mondo abbiano il diabete. È probabile che questo numero sia più che raddoppiato entro il 2030.
- È stato stimato che nel 2005 siano morte di diabete 1,1 milioni di persone.
- Circa l'80% dei decessi per diabete riguardano Paesi a basso e medio reddito.
- Circa la metà dei morti per diabete ha meno di settant'anni; il 55% dei deceduti è di sesso femminile.
- L'OMS prevede che i decessi per diabete aumenteranno di oltre il 50% nei prossimi 10 anni se non si intraprendono azioni urgenti. Da notare che, in proiezione, tra il 2006 e il 2015 i decessi per diabete nei Paesi a reddito medio-alto aumenteranno di oltre l'80%.

FATTI CARDIOVASCOLARI (OMS 2009b)

- Le patologie cardiovascolari (CVD) sono la causa numero uno delle morti nel mondo: muore più gente ogni anno per CVD che per qualsiasi altro motivo.
- È stato stimato che nel 2004 siano morte per CVD 17,1 milioni di persone, pari al 29% di tutte le morti mondiali. Di queste, 7,2 milioni erano dovuti a malattia coronarica e 5,7 milioni a ictus.
- I Paesi a basso e medio reddito sono colpiti in modo sproporzionato: l'82% dei decessi per CVD li riguarda, con distribuzione pressoché equa tra uomini e donne.
- Entro il 2030, circa 23,6 milioni di persone moriranno per CVD, soprattutto per cardiopatie ed ictus. Queste si prospettano permanere le principali cause singole di morte. La percentuale più alta di incremento si avrà nella regione del Mediterraneo orientale. L'aumento più elevato nel numero dei morti si avrà nella regione del sud est asiatico.

FATTI SUL CANCRO (OMS 2009c)

- Il cancro è una delle principali cause di morte a livello mondiale: nel 2004 ha causato 7,4 milioni di morti (circa il 13% del totale).
- Il cancro ai polmoni, allo stomaco, al fegato, al colon retto ed alla mammella causano ogni anno la maggior parte dei decessi per cancro.
- Le tipologie più frequenti di cancro sono diverse tra uomini e donne.
- Il fumo è il fattore di rischio singolo più importante per il cancro.
- Il cancro si genera da un cambiamento in una singola cellula. Tale cambiamento può essere innescato da agenti esterni o da fattori genetici ereditari.
- Si prevede che le morti per cancro nel mondo continueranno ad aumentare, con una stima di 12 milioni nel 2030.

FATTI SULLE PATOLOGIE RESPIRATORIE (OMS 2009d)

- Centinaia di milioni di persone soffrono ogni giorno di patologie respiratorie croniche.
- Attualmente, 300 milioni di persone hanno l'asma,
- 210 milioni di persone soffrono della malattia ostruttiva polmonare cronica (COPD) e sono milioni quelli colpiti da riniti allergiche e da altri disturbi respiratori cronici spesso non diagnosticati.

Queste malattie sono evitabili. Fino all'80% delle malattie cardiache, degli ictus e del diabete di tipo 2 ed un terzo dei cancri si potrebbero evitare eliminando i fattori di rischio condivisi, soprattutto il fumo, la dieta non equilibrata, l'inattività fisica e l'abuso di alcol. Se non affrontati, la

mortalità ed il peso della malattia derivanti da questi problemi sanitari continueranno ad aumentare. L'OMS stima che a livello mondiale le morti per malattie non trasmissibili aumenteranno del 17% nei prossimi 10 anni. L'aumento maggiore si verificherà nella regione africana (27%) e nella regione del Mediterraneo orientale (25%). Il numero assoluto più alto di decessi si avrà nelle regioni del Pacifico occidentale e del Sud-Est asiatico (OMS 2008a). Un recente studio citato, indica che l'aspettativa di vita negli USA è scesa per la prima volta in 100 anni e che questo può essere attribuibile alle patologie croniche derivanti dal fumo e dall'obesità (Thorpe 2009). La prevalenza del diabete aumenterà con il miglioramento dell'accesso alle terapie anti-retrovirali che si associano ad un rischio quattro volte più alto di diabete. In Cameroon, i dati iniziali suggeriscono che la prevalenza del diabete è più che decuplicata nel giro di 10 anni (Bischoff et alii, 2009).

Quali sono le cause?

L'aumento delle patologie croniche nel mondo è dovuto ad un'ampia gamma di fattori a livello globale, nazionale e locale. Molti sono legati a cambiamenti fondamentali del mondo e della società, comprese l'urbanizzazione e la globalizzazione economica; le politiche sociali; problemi di ingiustizia sociale e l' invecchiamento della popolazione.

La rapida urbanizzazione ha come risultato una mancanza di strutture e di servizi per i "poveri urbani", essenziali per una buona salute, quali la casa, le infrastrutture (strade, acquedotti, fognature, scarichi ed elettricità), i servizi fondamentali (raccolta dei rifiuti domestici, assistenza sanitaria primaria, educazione e servizi di emergenza salvavita) (OMS 2002).

I poveri rurali, comprese le popolazioni indigene, patiscono una progressiva mancanza di investimenti in infrastrutture e servizi con livelli sproporzionati di povertà e condizioni di vita disagiate. Queste ineguaglianze sanitarie evitabili si generano a causa delle circostanze in cui le persone crescono, vivono, lavorano ed invecchiano e dei sistemi messi in atto per trattare con la malattia. Il report finale della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute sostiene che la giustizia sociale è ancora questione di vita o di morte (OMS 2008b).

Associato a questi cambiamenti c'è un aumento nella prevalenza dei principali fattori di rischio modificabili: fumo, dieta inadeguata, mancanza di esercizio fisico, uso eccessivo di alcol, pratiche sessuali non protette, stress psicosociale non gestito. Questi danno origine a fattori di rischio intermedi quali l'aumento della pressione sanguigna, l'iperglicemia, l'ipercolesterolemia e l'obesità che portano a patologie cardiovascolari, ictus, alcune tipologie di cancro, malattie respiratorie croniche e diabete.

Il diabete

Secondo la Federazione Internazionale del Diabete, nel 1985 c'erano nel mondo una stima di 30 milioni di persone colpite da diabete. Oggi sono più di 245 milioni, un aumento di oltre sette volte nell'arco di vent'anni. Se non si fa nulla per rallentare questa epidemia, entro vent'anni il numero di persone diabetiche raggiungerà i 380 milioni (IDFa). "Il diabete è la principale causa della perdita parziale della vista e della cecità negli adulti dei Paesi sviluppati. Il diabete è responsabile della maggioranza delle amputazioni degli arti non legate ad incidenti. I diabetici hanno molte più probabilità di subire un attacco di cuore o un ictus. I diabetici sono a più alto rischio di sviluppare nefropatie". (IDFa)

In Australia il Centro Nazionale per il Modellamento Sociale ed Economico ha predetto che la prevalenza del diabete di tipo 2 nei prossimi quarant'anni quasi raddoppierà per arrivare a 1,6 milioni di persone - per quell'epoca la malattia costerà 14 miliardi di Aus\$ all'anno. Le complicanze derivanti dalla malattia si prevede che comprenderanno: 270.000 operazioni di bypass coronarico, oltre 250.000 ictus ed oltre 750.000 disturbi renali (C3 Collaborating for Health 2009).

Fatti e numeri

- Attualmente il diabete colpisce 246 milioni di persone un mondo e si prevede che diventeranno 380 milioni entro il 2025.
- Nel 2007 i cinque Paesi con il numero più elevato di persone colpite da diabete erano: India (4,9 milioni), Cina (39,8 milioni), Stati Uniti (19,2 milioni), Russia (9,6 milioni) e Germania (7,4 milioni).
- Nel 2007 i cinque Paesi con la più alta prevalenza di diabete nella popolazione adulta erano: Nauru (30,7%), Emirati Arabi Uniti (19,5%), Arabia Saudita (16,7%), Bahrain (15,2%) e Kuwait (14,4%).
- Entro il 2025 il più alto aumento nella prevalenza del diabete si avrà nei Paesi in via di sviluppo.
- Ogni anno ulteriori 7 milioni di persone sviluppano il diabete.
- Ogni anno 3,8 milioni di morti sono attribuibili al diabete. Un numero anche maggiore di persone muore per patologie cardiovascolari aggravate da problemi lipidici correlati al diabete e dall'ipertensione.
- Ogni 10 secondi una persona muore per cause collegate al diabete.
- Ogni 10 secondi due persone sviluppano il diabete.
- Il diabete è la quarta causa di morte per malattia nel mondo.
- Almeno il 50% di tutti i diabetici ignora la propria condizione. In alcuni Paesi questa percentuale può raggiungere l'80%.
- Fino all'80% dei casi di diabete di tipo 2 sono evitabili adottando una dieta sana ed aumentando l'attività fisica.
- Il diabete è la principale causa di insufficienza renale nei Paesi sviluppati ed è responsabile di elevati costi per la dialisi.
- Il diabete di tipo 2 è diventato la malattia più frequente tra le persone con insufficienza renale nei paesi del mondo occidentale. L'incidenza riportata varia tra il 30% ed il 40% in Paesi quali la Germania e gli Usa.
- Tra il 10 ed il 20% dei diabetici muoiono per insufficienza renale.
- Si stima che nel mondo oltre 2,5 milioni di persone siano affette da retinopatia diabetica.
- La retinopatia diabetica è la principale causa di perdita della vista negli adulti in età lavorativa (da 20 a 65 anni) nei Paesi industrializzati.
- In media, nei Paesi sviluppati, le persone colpite da diabete di tipo 2 muoiono 5-10 anni prima delle altre, la maggior parte a causa di problemi cardiovascolari.
- Le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte nei diabetici, contano per il 50% dei decessi e per la maggior parte delle disabilità.
- Le persone colpite da diabete di tipo 2 sono a rischio più che doppio di essere colpite da un attacco cardiaco o da ictus rispetto alle altre. Di fatto, hanno la stessa percentuale di rischio di subire un attacco di cuore delle persone non diabetiche che ne hanno già avuto uno (IDF 2001).
- Il diabete, le patologie respiratorie (soprattutto l'asma), le patologie cardiovascolari e l'immunosoppressione fanno aumentare il rischio di malattie virali gravi e fatali quali la H1NI, soprattutto nei gruppi minoritari e nelle popolazioni indigene (OMS 2009e).

CAPITOLO 2

Implicazioni per lo sviluppo e per i sistemi sanitari

Questo capitolo prende in considerazione le conseguenze di una crescente prevalenza della cronicità sullo sviluppo sociale ed economico globale, facendo riferimento agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM), alla povertà, al genere ed ai sistemi sanitari. I costi correlati alla cronicità vengono analizzati con specifico riferimento al diabete.

Sviluppo sociale ed economico

Lo sviluppo solitamente si associa a miglioramenti costanti e sostenibili della situazione socio economica di un Paese. Alcuni ritengono che le occasioni di salute si creino come risultato dello sviluppo, altri sostengono che per uno sviluppo lineare e sostenibile sia necessaria una popolazione sana. Questa è una discussione importante quando si tratta di allocare le risorse e di domandarsi se un Paese sia in grado di investire in salute o possa sopportare di non farlo. Naturalmente non c'è necessariamente una relazione chiara tra la ricchezza economica di un Paese e la salute della sua popolazione. All'interno dei Paesi crescono le ineguaglianze, il che significa che i tradizionali confronti tra Paesi non ci danno un'immagine completa in quanto i poveri dei Paesi ad alto reddito possono avere opportunità di salute significativamente peggiori rispetto a quelle delle persone ricche dei Paesi a basso reddito. Le patologie croniche ed i loro fattori di rischio sono strettamente collegati alla povertà e contribuiscono ad aumentarla; per questo motivo non dovrebbero più essere esclusa dalle discussioni mondiali sullo sviluppo (OMS 2008a).

Le patologie croniche impongono costi elevati in termini umani, sociali ed economici; impediscono alle persone ed alle comunità di raggiungere il loro pieno potenziale e privano le persone del proprio futuro. Benché sia difficile identificare metodi adeguati per quantificare questi costi, essi comprendono il tempo non fruito in casa, nella formazione e nello svago oltre a quello lavorativo con conseguente peggioramento della qualità di vita; aumento dei livelli di povertà per gli individui e per le famiglie; produttività ridotta e perdite economiche per gli affari e l'economia nazionale; costi per l'individuo o per il sistema sanitario per la diagnosi, l'assistenza e il trattamento; costi per le spesso prevedibili complicanze di una patologia cronica.

Nell' occuparsi della sfida posta dalle patologie croniche, all'interno dei Paesi si dovrà tener conto del contesto generale dello sviluppo sociale ed economico e del sistema sanitario.

Obiettivi di Sviluppo del millennio

Molte persone hanno osservato che l'assenza di obiettivi specifici riguardanti le patologie croniche negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) è stata un'occasione persa e che il focus su HIV/AIDS, tubercolosi e malaria è stato scelto a spese della cronicità. È stato detto che il concentrare su queste malattie attenzione e risorse le ha distolte dall'imminente catastrofe delle patologie croniche (OMS 2005, p. 70).

Altri, tuttavia, sostengono che gli Obiettivi stiano affrontando alla radice le cause di cattiva salute, quali la povertà, l'iniquità, la mancanza di educazione, la mortalità materna e che gli sforzi e le risorse investiti nel rafforzare i sistemi sanitari nella lotta contro le malattie trasmissibili hanno un impatto positivo sull'assistenza e la gestione delle patologie croniche.

Qualsiasi posizione si assuma, gli Obiettivi rappresentano un patto tra i Paesi ricchi e quelli poveri. Questo approccio di partnership focalizzata può essere utilizzato per portare avanti l'agenda della prevenzione e del controllo delle patologie croniche, soprattutto perché queste assumono uguale importanza delle altre cause di cattiva salute nel perpetuare la povertà. La questione non è se concentrare l'attenzione sugli Obiettivi oppure sulle patologie croniche ma, piuttosto, di trovare metodi sinergici per affrontare entrambi poiché sono intercorrelati e devono essere affrontati come prerequisito essenziale per lo sviluppo economico e la prevenzione dell'emarginazione sociale.

Povertà

La relazione tra povertà e cronicità è bidirezionale - la povertà causa cattiva salute e la cattiva salute causa povertà. Tra i fattori identificati dall'OMS (OMS 2002) vi sono:

- Madri malnutrite partoriscono figli che da adulti soffriranno di patologie croniche quali il diabete, l'ipertensione e la cardiopatia.
- La povertà e una salute cagionevole nell'infanzia si associano a condizioni di cronicità da adulti, comprendenti il cancro, le pneumopatie, le cardiopatie e l'artrite.
- Gli anziani poveri nei Paesi sviluppati e in via di sviluppo spesso hanno una salute cagionevole ed un accesso insoddisfacente all'assistenza.
- Gli ambienti di lavoro dei poveri tendono ad essere fisicamente più pericolosi ed a mettere gli individui a rischio di infortuni ed esposizione a sostanze dannose. L'esposizione rischiosa ad agenti chimici e l'inquinamento, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, è stata collegata alla prevalenza locale dei tassi di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie.
- Le persone povere spesso non hanno accesso all'assistenza o a misure preventive e questo peggiora gli esiti di salute ed esacerba le condizioni croniche.
- Le patologie croniche sono state collegate all'inabilità al lavoro, ai pensionamenti precoci ed a una ridotta produttività dovuta alla perdita dell'occupazione.
- I costi per il trattamento delle patologie croniche possono essere esorbitanti, soprattutto quando il problema non è ben gestito all'inizio o non sono state evitate le complicanze.
- Le persone colpite da patologie croniche sono a rischio di emarginazione e stigmatizzazione nelle loro comunità e questo può portare ad ulteriori limiti nell'educazione e nelle opportunità di lavoro. Inoltre la stigmatizzazione e l'emarginazione sono stati associati all'esacerbazione di problemi cronici. Le donne sono a rischio ancor più elevato di subire danni educativi, economici e fisici.

Iniquità di genere

Le inuguaglianze sociali, la povertà e l'accesso iniquo alle risorse – compresa l'assistenza – si ripercuotono sulle donne di tutto il mondo, soprattutto su quelle povere, sotto forma di un pesante fardello di patologie croniche.

- Le donne tendono a vivere più a lungo in condizioni di cronicità rispetto agli uomini, benché spesso la loro salute sia cagionevole.
- I costi associati all'assistenza, ticket compresi, sono una barriera all'utilizzo dei servizi da parte delle donne poiché il loro reddito è più basso di quello degli uomini ed esse hanno minor controllo sulle risorse domestiche.
- Il carico di lavoro delle donne a casa ed il loro ruolo di caregiver quando altri membri della famiglia sono malati sono altri fattori significativi che ritardano la decisione di cercare il trattamento.

- Nelle aree dove le donne hanno una libertà di movimento limitata, esse potrebbero non essere in grado di raggiungere i centri sanitari (OMS 2005, p65).

Sistemi sanitari

L'aumento delle patologie croniche impone fardello crescente e crea domande nuove e differenti per i sistemi sanitari di tutto il mondo. Ne sono colpiti tutti gli elementi del sistema: prestazione dei servizi, forza lavoro sanitaria, sistemi informativi, prodotti medici, vaccini, tecnologie, finanze, leadership e governance. Nonostante il dichiarato impegno verso l'assistenza primaria, la maggior parte dei sistemi sanitari ha ancora bisogno di spostare il proprio focus dall'assistenza episodica alle acuzie all'assistenza ai pazienti cronici. Questo aspetto è discusso più dettagliatamente nel capitolo 4, facendo riferimento ai diversi modelli di assistenza al paziente cronico.

Il Piano d'Azione OMS 2008 – 2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili (OMS 2008a) offre ai Paesi linee guida per riorientare e rafforzare i sistemi sanitari. Gli infermieri possono utilizzare queste linee guida per apportare un contributo informato a livello nazionale e locale. Le linee guida comprendono il garantire l'implementazione di politiche adeguate; risorse umane addestrate; accesso adeguato ai farmaci fondamentali ed alle tecnologie di base; standard per l'assistenza primaria; meccanismi di riferimento ben funzionanti; utilizzo di linee guida e di standard per la pratica basati sull'evidenza per le patologie più comuni quali le cardiopatie, il cancro, il diabete e le patologie respiratorie croniche; approcci convenienti per la diagnosi precoce del cancro alla mammella ed alla cervice, del diabete, dell'ipertensione e di altri fattori di rischio cardiovascolare; miglioramento della formazione di medici, infermieri ed altro personale sanitario e programmi di educazione continua; supporto per far sì che le persone affette da malattie non trasmissibili siano in grado di gestire al meglio la propria condizione (es. formazione, incentivi e strumenti per l'autogestione e l'autocura); meccanismi di finanziamento della sanità sostenibili al fine di ridurre le iniquità nell'accesso all'assistenza.

I costi della cronicità

Mentre esistono forti evidenze epidemiologiche a dimostrazione della crescita del fardello delle patologie croniche, mancano prove esaustive sull'impatto economico della cronicità. I costi di una patologia cronica non si limitano alle spese mediche dirette per operazioni e trattamenti farmacologici. Ci sono anche significativi costi indiretti, che comprendono la produttività economica ridotta quando il lavoratore diventa malato e disabile, i pensionamenti anticipati ed i costi di vari meccanismi di coping - utilizzo dei risparmi e degli investimenti, vendita di beni familiari o ritiro da scuola dei figli affinché assistano un familiare malato. Questi costi della cronicità - a carico di individui, famiglie, comunità, datori di lavoro ed economie - stanno crescendo rapidamente (OXHA 2009a). Inoltre ci sono costi umani non quantificabili legati al dolore, alla sofferenza e al lutto.

È difficile ottenere numeri completi e certi poiché per descrivere e calcolare i costi si utilizzano metodi diversi ed i risultati sono soggetti ad un'ampia gamma di interpretazioni. I tre metodi principali per stimare i costi sono:

- il metodo della contabilità dei costi della malattia;
- modelli di crescita economica, che stimano l'impatto della malattia cronica sul Pil attraverso variabili quali il lavoro ed i risparmi;
- il metodo del reddito totale, che tenta di misurare in termini monetari le perdite di welfare associate a cattiva salute (OMS 2005, p75).

Le stime riguardanti la crescita economica sono le più basse, l'approccio del reddito totale ci dà quelle più alte mentre le stime della contabilità dei costi si situano a metà tra le precedenti due.

Negli Stati Uniti, utilizzando il primo metodo, i costi totali stimati risultanti da patologie cardiache sono aumentati dai 298,2 miliardi di US\$ del 2000 ai 329,2 del 2001 e ai 351,8 del 2002 (OMS 2005, p. 75).

In Australia si stima che l'ictus sia responsabile di circa il 2% dei costi sanitari totali direttamente attribuibili (OMS 2005, p76).

Uno studio norvegese ha stimato che abbassare il livello della pressione sanguigna della popolazione di 2 mmHg diminuendo l'apporto di sale, in 25 anni apporterebbe un risparmio di 188 miliardi di US\$ (OMS 2005, p77).

Uno studio canadese ha stimato che una riduzione del 10% nella prevalenza di inattività fisica potrebbe ridurre le spese dirette dell'assistenza sanitaria di 150 milioni di C\$ (approssimativamente 124 milioni di US\$) all'anno (OMS 2005, p77).

L'OMS stima che la Cina tra il 2006 e il 2015 perderà 258 miliardi di dollari di reddito nazionale soltanto a causa di patologie cardiache, ictus e diabete (OMS 2009b).

In occasione di un meeting OECD nel 2008 è stato riportato:

- Le perdite di produttività associate a problemi di salute ammontano al 400% dei costi di trattamento delle patologie croniche.
- Negli Usa, le persone colpite da patologie croniche spendono oltre il 75% dei 2000 miliardi di dollari e la nazione investe in sanità.
- Poiché il peso economico della cronicità cresce, esso potrebbe accaparrarsi il denaro necessario migliorare alte criticità ed a rispondere a bisogni fondamentali quali l'educazione e le infrastrutture sia nell'economie industrializzate che in quelle emergenti.
- Soltanto il 3% della spesa sanitaria nei Paesi OECD è destinata alla prevenzione (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008).

Negli Stati Uniti i costi diretti ed indiretti del fumo ammontano ad oltre 75 miliardi di US\$ e quelli del diabete superano i 130 ogni anno (OXHA 2009a).

Nel 2007 il diabete ha causato quasi 3,8 milioni di morti nel mondo, circa il 6% della mortalità totale, percentuale simile a quella dell' HIV/AIDS. Utilizzando i numeri dell' OMS per quanto riguarda gli anni di vita persi per le persone morte di diabete, questo si traduce in oltre 25 milioni di anni di vita perduti ogni anno. La Federazione Internazionale del Diabete stima che vengano persi, a causa delle disabilità e di una qualità di vita ridotta dalle complicanze prevenibili del diabete, altri 23 milioni di anni di vita. I diabetici affrontano un alto rischio di morte prematura, soprattutto nei Paesi dove gli individui e le famiglie devono farsi carico dei costi della propria assistenza e delle cure.

Disparità tra il mondo sviluppato e quello in via di sviluppo

Oltre l'80% delle spese per le cure mediche dei diabetici viene effettuato nei Paesi più ricchi del mondo, meno del 20% in quelli a medio e basso reddito, dove presto vivrà l'80% dei diabetici. Gli USA ospitano circa l'8% della popolazione diabetica mondiale e spendono oltre il 50% della spesa globale per curarli mentre l'Europa conta per un altro quarto. I restanti Paesi industrializzati, quali l'Australia ed il Giappone, spendono la maggior parte del resto. Nei Paesi più poveri del mondo non si spende abbastanza nemmeno per fornire i farmaci salvavita meno costosi.

Drammatico aumento dei costi dell'assistenza medica per il diabete

Il diabete è costoso ancor prima di essere diagnosticato, sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. I costi sono più alti del necessario perché non si investe abbastanza nella prevenzione

di complicanze costose quali le patologie cardiache, l'ictus, la nefropatia e le amputazioni. I costi di trattamento di una persona diabetica colpita da nefropatia allo stadio finale sono tre o quattro volte più elevati rispetto ai costi di una persona senza complicanze. Nel 2007 è stata stimata una spesa mondiale di almeno 232 miliardi di dollari per curare e prevenire il diabete e le sue complicanze. Entro il 2025 è probabile che superi i 302,5 miliardi (IDFb).

CAPITOLO 3

Innovazioni nel management, in politica e nella formazione

Questo capitolo riguarda la prevenzione della cronicità. Tratta di alcuni dei fattori di rischio comportamentali biologici che fanno aumentare la possibilità di sviluppare le più comuni patologie croniche, ossia: il diabete, le malattie cardiovascolari e respiratorie ed alcuni tipi di cancro, evidenziando una serie di interventi mirati a ridurre gestire questi rischi.

Prevenzione della cronicità

Poiché le cause che ne stanno alla base spesso ricadono al di fuori dell'ambito sanitario, le strategie mirate a prevenire la cronicità necessitano del coinvolgimento di altri settori quali l'agricoltura, la finanza, il commercio, i trasporti, l'urbanistica, l'educazione e lo sport. Per garantire gli esiti di salute migliori possibili, è necessario analizzare ed allineare le politiche di tutti i settori.

Ridurre i fattori di rischio

Fino all'80% delle cardiopatie, degli ictus e del diabete di tipo 2 ed oltre un terzo dei casi di cancro si possono prevenire eliminando o gestendo i fattori di rischio. I fattori di rischio comportamentale più diffusi sono il fumo, la dieta non equilibrata, l'inattività fisica e l'eccessivo consumo di alcol. I fattori di rischio biologico associati comprendano l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'iperglicemia ed il sovrappeso/obesità.

I dati provenienti dalla Oxford Health Alliance (OXHA 2006) suggeriscono che nei Paesi sviluppati fattori di rischio si concentrano soprattutto tra la popolazione povera, mentre in quelli in via di sviluppo il gruppo socioeconomico varia a seconda dei diversi fattori di rischio. Per esempio, nella maggior parte dei Paesi a basso reddito, il tabagismo si concentra tra i poveri. Per quanto riguarda l'obesità, le abitudini non salutari tendono ad iniziare dai ricchi per poi diffondersi ai poveri. Poiché i dati riguardanti il diabete suggeriscono una predominanza tra i ricchi in tutti i Paesi, questo può rispecchiare il fatto che le persone più povere possono non essere diagnosticate. Il quadro è più confuso per altri indicatori, quali l'attività fisica e l'angina.

Le strategie mirate a ridurre i fattori di rischio devono promuovere un approccio collaborativo, puntare ad aumentare la consapevolezza, offrire ed incoraggiare scelte di salute realistiche e sostenibili e fare in modo che le scelte sane siano scelte facili.

Interventi

Gli interventi dedicati ai fattori di rischio comprendono la prevenzione primaria e secondaria. Gli interventi di prevenzione primaria vengono effettuati prima di qualsiasi diagnosi di malattia e possono essere individuali, di comunità o rivolti a tutta la popolazione. La prevenzione secondaria comprende screening clinici tipo il monitoraggio della pressione sanguigna o il test per il colesterolo e l'utilizzo di farmaci quali l'aspirina, le statine, i betabloccanti e gli ACE inibitori per coloro che sono a rischio elevato o hanno già sviluppato patologie croniche.

Livello individuale

Le persone decidono di partecipare ad attività differenti di promozione della salute in momenti diversi della propria vita per molte ragioni, che vanno dall'aver un aspetto migliore al sentirsi meglio o al mantenersi in salute. Le loro intenzioni non sono sempre di prevenire le patologie croniche ma le seguenti attività servono a ridurre il rischio delle più comuni patologie croniche:

- smettere di fumare, se necessario utilizzando una terapia sostitutiva con nicotina;
- assumere alcolici responsabilmente, non eccedere i livelli massimi raccomandati;
- esercizio fisico regolare equivalente ad almeno 30 minuti di camminata a ritmo sostenuto tre volte la settimana;
- mantenere un peso adeguato ed un indice di massa corporea sano; mangiare almeno cinque porzioni di frutta e verdura fresche al giorno; ridurre la quantità di sale nei cibi ed utilizzare grassi non saturi.

Anche per le persone che hanno l'opportunità, le risorse e le motivazioni per ridurre i fattori di rischio di sviluppare patologie cliniche, sostenere queste attività fino a quando diventano parte integrante del quotidiano può essere una sfida. Gli infermieri possono guidarle ponendosi come esempi ed incoraggiando la famiglia e gli amici ad unirsi a loro nell'adozione di stili di vita sani.

Livello di comunità

Affinché gli interventi basati sulla comunità abbiano successo, sono importanti una serie di fattori che comprendono: la partecipazione della comunità, decisioni politiche locali supportive, azione intersettoriale e collaborazione con organizzazioni non governative, industria e settore privato. Scuole e posti di lavoro sani, per esempio, possono avere un forte impatto sulla salute di bambini, famiglie e lavoratori e generare più entusiasmo e partecipazione, migliorando la produttività. Gli infermieri possono giocare un ruolo significativo a supporto di tali iniziative guidando campagne di educazione ed informazione; garantendo che i messaggi riguardanti la salute siano chiari e coerenti; influenzando attraverso interventi nelle scuole e sul lavoro le politiche relative all'accesso a cibi sani; garantendo l'accesso a servizi sanitari quali la consulenza del nutrizionista o lo screening della pressione sanguigna; incoraggiando la creazione di ambienti sani la presenza di strutture per l'attività fisica; creando un ambiente in cui le scelte sane sono scelte facili.

Community Interventions for Health (OXHA 2009b) è un programma di ricerca globale finalizzata a creare ambienti e politiche che riducano l'esposizione all'uso del tabacco, la dieta inadeguata e la mancanza di attività fisica. Gli interventi comprendono la costruzione di coalizioni nella comunità, l'educazione sanitaria, interventi strutturali e strategie di marketing sociale. Il programma è stato introdotto nelle comunità ad alto rischio sia dei Paesi sviluppati che di quelli in via di sviluppo, tra i quali la Cina, l'India, il Messico, la Tunisia, Israele, la Gran Bretagna e gli Stati Uniti. Gli interventi sono focalizzati sulle comunità, sulla scuola, i luoghi di lavoro ed i centri sanitari. Ci si aspetta che il programma fornisca:

- Una "mappa" di pratiche d'eccellenza che guidi nell'affrontare i fattori di rischio delle patologie croniche.
- Un database internazionale completo dei processi di intervento e dei risultati.
- Articoli di ricerca per avanzare nel campo della riduzione dei fattori di rischio e in quello della prevenzione delle patologie croniche.

I nativi nordamericani sono stati colpiti in modo sproporzionato dall'epidemia di diabete tipo 2, con uno dei tassi più elevati al mondo. È stato riportato che la gli Indiani Pima dell'Arizona la prevalenza negli adulti è del 50%, la più alta mai documentata. La loro dieta e la mancanza di esercizio fisico sono fattori di rischio significativi. Un programma di intervento che coinvolge la

maggior parte dei membri di due comunità e molteplici istituzioni si è dimostrato culturalmente accettabile e rilevante e sono in corso ulteriori lavori (Rosecrans et alii, 2008).

Livello di società

I cambiamenti a livello di società comprendono, tra le altre cose, cambiamenti politici relativi alla tassazione - per esempio - del tabacco e degli alcolici; leggi riguardanti il fumo ed il bere; cambiamenti politici riguardanti l'etichettatura dei cibi, il loro marketing e la produzione. I cambiamenti nei processi industriali per ridurre le componenti non salutari degli alimenti - quali la quantità di grassi insaturi o di sale nei cibi prodotti - può avere un impatto sostanziale sulla dieta della gente.

L'India conta circa un terzo dei 3 milioni di morti stimati ogni anno nel mondo a causa del fumo e c'è stato un aumento delle lesioni pre-cancerose della bocca - che i dottori sono convinti siano causate dalla masticazione del tabacco. Masticare tabacco è socialmente accettabile ed è sempre più popolare in India, soprattutto tra i giovani. Nello scorso decennio alcuni tipi di tabacco masticabile o non fumabile sono stati venduti ed utilizzati in modo particolare da bambini di non più di 6 o 7 anni (Joshi 2006). Il cancro della bocca ha un periodo di incubazione di 10 anni, quindi si teme che nel giro di pochi anni l'India sarà colpita da un'enorme attacco di cancro del cavo orale. Lo stato di Goa ha approvato una delle leggi anti-tabacco più severe del mondo. L'Atto sul divieto di fumare e sputare tabacco di Goa proibisce di fumare e sputare tabacco masticato nei luoghi pubblici, comprese le fermate degli autobus, le spiagge e i trasporti pubblici. Bandisce dallo Stato qualsiasi tipo di pubblicità del tabacco e ne proibisce la vendita nel raggio di 100 m da una scuola o da un luogo di culto (BBC Worldservice).

Tematiche

Affrontare i fattori di rischio delle patologie croniche solleva molte questioni, comprese l'economicità, le differenze culturali, l'accesso all'informazione e al decision-making informato.

I costi e l'impatto di molti interventi per ridurre i rischi sono più facili da misurare a livello individuale che di comunità o società. C'è, per esempio, una ricerca continua per determinare la vantaggiosità relativa in termini di costo/beneficio della prevenzione primaria generale rispetto a quella mirata alle popolazioni ad alto rischio.

Esistono variabili culturali relative alla ricerca di comportamenti sani, alle scelte individuali ed alla responsabilità della promozione, conservazione e gestione della salute. Ci sono anche differenze significative nelle relazioni tra pubblico e professionisti della salute, soprattutto in termini di condivisione delle informazioni e di decision making.

L'accesso ad informazioni accurate, rilevanti, imparziali ed il loro utilizzo sono importanti a tutti i livelli, dall'individuo al professionista, al politico. I Paesi in via di sviluppo, dove la consapevolezza sulle conseguenze negative per la salute di fumo, alcol, dieta povera ed inattività fisica è bassa, sono un caso ovvio in cui c'è bisogno di più informazione. L'iniziativa *Informazione per Tutti entro il 2015*, alla quale l'ICN partecipa, si prefigge di garantire che tutte le persone abbiano accesso ad un provider sanitario informato (HIFA). Un esempio dei benefici dell'informazione è l'improvvisa e massiccia riduzione del fumo occorsa nel 1964 dopo la pubblicazione del report del Surgeon General riguardante i rischi del consumo di tabacco.

Tuttavia, la questione dell'informazione non è semplice come sembra. Ci sono voluti secoli prima che gli effetti del fumo sulla salute fossero universalmente compresi, quindi non tutte le informazioni necessarie possono essere disponibili. Alcuni gruppi, bambini compresi, possono non avere le competenze o le capacità per interpretare o comprendere le informazioni, ecco perché commercializzare cibi e bevande ai bambini è un tema controverso. Tra gli adulti può esserci scetticismo e mancanza di fiducia nelle informazioni provenienti dall'industria, dal governo e da altri stakeholder.

Inoltre, conoscere l'opzione sana è una cosa; sceglierla è un'altra. Le persone non sempre si comportano in modo razionale e correre dei rischi fa parte del normale comportamento umano. Anche le persone ben informate mangiano cibi non sani, fumano e bevono troppo alcol. Quindi, se fornire informazioni e creare consapevolezza è un passo essenziale, potrebbe da solo non bastare a cambiare i comportamenti o le pratiche. Bisogna trasmettere messaggi sulla salute coerenti e rinforzarli regolarmente con modalità diverse per informare ed educare intere popolazioni.

Il supporto psicosociale, motivazionale e comportamentale, ad esempio con la definizione di obiettivi ed il problem solving, gioca un ruolo significativo nel raggiungimento di cambiamenti sostenibili dello stile di vita e nella prevenzione delle patologie croniche (Fekete et alii 2007; Whittemore et alii 2009; Lindstrom et alii 2008). Poiché è stato stimato che fino all'80% delle patologie croniche può essere prevenuto, gli infermieri si trovano in una posizione di favore per apportare un contributo significativo alla prevenzione globale.

Prevenire il diabete di tipo 2

La prevenzione primaria identifica e protegge gli individui a rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 riducendo sia il bisogno di assistenza sia quello di trattare le complicanze diabete-correlate. Cambiamenti nello stile di vita mirati a controllare il peso e ad aumentare l'attività fisica sono obiettivi importanti della prevenzione.

La prevenzione secondaria riguarda la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze, riducendo quindi il bisogno di trattamento. Le azioni intraprese precocemente nel corso del diabete apportano maggiori benefici in termini di qualità di vita e sono più economiche, specialmente se riescono ad evitare il ricovero ospedaliero. Esistono ora prove definitive che un buon controllo della glicemia può ridurre sostanzialmente il rischio di sviluppare complicanze e rallentare la progressione di qualsiasi tipo di diabete. La gestione dell'ipertensione e dell'aumento dei lipidi (grassi) nel sangue è altrettanto importante (IDFc). Uno studio recente negli Stati Uniti suggerisce che si può regredire da livelli di glucosio pre-diabete a livelli normali attraverso la perdita di peso ed un profondo cambiamento dello stile di vita (Perreault et alii 2009).

Far sì che il cambiamento avvenga – Dall'innovazione alla pratica

Questa sezione prende in considerazione l'assistenza e la gestione della cronicità, facendo riferimento a diversi modelli assistenziali. Il contributo infermieristico alla gestione dell'assistenza ai pazienti cronici viene evidenziato facendo riferimento alle competenze richieste agli infermieri nella continuità assistenziale della cronicità.

Modelli di gestione dell'assistenza ai malati cronici

Le diverse patologie croniche non sono più viste singolarmente, poiché un numero crescente di persone soffre di più di una di esse contemporaneamente, ad esempio, di diabete e di patologie cardiovascolari. Le esigenze che le malattie croniche comuni generano nei pazienti, nelle famiglie e nel sistema sanitario sono simili e, di fatto, strategie di gestione paragonabili sono efficaci per tutte le malattie croniche, facendole sembrare molto più simili che diverse tra loro.

I pazienti cronici necessitano di un livello di supporto più elevato all'interno della loro comunità per mantenere al meglio il proprio stato di salute ed i livelli di funzionalità quanto più a lungo possibile. Necessitano di abilità di auto-cura per gestire i problemi a casa, unitamente ad un'assistenza proattiva, integrata, progettata e gestita in modo da anticipare i loro bisogni, cosicché qualsiasi cambiamento o deterioramento delle loro condizioni possa essere rapidamente affrontato prima che si trasformi in una situazione acuta.

I modelli di assistenza ai pazienti cronici vengono utilizzati ed adattati in diversi Paesi. Gli infermieri sono in prima posizione per guidare e supportare modelli adeguati di assistenza al paziente cronico. Nelle figure 1 e 2 vengono evidenziati come esempi due modelli, il CCM (Chronic Care Model) e l'innovativo ICCN (Innovative Care for Chronic Conditions) dell'OMS.

Il Chronic Care Model (CCM)

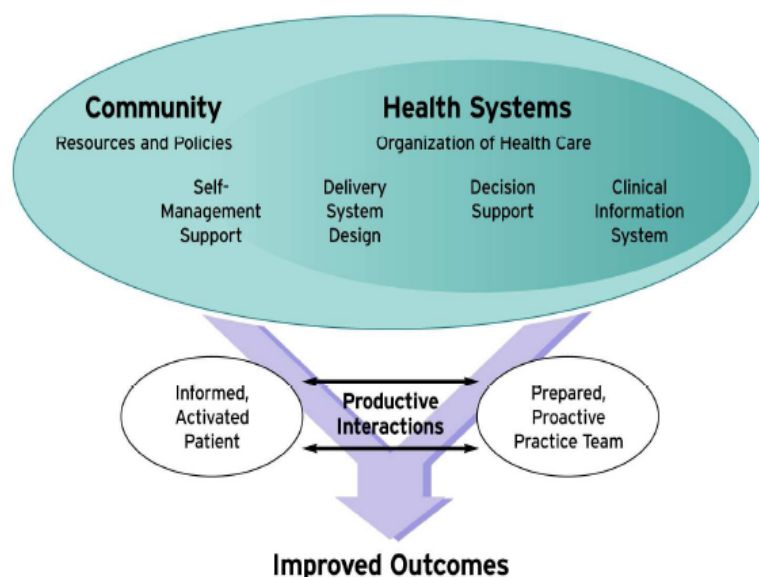
L'essenza dell'approccio CCM è l'interazione tra "un paziente informato ed attivo ed un team preparato e proattivo". Questo significa "pazienti motivati che possiedono le informazioni, le capacità e la sicurezza per prendere decisioni efficaci riguardo la propria salute e la sua gestione ed un team che possiede le informazioni necessarie sul paziente, supporto decisionale e risorse per un'assistenza di qualità." (Improving Chronic Illness Care 2004). Il modello si basa su sei elementi intercorrelati e sulle attività ad essi associate, identificate in calce. Gli infermieri di tutto il mondo rivestono un ruolo di primo piano in tutti questi elementi ed attività.

Tabella 1: Il Chronic Care Model (CCM)

Elemento	Attività/Contributo
Relazione paziente-provider	<ul style="list-style-type: none">• Coinvolgere i pazienti come partner attivi nella gestione della propria malattia.• Fornire informazioni ed educazione a pazienti, caregiver, famiglie e

	<p>pubblico in generale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitare l'autocura e l'autogestione del paziente. • Sviluppare relazioni con pazienti e caregiver per un periodo più lungo, riconoscendo che pazienti, caregiver e famiglie possono essere più esperti del medico di base riguardo i nuovi sviluppi e le opzioni di trattamento e che spesso possono portare informazioni nuove all'infermiere o al medico.
Progetto del sistema di prestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Guidare la prevenzione, lo screening, la valutazione, la diagnosi. • Spostarsi da un'assistenza reattiva ad una pianificata e ad un follow-up proattivo sostenuto. • Utilizzare un approccio di gruppo ed una pratica collaborativa. • Sottoporre a screening i gruppi ad alto rischio. • Coordinare l'assistenza dei pazienti con bisogni complessi. • Progettare e prestare un tipo di assistenza che i pazienti capiscono e che rispetta la loro cultura.
Supporto decisionale	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo sistematico di strumenti di valutazione e diagnosi. • Utilizzo di protocolli basati sull'evidenza e linee guida per la pratica per guidare gli interventi e condivisione con i pazienti. • Riferimento coordinato agli specialisti integrati nel team.
Sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicare efficacemente e gestire adeguatamente le informazioni • Utilizzare nuove tecnologie • Fornire promemoria sulle linee-guida per la pratica e feedback che comprendano l'utilizzo delle schede dei pazienti • Monitorare e valutare l'assistenza e il trattamento • Focalizzarsi sul miglioramento della qualità
Risorse della comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Creare legami forti con le agenzie che promuovono l'integrazione sociale ed il vivere sano per promuovere o sviluppare programmi • Sapere cosa funziona in culture o comunità particolari • Incoraggiare i pazienti a partecipare a programmi efficaci • Aumentare il ruolo con il pubblico, il personale non sanitario ed altri settori
Organizzazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Impegnarsi e supportare lo sviluppo strategico di infrastrutture assistenziali pianificate • Adottare ruoli di leadership adeguati all'interno e tra le organizzazioni • Trovare l'accordo per coordinare l'assistenza • Utilizzare e gestire le risorse in modo conveniente • Contribuire al policy making, alla programmazione dei servizi ed alla loro gestione • Promuovere strategie di miglioramento efficaci • Garantire che gli incentivi si basino sulla qualità dell'assistenza

The Chronic Care Model



Riprodotta su autorizzazione di Edward H. Wagner, MD, MPH, *Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice, Ago/Sett 1998, Vol 1.*

Il quadro di riferimento OMS Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)

Il quadro di riferimento OMS Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) [Assistenza innovativa del malato cronico] si basa sulla convinzione che nella cronicità si raggiungono esiti positivi soltanto quando pazienti, famiglie, team sanitari e supporter della comunità preparati, informati e motivati lavorano assieme (OMS 2002).

Il quadro di riferimento si basa sui seguenti principi chiave:

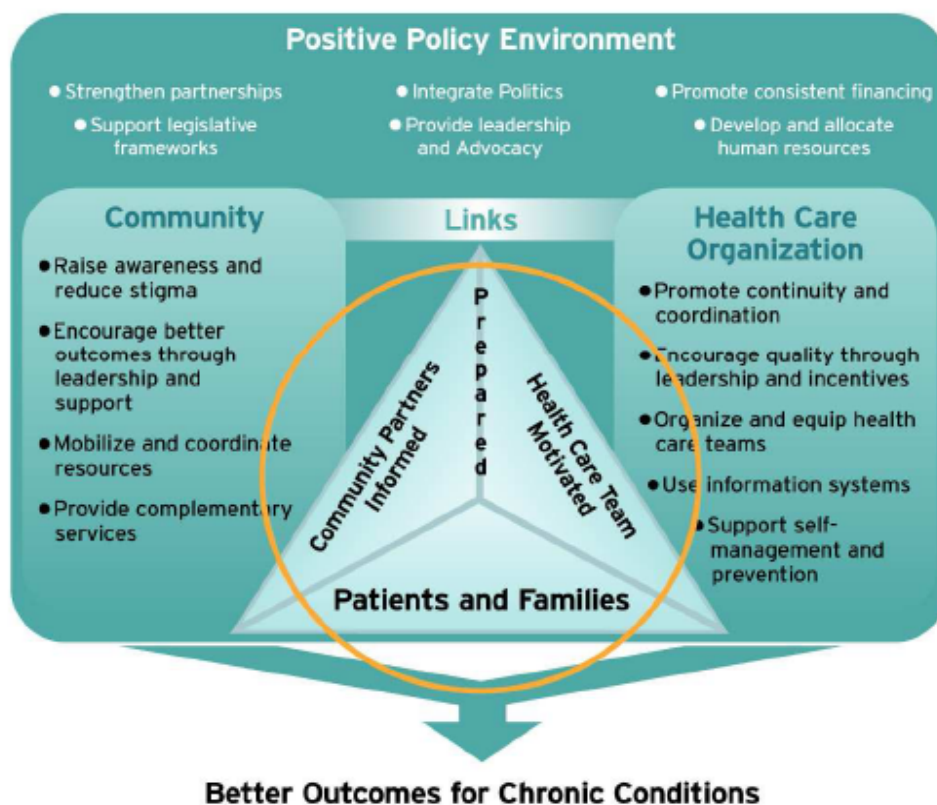
- Decisionmaking basato sull'evidenza
- Focus sulla popolazione
- Focus sulla prevenzione
- Focus sulla qualità
- Integrazione
- Flessibilità/adattabilità

Il quadro di riferimento si struttura in componenti fondamentali o "mattoni" che possono essere utilizzati per creare o ridisegnare un sistema sanitario che possa gestire con maggiore efficacia i problemi di salute a lungo termine. Gli infermieri hanno una posizione privilegiata per apportare un contributo pieno ed efficace per ciascuno ed ognuno dei componenti, al fine di garantire un'assistenza adeguata ed efficace ed una gestione delle patologie croniche rispondente alle situazioni locali ed alle risorse disponibili.

Tabella 2: Il quadro di riferimento OMS ICCC

Mattoni	
Organizzazione sanitaria	Supportare l'autogestione e la prevenzione. Organizzare ed equipaggiare team sanitari. Utilizzo di sistemi informativi. Promuovere la continuità e il coordinamento. Incoraggiare la qualità dell'assistenza attraverso la leadership che gli incentivi.
Comunità	Mobilizzare e coordinare le risorse. Fornire servizi complementari. Incoraggiare esiti migliori attraverso la leadership e il supporto. Accrescere la consapevolezza e ridurre lo stigma.
Ambiente politico	Rafforzare le partnership. Sviluppare ed allocare risorse umane. Fornire leadership e tutele. Politiche integrate. Promuovere finanziamenti consistenti. Supportare i quadri di riferimento legislativi.

Innovative Care for Chronic Conditions Framework



Il contributo infermieristico

Elemento centrale di entrambi questi modelli è il focus su pazienti, famiglie e comunità informati e motivati, supportati da un team altrettanto bene informato, motivato e collaborativo. Gli infermieri si sono trovati in prima linea nella pratica per quanto riguarda informare ed educare i pazienti; costruire relazioni con loro, con i caregiver e con le comunità; garantire la continuità assistenziale; utilizzare la tecnologia per far progredire l'assistenza (ICN 2007); supportare l'aderenza nelle terapie a lungo termine; promuovere la pratica collaborativa (ICN 2004).

Anche se il modello per l'assistenza al malato cronico è stato sviluppato negli Stati Uniti e messo in pratica principalmente da medici, Bodenheimer, un medico, afferma che "la letteratura sanitaria e l'esperienza di molti sforzi per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici indicano che sono gli infermieri, e non i medici, le figure chiave per implementare il modello in un team di assistenza incentrata sul paziente". (Bischoff et alii, 2009).

Competenze

Qualsiasi sia il modello assistenziale utilizzato, gli infermieri sono l'elemento chiave e devono possedere le conoscenze, le capacità e gli attributi necessari per dare appieno il proprio contributo. Sono necessari programmi di formazione e addestramento che dotino gli infermieri e le altre figure sanitarie degli strumenti adatti per affrontare il cambiamento del peso della malattia. Il tipo di formazione e di addestramento richiesto porta da sé ad un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare. Per garantire a tutti coloro che sono colpiti da patologie croniche la disponibilità di un'assistenza completa e l'accesso a cure specialistiche quanto necessario, si deve utilizzare un approccio pragmatico economico. (ICN 2008).

Il documento ICN *Nursing Care Continuum Framework and Competencies* si basa sul quadro di riferimento ICN delle competenze dell'infermiere generalista e rappresenta un solido riferimento per garantire che il lungo il continuum assistenziale si sviluppino conoscenze, abilità, attributi e competenze adeguati (ICN 2008). La sfida, come sempre, è di determinare gli elementi comuni all'assistenza ed alla gestione della cronicità che devono essere applicati attraverso la continuità assistenziale e le specifiche conoscenze specialistiche richieste per le co-morbilità e le situazioni complesse. I confini sono tracciati in termini di pratica specialistica, saranno determinati a livello locale e nazionale al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili per soddisfare i bisogni sanitari delle popolazioni locali. ICN fornisce un quadro di riferimento delle competenze per gli infermieri che lavorano in ruoli di specialità clinica (ICN 2009).

Le competenze richieste agli infermieri per prevenire e gestire le patologie croniche comprendono (ICN 2008):

- La partecipazione ad attività collegate al miglioramento dell'accesso alla gamma di servizi richiesti ad una sanità efficiente. (Infermiere)
- Il rispetto del diritto del cliente all'informazione, alla scelta ed all'autodeterminazione nell'assistenza infermieristica e sanitaria (infermiere e infermiere specializzato).
- Il dimostrare integrità professionale, correttezza e condotta etica in risposta alle strategie di mercato industriali quando si prescrivono farmaci ed altri prodotti (infermiere specializzato e infermiere di pratica avanzata).
- L'agire come risorsa di informazione e formazione per i clienti che cercano di migliorare il proprio stile di vita, adottare attività di prevenzione della malattia/danno e adattarsi al cambiamento di salute, alla disabilità e alla morte (infermiere).
- Il riconoscere le opportunità per fornire una guida/educazione ai singoli, alle famiglie ed alle comunità per incoraggiarli ad adottare attività di prevenzione della malattia e di mantenimento di stili di vita sani (infermiere e infermiere specializzate).

- Lo scegliere strategie di insegnamento/apprendimento adeguati ai bisogni e alle caratteristiche dell'individuo o del gruppo (infermiere e infermiere specializzato).
- Il cooperare con altri professionisti, con la comunità e con gruppi di interesse specialistico ad attività per ridurre la malattia e promuovere stili di vita ed ambienti sani in aree importanti per la pratica specialistica (infermiere specializzato).
- L'inserire nella pratica una prospettiva che tenga conto dei molteplici determinanti della salute (infermiere e infermiere specializzato).
- Il lavorare collaborativamente con altri professionisti dell'assistenza per favorire l'accesso ai servizi - infermieristici e non - da parte dei clienti (infermiere).

Gestire la cronicità

Gli infermieri assumono sempre più spesso il ruolo di guida nella gestione della cronicità. In alcuni ambiti questo accade automaticamente, come risultato del numero crescente di persone che hanno bisogno di assistenza. Altrove, l'introduzione dell'infermiere specializzato e dell'infermiere di pratica avanzata è una risposta strategica ad un bisogno identificato. Nel Regno Unito, l'infermiere specializzato in diabetologia è stato tra i primi ad assumersi responsabilità ulteriori e più ampie nella gestione dell'assistenza.

Gestire il diabete di tipo 2

Le linee guida nazionali inglesi per la gestione del diabete di tipo 2 a livello di assistenza primaria secondaria sono state riviste ed aggiornate nel 2008 sulla base della migliore revisione sistematica disponibile (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Linee guida simili sono disponibili anche altrove e da queste è chiaro che in molti Paesi gli infermieri sono ben piazzati per assumersi la responsabilità dell'assistenza e della gestione del paziente diabetico

Assistenza incentrata sul paziente: Tutta l'attività assistenziale deve tener conto dei bisogni e delle preferenze del singolo paziente. Una buona comunicazione è fondamentale per consentire ai pazienti di prendere decisioni informate, supportate dall'accesso all'informazione ed alla formazione basate sull'evidenza.

Educazione: Le linee guida raccomandano che, al momento della diagnosi o poco dopo, venga offerta a tutti pazienti dell'educazione strutturata. Benché l'evidenza suggerisca che sia preferibile la formazione di gruppo, ai pazienti che non siano in grado o non desiderino partecipare si dovrebbe offrire un'alternativa. L'educazione deve essere basata sull'evidenza e rispondere ai bisogni del singolo. Deve avere un programma strutturato, essere impartita da educatori addestrati e la sua qualità deve essere garantita e verificata con regolarità. La revisione della formazione deve far parte dei controlli annuali di tutti pazienti e l'accesso ad aggiornamenti annuali è una componente importante dell'assistenza continua. La formazione erogata attraverso programmi strutturati va inserita nella continuità assistenziale tutti pazienti. È quindi fondamentale che tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico siano a conoscenza dei contenuti, dei messaggi chiave e degli strumenti di autogestione utilizzati nei programmi locali.

Consigli sull'alimentazione: Le raccomandazioni riguardanti la dieta si concentrano sul principio del mangiare sano, soprattutto quelle per una protezione ottimale dai rischi cardiovascolari. Si deve incoraggiare il consumo dei seguenti cibi: frutta, verdura, farine integrali e fibre, prodotti caseari a basso contenuto di grassi e pesce azzurro. L'assunzione di alimenti contenenti grassi saturi o trans deve essere controllata e sono sconsigliati i cibi venduti specificamente per i diabetici.

Pressione sanguigna: L'obiettivo raccomandato di pressione sanguigna per la popolazione diabetica in generale è <140/80mmHg, anche se per i pazienti con danni renali, oculari o cerebrovascolari il valore scende a <130/80mmHg. Come intervento iniziale si raccomandano i consigli sullo stile di vita ma, se questo non ha successo per raggiungere l'obiettivo dei livelli concordati, si raccomanda l'inserimento di una terapia a base di ACE inibitori al massimo dosaggio tollerato. Bisogna tuttavia fare attenzione alle donne che potrebbero restare gravide - per questo gruppo si consiglia l'introduzione di un calcio antagonista. L'impatto del trattamento va rivisto con regolarità per garantire una gestione ottimale ed un dosaggio adeguato dei farmaci.

Verifica del controllo glicemico: Si raccomanda un obiettivo generico di HbA1c pari al 6,5%, specialmente in relazione alla riduzione del rischio microvascolare. Tuttavia questo valore può variare da individuo a individuo, a seconda della qualità di vita che si deve sacrificare per raggiungere l'obiettivo, la dimensione degli effetti collaterali e le risorse disponibili per la gestione. Per i pazienti che faticano a raggiungere l'obiettivo del 6,5%, è importante sottolineare che qualsiasi riduzione dell' HbA1c che avvicini all'obiettivo è positiva. Quando vengono introdotti trattamenti che implicano un rischio di ipoglicemia, per compensare può essere richiesto un livello leggermente più alto. Sono sconsigliate azioni aggressive per abbassare l' HbA1c al di sotto del 6,5%.

Auto-monitoraggio della glicemia: L'automonitoraggio della glicemia va offerto a tutti i pazienti di nuova diagnosi come parte integrante della loro educazione all'autogestione. Non tutti accetteranno di monitorare da soli la propria glicemia. Va stabilito lo scopo del monitoraggio e deve essere disponibile la formazione per l'interpretazione dei risultati e le possibili azioni da intraprendere per rispondere ai bisogni del cambiamento. I pazienti possono scegliere di non farlo da soli, ma quelli che lo fanno devono essere supportati. Avendo scelto di auto-monitorarsi, i benefici e l'impatto del controllo devono essere rivisti come minimo su base annuale.

Gestione della lipidemia: La maggioranza dei pazienti colpiti da diabete di tipo 2 è considerata ad alto rischio cardiovascolare. La terapia con statine è indicata per quelli di età superiore ai 40 anni. Alcuni pazienti di meno di quarant'anni sono a rischio elevato basandosi sull'identificazione dei fattori di rischio convenzionali - anche per loro è indicata la terapia con statine. Per questo gruppo i fattori di rischio elevato sono legati alla sindrome metabolica, all'anamnesi familiare, al background etnico ed all'evidenza di danni microvascolari.

CAPITOLO 5

Gli infermieri come innovatori: passato e futuro

Innovare l'assistenza in situazioni di cronicità significa introdurre nuove idee, metodi o programmi per cambiare il modo in cui la cronicità viene prevenuta e gestita (OMS 2002). Innovazione non è un concetto nuovo per la professione infermieristica. Gli infermieri di tutto il mondo sono quotidianamente impegnati in attività innovative; attività motivate dal desiderio di migliorare gli esiti di salute del paziente e dalla necessità di ridurre i costi per il sistema sanitario. Molte di queste iniziative hanno prodotto miglioramenti significativi nella salute dei pazienti, delle popolazioni e dei sistemi sanitari (Database Innovazioni ICN).

Gli infermieri hanno una buona occasione per fornire soluzioni creative ed innovative alla sfida della cronicità e per fare la vera differenza nella vita quotidiana dei pazienti, delle famiglie e delle comunità. ICN si impegna a promuovere e divulgare le innovazioni infermieristiche ed ha lanciato il Database Innovazioni ICN, una risorsa in rete che aiuta a diffondere nel mondo le innovazioni infermieristiche <http://www.icn.ch/innovations/>. Inoltre, ICN ha scelto come tema della Giornata Internazionale dell'Infermiere 2009 "Garantire la qualità e servire la collettività. Infermieri alla guida delle innovazioni nell'assistenza".

Come discusso nel capitolo 4, l'assistenza ai pazienti cronici richiede un cambiamento nella relazione infermiere-paziente-comunità oltre ad un cambiamento nelle relazioni e nel modo di lavorare all'interno del team assistenziale. I progressi tecnologici offrono le basi per buona parte delle innovazioni nell'assistenza e nella gestione della cronicità in termini di informazioni e tecnologia della comunicazione oltre che di introduzione di nuovi prodotti e tecniche. L'utilizzo efficace della tecnologia cambia e sfida le pratiche di lavoro tradizionali e richiede flessibilità nel progetto e nella prestazione di servizi sanitari ed infermieristici. Gli infermieri sono spesso in prima linea nel delineare e promuovere questi cambiamenti.

Corea del Sud: Mantenere i valori della glicemia il più possibile vicini alla normalità è la chiave per prevenire complicanze del diabete di tipo 2. Uno studio sudcoreano dimostra che un intervento via SMS dal cellulare di un infermiere può aiutare il paziente ad ottenere un miglior controllo della loro glicemia. In un trial controllato, i pazienti trasmettevano settimanalmente via Internet o SMS i dati riguardanti i livelli di glucosio e le informazioni sui farmaci assunti. I dati venivano interpretati alla luce delle cartelle sanitarie personali e venivano fatte raccomandazioni riguardanti, per esempio, la dieta, esercizio fisico o i farmaci, tipo "La mancanza di esercizio fisico può essere la causa del peggioramento della glicemia", oppure, "Si prega di controllare la quantità di cibo consumata". Questo contatto e feedback regolari può aver motivato i pazienti a controllare i livelli di glucosio. Rispetto ai valori iniziali, nel gruppo di intervento i valori dell'emoglobina glicosilata (HbA1c) erano scesi di 1Æ 15% punti a tre mesi di 1Æ 05% a sei. Nei pazienti del gruppo di intervento, dopo sei mesi, si è riscontrato un calo della glicemia postprandiale a due ore (2HPMG) di 85Æ 1 mg/dl rispetto ai valori iniziali (Hee-Seung et alii, 2007).

Suriname: Ispirandosi al tema della Giornata Internazionale dell'Infermiere 2009 "Infermieri alla guida delle innovazioni nell'assistenza", gli infermieri del reparto di pediatria dell'Ospedale Diakonikessenhuis in Suriname hanno assunto la guida del miglioramento dell'assistenza ai bambini colpiti da patologie croniche. Il reparto di pediatria, con 216 letti, fa parte di un ospedale

privato della capitale del Suriname. Benché il numero di pazienti ricoverati per patologie croniche sia basso, la frequenza dei ricoveri è elevata. Gli infermieri riconoscono che il livello di assistenza psicologica disponibile per i genitori e i fratelli dei pazienti è inadeguato ed hanno scelto un programma per fornire una guida professionale ed un supporto che aiuti le famiglie ad accettare gli effetti di una malattia cronica. È stato progettato un programma multidisciplinare utilizzando il modello CCM descritto nel capitolo 4. I risultati attesi comprendono una riduzione del 40% dei ricoveri e, di conseguenza, un miglioramento della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie e meno interruzioni del percorso scolastico legate a ricoveri ospedalieri o visite ambulatoriali. (Inviato dalla Associazione Infermieri del Suriname)

Finlandia: Strutture e formazione multiprofessionali si sono dimostrate efficaci per implementare linee guida e migliorare la collaborazione multiprofessionale condividendo compiti e responsabilità oltre che destinando adeguatamente attività preventive e risorse. Tutto ciò ha portato ad un miglioramento dell'assistenza e della gestione dei pazienti diabetici, ipertesi e dislipidici (Sipla et alii, 2008).

Stati Uniti: tra le iniziative del database ICN per le innovazioni esiste una serie destinata alle donne per la gestione dello stile di vita, sviluppata dal Dipartimento di Educazione Sanitaria del Paziente del Veterans Affairs Medical Center (DVAMC) di Dayton. È stato sviluppato ed implementato un innovativo programma olistico, destinato alle donne, che prevede cinque settimane didattiche ed esperienziali per imparare a gestire lo stile di vita. Le tematiche comprendono la gestione dello stress, il controllo/mantenimento del peso, l'alimentazione, l'esercizio fisico e le strategie di auto cura. Target del programma sono le veterane dell'esercito e quelle a maggior rischio di sviluppare problemi collegati al servizio militare, obesità, ipertensione, diabete, osteoporosi e cancro. Obiettivo primario di questo programma multidisciplinare è la promozione di strategie per il mantenimento della salute e la prevenzione della malattia o del suo peggioramento. Il programma porta le partecipanti ad identificare e far diminuire i fattori di rischio personali associati con lo sviluppo o il peggioramento della malattia ed accresce la loro consapevolezza sull'importanza dello screening preventivo. Alcune partecipanti si sono in seguito iscritte a programmi di supporto più intensivi per riuscire a modificare i propri comportamenti al fine di prevenire la progressione della malattia e focalizzarsi con più attenzione sull'auto mantenimento individuale. Al termine della serie di interventi le partecipanti hanno acquisito le conoscenze che le aiuteranno a mantenersi in buona salute e prevenire la malattia operando scelte di stili di vita migliori.

Sudafrica: Al McCord Hospital è stato introdotto un programma per affrontare i problemi delle patologie croniche, compresi il sovrappeso e l'abitudine al fumo tra gli infermieri. Il programma è stato uno sforzo in collaborazione tra Democratic Nursing Organization of South Africa (DENOSA), ICN e Oxford Health Alliance ed a livello locale è stato diretto dall'infermiera Honey Allee. Il programma è stato costruito sui principi della partnership e dell'impegno, basandosi su obiettivi condivisi e riconoscendo che "essere in salute" ha significati diversi per la gente, a seconda di fattori che comprendono l'età, le condizioni socioeconomiche e la cultura. Il programma locale comprendeva politiche organizzative avanzate che includevano i principi del prendersi cura del curante e si focalizzavano su: salute e benessere; servire cibi sani a pranzo; lezioni di ginnastica e vari club di supporto; screening sanitari; gestione del peso e distribuzione di cerotti alla nicotina per aiutare il partecipanti a smettere di fumare. Le conoscenze, le capacità e le expertise venivano condivise come se fossero state storie riguardanti i successi e gli ostacoli. Il programma ha avuto successo nell'informare, educare e supportare gli infermieri nel migliorare la propria salute. I risultati ad oggi dimostrano che un numero significativo di infermieri ha perso peso, ha migliorato la gestione delle proprie malattie croniche, si è sottoposto allo screening ed ha smesso di fumare. ICN ed i suoi partner sono disponibili ad aiutare altre Associazioni infermieristiche nazionali che vogliano introdurre schemi simili per migliorare la salute degli infermieri, delle loro famiglie, dei posti di lavoro, delle scuole e delle comunità locali.

Taiwan: Di fronte al problema della mancanza di aderenza alla terapia analgesica a domicilio da parte dei pazienti oncologici ed al fine di comprendere il percepito riguardo questi farmaci, gli infermieri di Taiwan hanno condotto uno studio utilizzando un "Barrier Questionnaire – mod. Taiwan (BQT)". Essi desideravano raccogliere dati relativi all'effettiva percezione degli analgesici da parte dei pazienti. Per misurare l'effettiva aderenza alla terapia da parte dei pazienti è stato impiegato il modello di auto-segnalazione di Morisky.

Lo studio ha dimostrato che i pazienti avevano un concetto erroneo degli analgesici. Per chiarirlo, ai pazienti ed alle famiglie è stato dato come guida pratica un manuale di educazione sul dolore. Tra i contenuti del manuale c'erano chiarimenti sul fatalismo, sulla preoccupazione di far perdere troppo tempo al medico durante le visite, sul desiderio di essere un buon paziente, sugli effetti collaterali dei farmaci, sulla dipendenza, sulla progressione della malattia ed altro.

Gli infermieri hanno anche spiegato ai pazienti le prescrizioni di analgesici, compreso l'effettivo farmaco utilizzato, la forma della medicina, l'efficacia, i possibili effetti collaterali ed il metodo di somministrazione. Hanno sottolineato ai pazienti l'importanza di prendere le medicine negli orari e nei modi prescritti per ottenere un controllo efficace del dolore.

Regno Unito: L'infermiera Anita Plummer ha vinto un premio per lo sviluppo di un programma gestito da infermieri per il mantenimento del peso dei pazienti colpiti da patologie croniche. Ella ha riconosciuto un'area di bisogni non soddisfatti nel 2006, quando un audit pratico dell'IMC ha rivelato che la prevalenza dell'obesità era più alta della media nazionale. Un paziente su quattro rientrava nella categoria degli obesi e due su tre erano o sovrappeso o obesi. Nel complesso, 605 pazienti su 1.061 di età compresa tra i 18 e 75 anni, colpiti da patologie a lungo termine (coronaropatie, diabete e ipertensione), riportavano un indice di massa corporea superiore a 28. Poiché le risorse pratiche erano limitate, la Plummer decise di dare la priorità ai pazienti sovrappeso ed obesi per il controllo del peso. Studiò un programma educativo, incontri per gestire il peso e camminate per la salute, tutti elementi che si stanno dimostrando popolari ed efficaci (Robinson 2007).

Emirati Arabi Uniti: L'Associazione Infermieri degli Emirati Arabi Uniti (ENA) si è impegnata a giocare un ruolo attivo nel miglioramento degli standard di salute attraverso l'educazione pubblica ed il miglioramento delle conoscenze sulle malattie croniche, soprattutto il diabete e ipertensione. L'ENA, con il supporto del Ministero della Salute, ha lanciato una campagna di sensibilizzazione per educare le persone sulle pratiche di digiuno sicuro durante il mese santo del Ramadan. La campagna doveva coprire tutti gli Emirati, a partire da Abu Dhabi fino a Fujerah. L'approccio era multidisciplinare e gli infermieri lavoravano in partnership con il paziente, la famiglia, i medici ed altri professionisti della salute coinvolti. Tra i servizi forniti ai cittadini durante la campagna erano compresi il controllo della pressione e della glicemia, la distribuzione di volantini e brochure informativa, l'educazione ai pazienti ed ai familiari su come sviluppare abitudini sane e prevenire le complicanze a lungo termine. Altri servizi erano il counseling personalizzato e l'educazione dei giovani e delle famiglie riguardo argomenti generici del vivere sano quali la dieta, l'esercizio fisico, il supporto psicosociale ed altre attività sociali. La campagna ha già toccato circa 10.000 persone al momento di questo report. Il successo di questo progetto è stato attribuito al supporto offerto dal Ministero, al coinvolgimento di infermieri volontari ed alla partecipazione pubblica su larga scala (Inviato da ENA).

CAPITOLO 6

Il ruolo delle associazioni infermieristiche nazionali nel ridurre il rischio e migliorare l'assistenza ai malati cronici

Accogliere la sfida della prevenzione e della gestione delle malattie croniche richiede coraggio ed ambizione da parte delle Associazioni Infermieristiche Nazionali (AIN). Ciò è particolarmente vero a causa delle numerose e concorrenziali priorità urgenti, molte delle quali hanno un impatto più evidente ed immediato della prevenzione a lungo termine e della promozione della salute. È tuttavia fondamentale, non soltanto per i pazienti ma anche per le famiglie, le comunità e le generazioni future, che le Associazioni diano adesso una leadership alla professione infermieristica.

Le Associazioni si trovano in una posizione forte per informare, impegnare e mettere gli infermieri di ogni livello in condizione di lavorare con un'ampia gamma di stakeholder, che comprende: comunità, datori di lavoro, partner, politici, scuole, pazienti e famiglie per arginare la marea di malattie croniche e garantire a tutti coloro che ne sono colpiti di ricevere l'assistenza, le cure e la gestione necessari a promuovere il benessere e garantire i migliori esiti di salute possibili.

Quando decide quali interventi siano adeguati alla propria situazione, ciascuna Associazione deve tener conto di una serie di fattori compresi la capacità di implementarli, l'accettabilità ed il supporto della collettività e della politica. Selezionare un numero limitato di attività e farle bene è probabile che abbia un impatto migliore rispetto all'intraprenderne un gran numero e portarle avanti a casaccio.

Disseminare informazioni e sostegno

Le Associazioni godono di una posizione privilegiata per divulgare le informazioni ed i messaggi chiave riguardanti le patologie croniche ai singoli, alle comunità ed ai politici. Un'ampia distribuzione di informazioni complete e basate sull'evidenza è necessaria per stimolare la consapevolezza e per influenzare il cambiamento comportamentale. È anche utile condividere le informazioni riguardanti le politiche per la cronicità al fine di promuovere il dibattito pubblico, incoraggiare il patrocinio e garantire che le malattie croniche siano una priorità nell'agenda della sanità pubblica. Le Associazioni possono:

- Pubblicizzare informazioni chiave, fatti e numeri riguardanti la cronicità in conferenze e comunicati stampa.
- Divulgare informazioni alle scuole, nei posti di lavoro, nei centri sanitari e di comunità.
- Organizzare campagne nazionali ed eventi per sollevare la consapevolezza sulla prevenzione e la gestione delle patologie croniche.
- Aumentare la priorità assegnata alla prevenzione ed al controllo delle situazioni di cronicità nell'agenda di forum e meeting di rilievo.

- Celebrare i risultati innovativi degli infermieri nel campo dell'assistenza ai pazienti cronici e descrivere il lavoro infermieristico in pubblicazioni, siti Web, conferenze, ecc.
- Facilitare la collaborazione con altre associazioni professionali sanitarie, ministeri della salute ed altri settori e stakeholder di rilievo.
- Lavorare con i ministri della salute e con altri per influenzare le politiche di sanità pubblica nazionali e non.
- Fare pressione per leggi e regolamenti che promuovano e facilitino il contributo degli infermieri nell'assistenza ai pazienti cronici.
- Fare pressione per un approccio bilanciato ai servizi di prevenzione, promozione, cura e riabilitazione.
- Mettere a disposizione un forum per il dialogo e l'adeguata comprensione delle sfide e dei temi.
- Patrocinare la salute delle popolazioni vulnerabili.
- Divulgare le evidenze di pratica d'eccellenza.
- Fare pressione sui datori di lavoro per ambienti di lavoro sani.

Guidare la mobilitazione popolare

Le Associazioni infermieristiche nazionali possono lavorare con i gruppi di supporto ed altri leader di comunità per:

- Organizzare campagne popolari ed eventi che ispirino azioni sanitarie pubbliche, quali le giornate annuali, che possono essere utilizzate per aumentare la consapevolezza sui rischi della cronicità, sulla prevenzione e sulla gestione.
- Incoraggiare a livello locale eventi ed attività riguardanti le patologie croniche.
- Supportare pratiche innovative per garantire scuole e luoghi di lavoro sani, collaborando con altre figure chiave.
- Incoraggiare i rappresentanti locali delle Associazioni nazionali a farsi coinvolgere dalle rispettive comunità, a parlare con i media locali, i vicini, gli amici, ecc. dei benefici di uno stile di vita sano e della prevenzione delle patologie croniche.
- Incoraggiare pazienti e comunità ad appoggiare opzioni locali, sostenibili e sane.
- Garantire che le strategie nazionali vengano adattate alle situazioni locali.

Costruire partnership

Una prevenzione ed una gestione di successo della cronicità richiedono un'azione coordinata all'interno del settore sanitario ed oltre, tra le organizzazioni della società civile, tra i ministri del governo, tra i leader di comunità, tra i lavoratori della sanità e tra il settore privato e la comunità degli affari. Una partnership efficace incoraggia la collaborazione, riduce al minimo le sovrapposizioni e la competizione per le risorse, consentendo alle organizzazioni di rafforzarsi e di espandere i programmi contro le patologie croniche.

- Stabilire partnership tra il leader di comunità, i professionisti della salute, il leader dell'economia ed i politici per condividere informazioni, sviluppare strategie e mobilitare risorse.
- Incoraggiare i politici ad aumentare gli investimenti nella prevenzione e nella gestione della cronicità e ad implementare programmi e politiche che promuovano diete sane, attività fisica e d'astinenza dal tabacco.
- Fornire input alle organizzazioni sanitarie, ai ricercatori ed ai politici sulle implicazioni infermieristiche dei nuovi approcci alla prevenzione, all'assistenza ed alla gestione, sia per quanto riguarda l'implementazione a breve termine che per i costi/benefici a lungo termine e contribuire alla discussione su come queste nuove implicazioni possono essere efficacemente gestite.

- Lavorare con le strutture formative per aumentare nei curricula le tematiche riguardanti le patologie croniche.
- Lavorare con i centri di formazione e ricerca infermieristica per indirizzare la ricerca sulla cronicità.
- Lavorare con il legislatore per emendare leggi e regolamenti da ogni incongruenza che impedisca agli infermieri di esprimere appieno il loro potenziale nella gestione della cronicità.

Capacity building

Le Associazioni giocano un ruolo importante nella costruzione di capacità sia attraverso la professione infermieristica sia a livello individuale, di famiglia e di comunità per promuovere la salute, prevenire la malattia e gestire le situazioni di malattia e cronicità.

- Fornire assistenza tecnica per progettare e implementare programmi sulla malattia cronica.
- Fornire uno spazio/forum per lo scambio e la discussione di pratiche e di innovazioni nella prevenzione e nella gestione della cronicità.
- Divulgare le innovazioni infermieristiche agli infermieri ed agli altri.
- Fare pressione sui ministeri affinché forniscano corsi di studio o supporti finanziari per facilitare la formazione.
- Stimolare l'interesse per l'infermieristica e la ricerca offrendo agli infermieri opportunità di fellowship, di addestramento e di sviluppo di carriera.
- Incoraggiare/facilitare l'assorbimento di nuove tecnologie informatiche attraverso un addestramento e tecniche di feedback adeguati.
- Facilitare la gestione del cambiamento.

CAPITOLO 7

Conclusioni

C'è la necessità urgente che gli infermieri di ogni dove prendano l'iniziativa e si impegnino con tutte le parti della comunità ed in tutti i settori per affrontare questa crescente minaccia globale alla salute ed al benessere. La vertiginosa flessione dell'economia mondiale nel 2008-2009 ha fatto aumentare ovunque la pressione sulle risorse disponibili per il settore sanitario. Nel contempo, gli individui, famiglie e comunità del mondo sviluppato e di quello sottosviluppato affrontano scelte e sfide sempre più difficili nella vita quotidiana.

È ora più importante che mai che gli infermieri lavorino per garantire che sia facile fare scelte sane. Questo può significare lobby e promozione a livello nazionale ed internazionale a favore di leggi e regolamenti che facilitino le scelte sane, per esempio attraverso ciò che riguarda la lavorazione degli alimenti, l'etichettatura ed il prezzo; lobby per un'allocazione delle risorse nazionali basata sull'evidenza, a supporto di ambienti e pratiche sani; utilizzo di opportunità per informare ed educare pazienti e famiglie.

Diversamente da alcuni altri temi ed attività promossi per celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere, questo appello all'azione richiede attenzione e risposta da parte di ogni singolo infermiere del mondo, indipendentemente dalla specialità, dal luogo o dal tipo di attività.

Infermieri e comunità educati ed in grado di agire possono contribuire più efficacemente ai cambiamenti di più ampia portata necessari nella politica sociosanitaria così come a cambiamenti strutturali a livello locale, nazionale ed internazionale.

ICN ed i suoi partner si impegnano a prevenire e gestire meglio la cronicità e lavoreranno per promuovere un mondo più sano.

ALLEGATI



[Comunicato stampa](#) - [Press Information](#) - [Communiqué de presse](#) - [Comunicado de prensa](#)

ICN fa un appello agli infermieri di ogni dove: guidate la lotta contro la cronicità

12 Maggio 2010, Ginevra, Svizzera - Poiché il mondo affronta un massiccio aumento dei tassi di morte e disabilità derivanti dalle patologie croniche, c'è un bisogno urgente che gli infermieri di ogni dove si impegnino proattivamente con tutte le parti della comunità ed in tutti i settori per rispondere alla crescente minaccia alla salute ed allo sviluppo mondiale. Le statistiche ci mostrano che il 60% dei decessi nel mondo sono dovuti a patologie croniche e che l'80% di questi avvengono nei Paesi a basso e medio reddito. In occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) fa appello agli infermieri di ogni dove di muoversi all'azione, nelle loro vite personali e nei ruoli professionali, per arginare la pandemia della cronicità.

“È ora più importante che mai che gli infermieri lavorino per garantire che sia facile fare scelte sane”, ha dichiarato la Presidente Rosemary Bryant. “Se ognuno dei 13 milioni di infermieri si impegnasse personalmente a mangiare sano, fare adeguato esercizio fisico, bere in modo sensato ed evitare il fumo, tutto ciò migliorerebbe la sua salute ed il suo benessere, riducendo la possibilità di sviluppare patologie croniche. Se ognuno di questi infermieri agisse da modello di comportamento, educatore ed agente del cambiamento all'interno della propria famiglia, tra gli amici, sul posto di lavoro e nella comunità locale per promuovere stili di vita più sani, insieme potremmo contribuire ad arginare la marea della malattia cronica.”

La magnitudo del problema

La dimensione del problema è enorme. Diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie ed alcuni tipi di cancro rappresentano la minaccia principale per la salute umana e per lo sviluppo e sono i principali killer mondiali.

- L'OMS stima in oltre 180 milioni il numero delle persone nel mondo colpite da diabete. Questo numero è probabile che sarà più che raddoppiato entro il 2030.
- Una stima di 17,1 milioni di persone sono morte nel 2004 per malattie cardiovascolari, cifra che rappresenta il 29% di tutti i decessi mondiali. Di questi, 7,2 milioni erano dovuti a malattia coronarica e il 5,7 milioni a ictus.
- Si prevede che nel mondo le morti per cancro continueranno ad aumentare, con una stima di 12 milioni di decessi nel 2030.



Queste malattie sono evitabili. Fino all'80% delle cardiopatie, degli ictus e del diabete di tipo 2 ed oltre un terzo dei casi di cancro si possono prevenire eliminando i fattori di rischio condivisi, soprattutto il fumo, la dieta non equilibrata, l'inattività fisica e l'eccessivo consumo di alcol. Se non affrontati, la mortalità ed il peso della malattia derivanti da questi problemi sanitari continueranno ad aumentare.

Oltre ad adottare stili di vita sani, gli infermieri possono patrocinare leggi e regolamenti che facilitino le scelte sane, per esempio attraverso ciò che riguarda la lavorazione degli alimenti, l'etichettatura ed il prezzo; lobby per un'allocatione delle risorse nazionali basata sull'evidenza, a supporto di ambienti e pratiche sani; utilizzo di opportunità per informare ed educare pazienti e famiglie.

Questo appello all'azione richiede attenzione e risposta da parte di ogni singolo infermiere del mondo, indipendentemente dalla specialità, dal luogo o dal tipo di attività. Infermieri e comunità educati ed in grado di agire possono contribuire più efficacemente ai cambiamenti di più ampia portata, necessari nella politica sociosanitaria così come a cambiamenti strutturali a livello locale, nazionale ed internazionale.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotto da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Per ulteriori informazioni contattare Linda Carrier-Walker
Tel. +41.22.908.0100 Fax: +41.22.908.0101
e-mail: carrwalk@icn.ch Sito web ICN: www.icn.ch



Presa di posizione

Ruolo dell'infermiere nella prevenzione del cancro

Posizione ICN:

Se prevenire il cancro è un ruolo importante di molti professionisti della salute e gruppi di consumatori, gli infermieri si trovano in una posizione chiave per agire direttamente sulla salute delle persone. Di conseguenza, il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) appoggia fermamente che gli infermieri:

- Contribuiscano alla prevenzione primaria del cancro aiutando gli individui ad adottare abitudini di vita sane.
- Intraprendano attività di prevenzione secondaria e diagnosi precoce fornendo informazioni l'importanza dei programmi di screening e sulle strutture; incoraggiando gli individui e le famiglie ad alto rischio a sottoporsi allo screening; partecipando alle attività di screening, soprattutto a livello di assistenza primaria.

Le Associazioni infermieristiche nazionali hanno un ruolo importante da svolgere. ICN le sollecita a:

- Fare pressione a favore di attività di ricerca che si occupino dei potenziali miglioramenti negli approcci e nelle strategie di prevenzione e diagnosi precoce del cancro, oltre che del ruolo infermieristico in tutto ciò.
- Patrocinare l'inserimento di nuove conoscenze e nuove tecnologie riguardanti la prevenzione del cancro e la diagnosi precoce nei programmi di formazione infermieristica di base, post-base e continua.
- Sostenere ed essere coinvolti nel sollevare la pubblica consapevolezza, in iniziative governative ed altre mirate alla prevenzione ed alla diagnosi precoce.
- Promuovere la partecipazione delle organizzazioni nazionali di infermieristica oncologica ad attività internazionali di scambio per la prevenzione e la diagnosi precoce.
- Fare pressione affinché la vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) venga inserita nei programmi nazionali di immunizzazione.
- Collaborare con gli altri professionisti e con gli organi di governo per il bando totale del tabacco e del fumo nei luoghi pubblici.
- Incoraggiare il coinvolgimento degli infermieri in attività e strategie di prevenzione del cancro, compresa la partecipazione ad attività nazionali ed internazionali.
- Fare pressione a favore del cambiamento nelle politiche di salute ambientale, quali luoghi pubblici liberi dal fumo e politiche sanitarie che si occupino dei principali determinanti sociali della salute.

International
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch

Background

Il cancro rappresenta la principale causa di morte in molti Paesi. Oggi si ritiene che circa l'85% dei casi siano potenzialmente evitabili. Benché le conoscenze sulle reali cause della malattia siano ancora limitate, la ricerca ha evidenziato due rischi particolarmente importanti: il fumo di sigaretta e la dieta.

Oltre il 30% delle morti per cancro sono dovute all'uso di tabacco e approssimativamente il 35% ad una dieta squilibrata, all'abuso di alcol ed all'inattività fisica.

Di per sé, prevenire il cancro significa suggerire cambiamenti nello stile di vita e nel comportamento, ossia: smettere di fumare, diminuire la quantità di alcol assunta, cambiare abitudini alimentari, aumentare l'attività fisica ed evitare rischi ambientali quali l'esposizione al fumo passivo, al sole ed all'amianto. Inoltre, il potenziale per ridurre l'incidenza del cancro e la mortalità attraverso strategie di diagnosi precoce sembra promettente.

Circa il 99% dei casi di cancro alla cervice sono associati ad infezioni HPV¹ e c'è un forte consenso a favore della sicurezza del vaccino per la prevenzione ed il controllo di questo cancro².

Studi recenti hanno anche confermato che l'utilizzo del pap-test e dell'esame citologico come screening per il cancro alla cervice riducono molto il rischio di mortalità legata a cancro invasivo. Altre procedure per la diagnosi precoce del cancro, quali l'auto esame del seno, la ricerca di sangue occulto nelle feci, la sigmoidoscopia, il controllo del cavo orale e della pelle e l'esame rettale digitale possono potenzialmente ridurre la morbilità e la mortalità del cancro.

Il tabagismo ed altri fattori di rischio per il cancro sono legati a determinanti sociali sulla salute più ampi, che hanno un impatto sullo stile di vita degli individui e delle famiglie.

Fornire informazioni ed educazione sui fattori di rischio per il cancro deve andare oltre gli stili di vita ed interessarsi dei determinanti sociali della salute e delle politiche per la salute pubblica, compreso il bando totale del fumo nei luoghi pubblici.

¹ World Health Organization (2005). New WHO initiative to speed development and introduction of vaccines to protect against cervical cancer. www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html

² Global Advisory Committee on Vaccine Safety (2007). In Weekly Epidemiological Record, No.28/29, 20 July 2007. page 139-140.

Adottato nel 1989

Riveduto e corretto nel 2008

Posizioni ICN correlate:

- [Reducing environmental and lifestyle related health hazards](#)
- [Nurses and the natural environment](#)
- [Tobacco use and health](#)

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.



Tabacco e salute

Posizione ICN:

L'epidemia del consumo di tabacco rappresenta una seria minaccia alla salute pubblica, tuttavia le misure per controllarne l'uso sono drammaticamente inadeguate.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è impegnato a:

- Bandire completamente il consumo di tabacco.
- Prevenire ed eliminare il tabagismo tra gli infermieri e gli studenti infermieri.
- Implementare all'interno dell'ICN una politica "smoke-free", compreso l'incoraggiare tutte le Associazioni infermieristiche nazionali a fare altrettanto in occasione dei propri interventi, meeting ed altri eventi.
- Lavorare con altre organizzazioni internazionali governative e non, con le organizzazioni delle professioni sanitarie per combattere l'epidemia del tabagismo.
- Lavorare con le Associazioni nazionali per supportare l'implementazione della Convenzione OMS sul controllo del tabacco (FCTC).

ICN incoraggia le associazioni membre a coordinare i propri sforzi con gli altri gruppi nazionali per attirare l'attenzione dei governi e del pubblico sugli effetti negativi del tabacco e per incoraggiare i governi a ridurre, scoraggiare e sradicare il tabagismo. Più nello specifico, ICN patrocina le seguenti azioni nazionali:

- Fare pressione per politiche che proibiscano la pubblicità del tabacco, le sue sponsorizzazioni e che supportino la presenza ben evidente di avvertenze su tutti i prodotti derivati dal tabacco.
- Lavorare con i governi per introdurre misure legislative e fiscali quali tasse più alte sui prodotti del tabacco.
- Sostenere la proibizione del fumo nei luoghi pubblici; creare scuole, sport, luoghi di lavoro, viaggi aerei, ristoranti ed altri spazi pubblici liberi dal fumo.
- Partecipare a campagne pubbliche di educazione/informazione, soprattutto quelle che hanno come target i gruppi vulnerabili come i giovani.
- Supportare gli incentivi ai coltivatori di tabacco affinché optino per altre colture.
- Incoraggiare gli infermieri a diventare modelli di ruolo come non fumatori, offrendo programmi per aiutare coloro che fumano a smettere.
- Incoraggiare gli infermieri ad inserire nella loro pratica regolare la prevenzione dal tabagismo e la cessazione.
- Lavorare per integrare le informazioni riguardanti il tabacco e il fumo a tutti i livelli della formazione infermieristica.
- Identificare azioni atte a supportare i pazienti ricoverati che normalmente fumano e che sono confinati in un ambiente in cui è proibito farlo.

**International
Council of Nurses**

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch

Background

Il consumo globale di tabacco è cresciuto costantemente. I costi in morti inevitabili si avvicinano ai 5 milioni di persone all'anno e si prevede che salgano a 10 milioni entro il 2020. Gli infermieri che continuano a fumare ed il consumo crescente tra le giovani donne sono oggetto di crescente preoccupazione.

Il Codice Etico degli Infermieri dell'ICN¹ afferma che la promozione della salute e la prevenzione della malattia sono tra le responsabilità fondamentali dell'infermiere. Inoltre, l'infermiere condivide con gli altri cittadini la responsabilità di dare inizio e sostenere azioni che rispondano ai pubblici bisogni socio-sanitari.

I problemi di salute causati dal tabacco sono altamente prevenibili. La promozione sanitaria e la prevenzione della malattia legati alla convenzione OMS sul controllo del tabacco devono essere potenziati e gli infermieri sono le figure più adatte alla sua implementazione. Allo stesso modo, gli infermieri e le loro Associazioni nazionali devono essere coinvolti nella ricerca correlata al tabacco e nella sua divulgazione.

Adottato nel 1999

Riveduto e corretto nel 2006

Titolo precedente: *Smoking and Health*

Posizioni ICN correlate:

- [Reducing environmental and lifestyle-related health hazards](#)
- [Nurses Role in the Prevention](#)
- [Nurses Role in the Prevention and Early Detection of Cancer](#)

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

¹ International Council of Nurses (ICN), Code of Ethics for Nurses, revisione del 2005.



Presa di posizione

Ridurre i rischi sanitari ambientali e comportamentali

Posizione ICN:

Gli infermieri e le loro Associazioni nazionali devono rivestire un ruolo strategico nella riduzione dei rischi sanitari ambientali e comportamentali.

Le Associazioni nazionali possono contribuire a ridurre i rischi per la salute di individui e comunità:

- Promuovendo stili di vita positivi, che prevedano l'esercizio fisico, la gestione dello stress, la prevenzione degli incidenti, il mantenimento del peso e l'educazione alimentare e che siano sensibili alle condizioni socioeconomiche, al genere ed alle tradizioni culturali.
- Sviluppando e divulgando ampiamente una posizione riguardante i principali rischi sanitari nazionali legati all'ambiente ed agli stili di vita.
- Lavorando con i governi e le comunità per introdurre misure che creino e conservino ambienti di vita e di lavoro sani, compresi la fluorizzazione dell'acqua, il controllo degli additivi negli alimenti, misure atte a ridurre l'abuso di sostanze e servizi che combattano i rischi sanitari.
- Supportando gli sforzi del governo per prevenire e controllare rischi sanitari specifici, compresa la cooperazione internazionale mirata a risolvere problemi comuni (es. nutrizione inadeguata, traffico di droga, controllo dell'inquinamento, infezioni sessualmente trasmissibili, farmaci contraffatti, ecc.).
- Istituire e partecipare a:
 - organismi che sviluppano, ordinano e supervisionano la prevenzione dei rischi ed i programmi di controllo;
 - la pianificazione nazionale/locale dei disastri e programmi internazionali in caso di disastri in altri Paesi;
 - ricerca su: dimensioni, conseguenze e interventi richiesti per rischi sanitari ambientali ed occupazionali critici; il benessere, le pratiche e le tecniche che consentono alla persona di ridurre i rischi e conservare la salute; allerta rapido per i rischi sanitari; miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro; monitoraggio dei livelli di inquinanti ambientali; misurazione dell'impatto dell'intervento infermieristico sui rischi ambientali.
- Garantire che gli infermieri siano sufficientemente informati e formati, che abbiano a disposizione autonomia e risorse per portare avanti efficacemente il loro ruolo nella promozione sanitaria legata ai rischi e nel counselling.
- Collaborare con i manager delle strutture sanitarie per garantire il corretto smaltimento dei rifiuti ospedalieri ed evitare danni all'ambiente.

International
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) adotta la dichiarazione mondiale sulla sopravvivenza, protezione sviluppo dei bambini e il piano d'azione¹¹ riguardante la necessità di creare e preservare ambienti sani per i bambini.

Background

I problemi di salute legati allo stile di vita ed all'ambiente sono causa crescente di morbidità, mortalità, costi sanitari in aumento e declino nella produttività e della qualità di vita. Particolarmente preoccupanti sono:

- I rischi collegati allo stile di vita quali il tabacco, l'alcol e l'abuso di droghe, che aggiungono altri costi a quelli personali e sociali in termini di casi di cancro, violenza, incidenti stradali, ecc. Anche le patologie cardiovascolari ed i problemi di salute mentale sono una preoccupazione globale, come il drammatico aumento delle malattie sessualmente trasmissibili.
- Gli additivi chimici utilizzati nella produzione degli alimenti sono un problema nutrizionale recente.
- In molti Paesi industrializzati le persone soffrono di obesità e di disturbi alimentari quali l'anoressia e la bulimia e, nel mondo, molti sono gravemente denutriti.

I fattori ambientali, quali lo stress, sono importanti cause di cattiva salute. L'inquinamento (acqua, aria e suolo) sta facendo aumentare la prevalenza delle malattie, sia acute che croniche.

Sia che derivino da scelte personali o dall'ambiente, questi rischi richiedono attenzione. Gli infermieri stanno sempre più appoggiando politiche e programmi mirati a creare case, scuole, posti di lavoro, comunità sani. Si devono creare, sostenere e studiare ambienti di lavoro che allentano lo stress e che consentono alle persone di apportare il loro pieno contributo.

Gli infermieri sono importanti sostenitori della prevenzione degli incidenti e della malattia, sia a casa che sul posto di lavoro. La maggior parte degli incidenti sono evitabili, ma è necessaria molta più educazione.

¹ United Nations, *World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementations of the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990's*, United Nations, New York, 1991.

Adottato nel 1999
Riveduto e corretto nel 2007

Titolo precedente: *Rischi per la Salute*

Posizioni ICN correlate:

- [Nurses and the natural environment](#)
- [Occupational safety and health for nurses](#)
- [Nurses' role in the prevention and early detection of cancer](#)
- [Reducing Travel-Related Communicable Disease Transmission](#)
- [Acquired immunodeficiency syndrome \(AIDS\)](#)

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.



Eliminazione dell'abuso di sostanze tra i giovani

Posizione ICN:

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è preoccupato per il numero crescente di giovani che abusano di sostanze che inducono dipendenza e per il risultante impatto sulla loro salute. Gli infermieri come provider chiave di assistenza ai giovani, rivestono un ruolo fondamentale nell'affrontare il problema in questo gruppo d'età. La prevenzione e la riduzione dell'abuso di sostanze attraverso la politica e il sostegno, la promozione di stili di vita sani e il dare ai giovani abilità di vita che consentano loro di affrontare lo stress, le pressioni dei coetanei ed altri fattori di rischio è un ruolo importante per l'ICN e per nursing.

ICN è impegnato nella prevenzione dell'abuso di sostanze e fa appello agli infermieri ed alle loro associazioni nazionali affinché dirigano i loro sforzi verso lo stesso obiettivo, particolarmente tra i giovani, e:

- Sollecitano i governi, le comunità, le associazioni giovanili, le associazioni di genitori e le autorità scolastiche a diffondere informazioni sul rischio dell'abuso di sostanze e sulle capacità di vivere.
- Lavorino con altre organizzazioni, comprese le scuole per infermieri, le associazioni giovanili e di genitori, il personale scolastico, i governi e le comunità per implementare strategie mirate all'eliminazione dell'abuso di sostanze.
- Lavorino con le proprie agenzie nazionali per sviluppare politiche complete per il tabacco, l'alcol, le droghe ed altre sostanze, al fine di ridurre la richiesta di sostanze psicoattive e minimizzare il danno attraverso l'accesso alla prevenzione e alla cura.
- Mobilitare gli sforzi per prevenire ed eliminare il consumo di tabacco.
- Supportare l'integrazione dei programmi contro il tabagismo, l'alcolismo e la tossicodipendenza nella formazione infermieristica di base, post-base e continua.
- Impegnarsi nella ricerca sui tassi, le tendenze ed il peso delle malattie associate all'abuso ed alla dipendenza da sostanze negli adolescenti; su approcci di trattamento ed interventi farmacologici centrati sul paziente; in studi di interventi mirati ai gruppi e agli individui ad alto rischio; identificare le barriere all'implementazione di interventi preventivi efficaci.
- Fornire in modo non discriminatorio una serie di misure per la riduzione del danno, quali l'informazione ed il counseling, vaccinazioni, scambio di aghi/siringhe ed interventi di prevenzione e trattamento completi.
- Combattere il pregiudizio, lo stigma e le discriminazioni associati all'abuso di sostanze.
- Supportare politiche ed interventi in tema di diritti umani.

Le Associazioni nazionali e gli infermieri devono impegnarsi in discussioni e politiche nazionali relative all'abuso di sostanze.

Presa di posizione

International
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch

Background

Tabacco, alcol e droghe illegali sono una minaccia significativa per la salute e per il tessuto sociale ed economico di famiglie, comunità e nazioni.

Un numero crescente di problemi socio-economici sono associati all'uso di tabacco, alcol, droghe ed altre sostanze. Spesso, gli effetti non si limitano all'individuo ma coinvolgono anche famiglie, amici, colleghi ed la società in senso lato.

I giovani spesso possono abusare di sostanze per problemi in famiglia, pressioni sulla vita e influenza degli amici. I cambiamenti biologici dell'adolescenza causano incertezza ed ansie e le droghe vengono spesso utilizzate per affrontare questa situazione.

Tra i giovani che assumono alcol e droghe e fra quelli che condividono gli aghi per iniettarsi la droga è in aumento la prevalenza dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse, epatite B e C ed altro. Si stima che il tabacco causi circa 5 milioni di morti all'anno¹, seguito dall'alcol che è la causa di 2,3 milioni di morti premature, pari al 3,2% di tutte le morti mondiali; e dalla droga che causa lo 0,2% di tutte le morti.² È importante differenziare tra l'uso del tabacco e l'abuso di altre sostanze. Nel primo caso, qualsiasi "uso" rappresenta un grave rischio per i giovani. L'evidenza suggerisce che nei bambini sensibili alla nicotina la dipendenza cominci quasi immediatamente dopo aver iniziato a fumare.

ICN sostiene le iniziative globali per ridurre ed eliminare il consumo di tabacco all'interno del quadro di riferimento OMS per il controllo del tabacco (FCTC). Gli infermieri hanno a che fare con gli effetti dannosi dell'abuso di sostanze e con le conseguenze fisiche, psicologiche e sociali correlate. Come figure sanitarie chiave, gli infermieri rivestono un ruolo fondamentale nell'eliminazione dell'abuso di sostanze. Il pregiudizio, la stigmatizzazione e la discriminazione collegate alla dipendenza scoraggiano i giovani da cercare aiuto e servizi sanitari. Per il successo di programmi finalizzati a controllare e prevenire l'abuso di sostanze sono fondamentali misure di riduzione del danno.

Adottato nel 1995

Riveduto e corretto nel 2002 e nel 2008

Posizioni ICN correlate:

- [Tobacco use and health](#)
- [Reducing environmental and lifestyle-related health hazards](#)
- [Acquired immunodeficiency syndrome \(AIDS\)](#)

Pubblicazioni ICN:

- Tobacco Free Living, ICN Fact Sheet, 2000.
- Tobacco Control and Smoking Cessation, ICN Monograph, 2004

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

¹ OMS Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPOWER package, Geneva

² Sito web OMS: www.who.int



QUESTIONI INFERMIERISTICHE

I fogli informativi sulle questioni infermieristiche rappresentano un riferimento rapido per le informazioni e le prospettive internazionali della professione infermieristica su tematiche socio sanitarie d'attualità.

Aderenza alla terapia a lungo termine

L'aderenza viene generalmente definita come " *misura in cui il comportamento di una persona - nell'assumere farmaci, seguire una dieta e/o cambiare stile di vita - corrisponde alle raccomandazioni concordate con un operatore sanitario*". La maggior parte degli studi che si occupano di aderenza, si focalizzano sulla misura in cui pazienti seguono le prescrizioni mediche per quanto riguarda l'assunzione dei farmaci, benché la questione riguardi comportamenti collegati alla salute più allargate e vada al di là dell'assunzione dei farmaci prescritti. Alcuni esempi di comportamenti relativi all'aderenza comprendono²:

- Cercare l'attenzione medica;
- Evadere le prescrizioni;
- Assumere farmaci in modo adeguato;
- Farsi vaccinare;
- Presentarsi alle visite di follow-up;
- Adottare cambiamenti comportamentali per quanto riguarda il controllo del peso, l'autogestione dell'asma o del diabete, il fumo, la contraccezione, i comportamenti sessuali rischiosi, la dieta non sana ed i livelli insufficienti di attività fisica

Esistono evidenze forti che suggeriscono che la maggior parte dei pazienti cronici colpiti da asma, diabete, ipertensione, HIV e AIDS hanno difficoltà ad aderire al regime di cura prescritto. In Cina, per esempio, soltanto il 43% dei pazienti ipertesi rispetta il proprio trattamento antipertensivo; in Gambia sono il 27%. In Australia, soltanto il 43% dei pazienti asmatici assume regolarmente le medicine così come prescritte dal medico. In Europa soltanto il 28% dei pazienti diabetici riesce ad avere un controllo ottimale della glicemia. L'aderenza alle terapie antiretrovirali varia dal 37 all'83%, a seconda dei farmaci utilizzati e della frequenza di somministrazione. Nei Paesi sviluppati l'aderenza al regime di trattamento si avvicina al 50% mentre la percentuale è molto più bassa in quelli in via di sviluppo³.

Problemi di scarsa aderenza

La scarsa aderenza ai trattamenti compromette gli sforzi del sistema sanitario, dei politici e dei professionisti della salute per migliorare la salute della popolazione. Essa causa complicanze mediche e psicologiche della malattia, riduce la qualità di vita dei pazienti, aumenta le possibilità di sviluppare resistenze ai farmaci, spreca risorse sanitarie ed erode la fiducia del pubblico nei sistemi sanitari^{4,5}.

Misurare l'aderenza

Una misurazione accurata dell'aderenza è molto importante poiché non esiste alcuno "gold standard" per valutare l'entità del problema. Esistono diverse unità di misura discusse in letteratura, ma si tratta di misurazioni per procura degli effettivi comportamenti del paziente. Alcune delle strategie utilizzate per misurare l'aderenza comprendono:

- Chiedere ai sanitari e ai pazienti;
- Questionari standardizzati da somministrare ai pazienti;
- Conteggio delle dosi rimanenti;
- Controlli elettronici, che registrano ora e data cui il contenitore dei farmaci viene aperto;
- Controllo di quando viene emessa la prescrizione iniziale e di quando viene ripetuta.

Ognuno di questi metodi ha degli inconvenienti e tutti vanno utilizzati con cautela. Per esempio, sia i sanitari che i pazienti tendono a sovrastimare la misura dell'aderenza. Allo stesso modo, il ricorso al monitoraggio elettronico o il conteggio delle pastiglie restanti non indica che il paziente abbia effettivamente assunto il farmaco.

Fattori che influiscono sull'aderenza

L'aderenza è influenzata da diversi fattori, tra i quali:

- Bassa condizione socio economica;
- Analfabetismo ed educazione limitata;
- Disoccupazione;
- Distanza dai centri di trattamento;
- Costi elevati per il trasporto o per i farmaci;
- Caratteristiche della malattia;
- Fattori legati alla terapia: complessità durata del trattamento, effetti collaterali;
- Credenze culturali riguardo la malattia e la cura.

Alcuni di questi fattori riguardano il paziente, altri i farmaci, altri ancora il medico. Per esempio, una bassa condizione socio economica è un fattore correlato al paziente che inibisce l'aderenza, mentre gli effetti collaterali di un regime farmacologico sono correlati alla terapia. Data la complessità di queste interazioni tra fattori che inibiscono l'aderenza, i pazienti devono essere supportati, non biasimati.

Migliorare l'aderenza

Una migliore aderenza si lega alla sicurezza del paziente, porta a esiti di salute migliori ed abbatte i costi della sanità. Una buona aderenza migliora l'efficacia degli interventi, promuove la salute, aumenta l'aspettativa di vita dei pazienti e ne migliora la qualità.⁸ Una buona aderenza apporta anche benefici economici al sistema sanitario ed al paziente⁹. Non esiste un modo univoco per promuovere l'aderenza ai regimi di trattamento. Per migliorarla, è necessario combinare diverse strategie educative e comportamentali¹⁰. Le strategie comportamentali comprendono promemoria e rafforzamenti del comportamento dei pazienti. Inoltre, i sanitari possono indagare sulle preferenze dei pazienti, semplificare il regime dei dosaggi, ecc. Le strategie riduzione del numero de

educative che migliorano l'aderenza tra i pazienti cronici comprendono la riduzione del numero e della frequenza di somministrazione dei farmaci, informazioni riguardanti gli effetti collaterali attesi e motivare i pazienti ad aderire ai cambiamenti nello stile di vita causati dalla terapia.

È molto importante educare i pazienti sulla loro malattia cronica, sui benefici del trattamento e sulle complicanze derivanti dalla non aderenza¹¹. È necessario educare all'autogestione poiché la maggior parte dei provider assistenziali dei pazienti cronici richiede loro di essere coinvolti nella propria auto cura.

L'educazione è una strategia importante per migliorare l'aderenza, ma i pazienti non hanno solo bisogno di essere informati; devono anche essere motivati ed incoraggiati ad aderire al trattamento ed a raggiungere gli obiettivi legati allo stile di vita.

Per gestire la cronicità e migliorare l'aderenza è necessario un approccio multidisciplinare. Famiglia, comunità e organizzazioni di pazienti sono partner-chiave nella promozione. Devono essere coinvolti attivamente nel piano e negli esiti assistenziali attesi. Migliorare l'aderenza richiederà una cooperazione continua tra professionisti della salute, ricercatori, politici, famiglie e soprattutto pazienti.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare: icn@icn.ch

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

¹ World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Retrieved July 8, 2005, from www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/

² WHO (2003). *Ibid.*

³ Organizacion Panamerican de la Salud (Sept 2003). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Washington.

⁴ WHO (2003). *Op. cit.*

⁵ Balkrishnana R (2005). The importance of medication adherence in improving chronicdisease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), pp. 517-520

⁶ WHO (2003) *Op. cit.*

⁷ Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

⁸ Williams AB (2001). Adherence to regimens: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43.

⁹ Organizacion Panamerican de la Salud (Sept. 2003). *Op. cit.*

¹⁰ Balkrishnana, R. (2005). *Op. cit.*

¹¹ Williams AB (2001). *Op. cit.*



QUESTIONI INFERMIERISTICHE

I fogli informativi sulle questioni infermieristiche rappresentano un riferimento rapido per le informazioni e le prospettive internazionali della professione infermieristica su tematiche socio sanitarie d'attualità.

Consumo nocivo di alcol

Introduzione

Il consumo nocivo di alcol è un fattore di rischio prevenibile di molte malattie e problemi sociali. Comprende molti aspetti del bere. Il primo è la quantità di alcol consumato. Tra gli altri aspetti sono compresi il modello del bere, che può andare dall'assunzione regolare o occasionale all'intossicazione, e la qualità della bevanda alcolica o della sostanza tossica - per esempio metanolo - in essa contenuta¹.

Il consumo di alcol presenta conseguenze sanitarie e sociali avverse che comprendono:

- l'intossicazione (ubriachezza), la dipendenza (abitudine compulsiva al bere a lungo termine),
- una delle principali cause di morte prematura,
- danni intenzionali e non,
- diverse malattie infettive e non trasmissibili quali le patologie cardiovascolari, la cirrosi epatica, il cancro, le malattie mentali,
- infezioni sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV.

Si stima che l'alcol causi circa il 3,7% di tutte le morti - con 2,3 milioni di decessi prematuri - e conti per il 4,4% delle malattie mondiali. Inoltre, l'uso nocivo dell'alcol si associa a diverse conseguenze sociali negative, quali il crimine, la violenza, la disoccupazione e l'assenteismo. Recentemente, l'impatto negativo dell'assunzione di alcol tra i giovani e le donne del mondo è motivo di crescente preoccupazione². ICN, per esempio, nella sua politica sull'eliminazione dell'abuso di sostanze tra i giovani, ha espresso preoccupazione per il numero crescente di giovani che abusano di sostanze che inducono dipendenza e per il risultante impatto sulla loro salute.

Che cosa influisce sul consumo di alcol?

Per progettare interventi efficaci contro l'utilizzo nocivo dell'alcol, è importante comprendere i fattori che hanno un impatto sul problema. In molte culture l'assunzione di alcol è spesso radicata nell'ambiente socioculturale e collegata a caratteristiche personali che comprendono³:

- età, sesso, condizione fisiologica e psicologica, consapevolezza personale degli effetti negativi dell'alcol;
- valori sociali, economici e culturali e norme della famiglia riguardo l'accettazione e l'approvazione dei modelli individuali di bere alcol;
- accessibilità, abbordabilità ed accettabilità da parte della società dell'uso di alcol;
- caratteristiche socio-culturali dell'influenza da parte del gruppo di pari,

- status personale ed atteggiamento della società verso l'uso di alcol;
- la pubblicità e il ritratto mediatico dell'assunzione di alcol come atteggiamento "mascolino" ed "attraente" influenzano i valori ed il modo di pensare delle persone;
 - la condizione di legalità dell'alcol e le azioni legali contro coloro che causano danni sotto la sua influenza.

In molte società l'uso dell'alcol è associato a celebrazioni che comprendono i matrimoni, le nascite, un successo accademico o una promozione sul lavoro. Il consiglio di "consumare l'alcol con moderazione" ha spesso portato a messaggi confusi e contraddittori riguardanti l'alcol e il suo consumo, forse minando politiche sanitarie e strategie finalizzate a ridurre i danni.

Quali sono le conseguenze del consumo nocivo di alcol?

L'alcol ha un effetto tossico in grado di danneggiare quasi ogni organo del corpo. Il suo utilizzo nocivo ha sia effetti acuti che a lungo termine su fattori sanitari, sociali ed economici. Gli effetti acuti dell'alcol sono associati ai comportamenti a rischio che comprendono il sesso non protetto che può portare ad infezioni sessualmente trasmesse quali l'HIV; incidenti e traumi dovuti alla guida o all'utilizzo di macchinari in stato di ebbrezza, violenza. Gli effetti a lungo termine comprendono oltre 60 patologie e possono esacerbare condizioni di cronicità quali le patologie cardiovascolari, il cancro alla mammella, l'epatite C e la cirrosi epatica. L'alcolismo cronico può compromettere il sistema immunitario ad aumentare il rischio di infezioni, compresa la polmonite batterica⁴. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può avere effetti sul sistema nervoso centrale, portando a disturbi della funzione motoria, del processo cognitivo, dell'umore, della percezione e causare cambiamenti comportamentali. Questi effetti rappresentano un grave problema sociale⁵.

I "danni sociali" collegati al consumo nocivo dell'alcol comprendono il disfacimento delle famiglie, la rottura con la comunità e sul posto di lavoro, violenze e crimini. Altre conseguenze sono la perdita del lavoro, il coinvolgimento nel crimine e l'arresto. Queste conseguenze colpiscono le persone che assumono alcol ma anche le famiglie, la comunità e la società⁶.

Gli effetti negativi dell'abuso di alcol sulla salute dell'individuo, della famiglia e della comunità rappresentano un peso economico in termini assistenziali e di costi sociali. Nel mondo l'alcol causa 1,8 milioni di morti (3,2% del totale), con i traumi accidentali che contano per un terzo di questi decessi⁷. Le spese sanitarie comprendono i costi per curare traumi e malattie legati all'alcol oltre quelli per la riabilitazione⁸. I costi sociali comprendono la perdita di proprietà, la disoccupazione, gli incidenti stradali ed il dolore e la sofferenza causati alle famiglie⁹.

Quali sono le strategie per ridurre il consumo nocivo di alcol?

Le strategie per ridurre il consumo nocivo di alcol devono essere progettate per raggiungere diversi obiettivi, compreso il posticipare l'assunzione iniziale di alcol, riducendo il numero di persone che ne fanno abuso, minimizzando i modelli dannosi del suo utilizzo e cambiando i comportamenti di assunzione.^{11,12,13}

- *Rafforzare la promozione sanitaria, la prevenzione e l'educazione* per aumentare la pubblica consapevolezza e promuovere la capacità degli individui e delle comunità di partecipare al contenimento delle conseguenze dannose dell'abuso di alcol. Per essere efficace, utilizzando una comprensione basata sulla conoscenza del contesto culturale e sociale del bere ed una combinazione di misure mirate alla popolazione in generale, deve tener conto dei gruppi vulnerabili (es. giovani e donne gravide).
- *Aumentare l'azione basata sulla comunità*, con il coinvolgimento di diversi stakeholder, quali i leader di comunità, le organizzazioni religiose, le organizzazioni di promozione sanitaria, le associazioni di consumatori ed i sindacati è una strategia efficace per minimizzare i danni relativi al consumo di alcolici. Le azioni possono accrescere la percezione della comunità riguardo i danni, ridurre l'accettabilità dell'uso eccessivo di alcol e mobilitare la comunità contro la vendita ed il consumo di alcolici non regolamentati.
- *Regolamentare la disponibilità di alcol* al fine di controllarne il consumo e l'accessibilità. Questa strategia comprende la regolamentazione della produzione e distribuzione di bevande alcoliche, definendo un'età minima per il loro acquisto e fasce orarie per la vendita, limitando il commercio al minuto e la densità dei punti vendita, controllando i prezzi, la pubblicità e le promozioni.
- *Supportare ed applicare politiche contro la guida in stato di ebbrezza* per ridurre il fenomeno e le sue gravi conseguenze negli incidenti stradali. La politica deve riguardare un limite basso di concentrazione alcolica nel sangue dei guidatori e la sospensione della patente di guida.
- *Rafforzare la risposta del settore sanitario* attraverso il coinvolgimento e l'addestramento di professionisti al riconoscimento precoce di problemi collegati al consumo di alcol ed alla prevenzione di situazioni più gravi. I servizi di cura e di comunità per persone con problemi di dipendenza dall'alcol sono efficaci quando supportati da politiche e sistemi adeguati ed integrati in strategie preventive più ampie.

Quali azioni possono intraprendere gli infermieri e le loro Associazioni nazionali ?

Gli infermieri e le loro Associazioni nazionali rivestono un ruolo importante nella riduzione o nell'eliminazione del consumo nocivo di alcol. Esse possono intraprendere le seguenti azioni:

- Collaborare con il governo, la comunità e da altre organizzazioni per divulgare informazioni sulle conseguenze negative del consumo di alcol e per implementare strategie finalizzate a ridurre l'abuso.
- Supportare l'integrazione di programmi preventivi relativi al consumo nocivo di alcol nella formazione infermieristica ed in quella continua.
- Sollecitare il governo a sviluppare politiche sull'alcol al fine di ridurre al minimo i danni attraverso l'accesso alla prevenzione ed al trattamento.
- Essere coinvolte nella ricerca collegata a tematiche sull'alcol, quali i tassi, le tendenze e la dimensione del problema; interventi infermieristici mirati ai gruppi ad alto rischio; implementare interventi di prevenzione; approcci

di trattamento incentrati sul paziente.

- Supportare politiche ed interventi basati sui diritti umani.

Gli infermieri e le loro Associazioni nazionali possono essere stakeholder nel rafforzare la risposta del settore sanitario contro l'uso nocivo dell'alcol, comprendendo servizi di prevenzione, trattamento, assistenza e riabilitazione.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare: icn@icn.ch

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) è una federazione di oltre 130 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano i milioni di infermieri di tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Riferimenti

¹ World Health Organization (2008). Sixty-First World Health Assembly, A 61/13, 20 March 2008.

² WHO (2008). Op. cit.

³ WHO-SEARO (World Health Organization Regional Office for South East Asia)

<http://www.searo.who.int>

⁴ WHO (2007). Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, WHO Technical Report Series 944..

⁵ WHO (2007). Ibid.

⁶ WHO (2007). Ibid.

⁷ WHO (2009). Op. cit.

⁸ WHO (2008). Op. cit.

⁹ WHO (2007). Op. cit.

¹⁰ Samarasinghe D (2009). Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling. Available from Alcohol, Drugs and Development, www.add-resources.org

¹¹ WHO (2008). Op. cit.

¹² Samarasinghe D (2009). Op. cit.

¹³ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) and Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA-CCLAT). (2007, April). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy in Canada.*

http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf

Riferimenti

- Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.
- BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative. http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm. Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270; <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> accessed 6 November 2009.
- C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*. <http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioural interventions for chronic medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, 2007 March. Ultimo accesso: da Medline 3 Novembre 2009.
- Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.
- International Council of Nurses (2009) *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2007). *International Competencies for Telenursing*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses Innovations Database <http://www.icn.ch/innovations/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- International Diabetes Federation (2001). *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*. <http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- International Diabetes Federation (a). *Why you should care..* <http://www.idf.org/why-you-should-care> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- International Diabetes Federation (b) *World Diabetes Day Media Kit* http://www.idf.org/webdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf, p24.
- International Diabetes Federation (c). *Prevention*. <http://www.idf.org/prevention> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27 Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. Diabetes Care. 31(5):857-62, 2008 May. Ultimo accesso su Medline: 3 Novembre 2009.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*. <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.
- The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health* <http://www.3four50.com/cih/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economicperspective.pdf>

Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523 Ultimo accesso: 7 Settembre 2009.

.PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. *Practice Nurse* Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S. (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286 <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. *Journal of Interprofessional Care*, January 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. *Eurohealth* Vol 15 No 1 2009 http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. *Nursing Research*. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Accessed on Medline 3 November 2009.

World Health Organization (2009a), Fact Sheet N°312, *Diabetes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 297 *Cancer*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2009d). *Respiratory diseases*. <http://www.who.int/respiratory/en/> Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9, 28 August 2009, WHO, Geneva* http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2008a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008b). Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf Ultimo accesso: 6 Novembre 2009.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.