



Colmare il divario:

Aumentare l'accesso e l'equità



Giornata Internazionale degli Infermieri

12 Maggio 2011

Colmare il divario: aumentare l'accesso e l'equità



Giornata Internazionale degli Infermieri 2011

**Edizione italiana autorizzata da ICN in data 11.05.2011
a cura del Collegio IP.AS.VI. di Torino in collaborazione con CNAI**



Traduzione: Laura Delpiano

**Copyright © 2011 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland**

Tutti i diritti, compresi quelli di traduzione, sono riservati. Sono vietati la riproduzione, anche parziale, a mezzo stampa, mezzi fotostatici o altra via, l'archiviazione in sistemi di recupero, la trasmissione in qualsiasi forma e la vendita senza preventiva autorizzazione scritta da parte del Consiglio Internazionale degli Infermieri o del Centro Internazionale per le Risorse Umane in Infermieristica. Brevi estratti (meno di 300 parole) possono essere riprodotti senza autorizzazione, a condizione che venga citata la fonte.

Torino, 12 Maggio 2011

Indice dei contenuti

Lettera dei Presidenti ICN e CEO

Introduzione

Capitolo 1: Comprendere il significato di accesso ed equità

Capitolo 2: Il fardello della disuguaglianza

Capitolo 3: Misurare accesso ed equità

Capitolo 4: Ostacoli all'accesso e all'equità

Capitolo 5: Incrementare l'accesso e l'equità

Capitolo 6: Gli infermieri promuovono l'accesso e l'equità

Allegati

Allegato 1: Commissione sui Determinanti Sociali della Salute: sorveglianza dell'equità

Sistema minimo di sorveglianza dell'equità

Quadro di riferimento nazionale completo della sorveglianza dell'equità in sanità

Allegato 2: Presa di posizione ICN sul paziente informato

Allegato 3: Presa di posizione ICN sull'accesso universale all'acqua pura

Allegato 4: Presa di posizione ICN su servizi sanitari pubblici e accessibili

Letture di approfondimento e risorse consigliate

Riferimenti



12 Maggio 2011

Cari Colleghi,

Nonostante gli importanti risultati raggiunti nella realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, permangono ancora profondi divari tra lo stato di salute e la speranza di vita di chi vive in Paesi ad alto, medio e basso reddito, tra uomini e donne e tra residenti in zone rurali o urbane.

La possibilità di accedere ai servizi sanitari è fondamentale per migliorare la salute, il benessere e le aspettative di vita di tutti. Tuttavia, il raggiungimento di questo requisito fondamentale resta limitato da fattori legati ai costi, alla lingua, alle distanze, alle politiche e alla prassi, così come a molti altri fattori.

Come gruppo più consistente e, in alcuni casi unico, di operatori sanitari che forniscono assistenza sanitaria di base in molti dei luoghi più difficili, gli infermieri sono essenziali per migliorare l'equità e l'accesso alle cure sanitarie e aggiungere qualità al risultato della cura.

Questo kit per la Giornata Internazionale dell'Infermiere 2011 potenzia le nostre conoscenze sull'accesso e l'equità e sugli effetti che le disuguaglianze hanno sulla salute. Accende anche una luce sull'importanza dei determinanti sociali della salute, dimostrando come gli infermieri li possono affrontare e, così facendo, migliorare l'accesso all'assistenza e garantirne l'equità.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri ritiene che gli infermieri giochino un ruolo importante nel raggiungimento dell'equità in sanità e nello sviluppo di una chiara consapevolezza di come il settore sanitario possa agire per ridurre le disuguaglianze di salute

Cordiali saluti

Rosemary Bryant
Presidente

David C. Benton
Funzionario Capo Esecutivo

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00

Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

Nel 2001, la comunità internazionale ha approvato gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG). L'impegno nei confronti degli MDG rappresentava la volontà di apportare miglioramenti significativi allo stato di salute della popolazione mondiale, riconoscendo che l'onere della malattia non era equamente distribuito. Esistevano divari profondi nello stato di salute e nelle aspettative di vita tra ricchi e poveri, tra Paesi sviluppati e in via di sviluppo, tra uomini e donne e tra i residenti delle zone rurali e metropolitane.

Nell'arco dei dieci anni successivi si sono ottenuti notevoli miglioramenti, con il rapporto di valutazione del 2009 che evidenziava i passi avanti di interventi chiave quali quelli per il controllo della malaria e dell'HIV e la vaccinazione contro il morbillo (UN, 2010). Tuttavia, il rapporto evidenziava anche i divari che vanno ampliandosi tra salute, benessere ed aspettativa di vita in diversi gruppi di popolazione.

La chiave sta nella capacità di accedere ai servizi. L'accesso ai servizi può essere limitato da fattori linguistici, dalle distanze, da politiche e prassi che li rendono culturalmente inadeguati, dalla scarsa qualità o semplicemente dalla mancata disponibilità o da esplicite politiche di razionamento.

E' altresì importante riconoscere che la salute non è semplicemente una merce prodotta dai servizi sanitari. La salute è determinata socialmente, oltre che essere influenzata dalla genetica e dall'ambiente. La capacità di ottenere una buona salute o, al contrario, il rischio di soffrire di cattiva salute, sono influenzati dalle condizioni socio-economiche, dalla geografia, dalla partecipazione al mercato del lavoro, dal livello di istruzione, dal genere, dalle preferenze sessuali e da una serie di altri elementi che incidono, direttamente o indirettamente, sulle capacità del singolo di raggiungere e mantenere una buona salute.

Il collegamento fondamentale tra salute e ambiente è stato riconosciuto nel 2005, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha istituito la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute per "raccogliere evidenze su quanto si può fare per promuovere l'equità in salute e incoraggiare un movimento globale per ottenerla" (CSDH, 2008).

Come fatto notare dalla Commissione (CSDH, 2008, P. 188), gli infermieri e gli altri professionisti della salute hanno un ruolo importante da ricoprire per raggiungere l'equità ed è fondamentale sviluppare una conoscenza profonda di come il settore sanitario possa agire per ridurre le ineguaglianze. Gli infermieri devono comprendere anche il loro ruolo nell'erogare un'assistenza equa ed accessibile. Questo kit si propone di assisterli in questo processo.

CAPITOLO 1

Comprendere Accesso ed Equità

Accesso

Cos'è l'"accesso"?

Si definisce accesso la capacità di ottenere un oggetto o un servizio nel momento richiesto. Che cosa precisamente configuri un buon accesso è difficile da definire e varia a seconda del contesto. Tuttavia, come fatto notare da Chapman et alii, "si ha un buon accesso quando i pazienti possono avere il servizio giusto al momento giusto e nel posto giusto" (Chapman et al., 2004, p. 374).

"Accesso (s.m.) 1. Mezzo o l'opportunità di avvicinarsi o entrare in un luogo. Il diritto o l'opportunità di utilizzare qualcosa o vedere qualcuno"
(Pearsall, 2002)

Gli elementi chiave dell'accesso comprendono la disponibilità, l'utilizzo (utilizzo dei servizi disponibili da parte della popolazione), la rilevanza (i servizi offerti rispecchiano i bisogni e le preferenze dei gruppi di popolazione), l'efficacia (se vengono raggiunti i risultati di trattamento o di servizio desiderati) e l'equità, che fa riferimento alle differenze di accesso tra gruppi diversi, come illustrato più avanti in questo capitolo (Chapman et al., 2004). Gli ostacoli all'accesso possono comprendere:

- Mancanza di capacità e disponibilità (compreso il razionamento). Tra gli esempi troviamo la lunghezza delle liste di attesa per particolari prestazioni, le carenze di infrastrutture e personale che impediscono l'erogazione dei servizi, la mancanza di servizi nei momenti e nei luoghi in cui servono.
- Costi. Il pagamento totale o parziale di molti servizi sanitari resta la norma in molti Paesi e questo è un ostacolo notevole per chi è povero.
- Lingua e cultura. Fare in modo che i membri di una comunità abbiano accesso a servizi sanitari in cui si parla la loro lingua è un elemento importante per rendere l'assistenza accessibile ed efficace. Allo stesso modo, il non riuscire a far fronte alle diverse norme culturali può avere un impatto negativo sulla volontà delle persone a cercare aiuto e sull'efficacia dei trattamenti.
- Mancanza di conoscenze e di informazioni. L'accesso comprende anche quello alle informazioni riguardanti la propria salute, le strategie preventive, gli approcci e le tipologie di servizi disponibili. Per esempio, il non divulgare i messaggi sulla salute pubblica in tutte le lingue della comunità, limita l'accesso all'informazione e può quindi avere un impatto diretto sia sulla salute dei singoli che sulla loro capacità di lavorare proattivamente per migliorarla identificando i servizi di cui si potrebbe avere bisogno ed accedendovi.

- Mobilità e migrazione. Le popolazioni nomadi possono avere difficoltà nell'identificare i servizi e nell'accedervi, soprattutto se sono presenti barriere amministrative (es. richiesta di un indirizzo di residenza per essere registrati presso un medico). Anche il garantire l'impegno di un buon medico e la continuità assistenziale può essere un problema.
- Impiego. In alcuni Paesi l'accesso all'assistenza è strettamente legato alla condizione lavorativa, come negli Stati Uniti dove molte persone fanno affidamento sui piani assicurativi sanitari sovvenzionati dai datori di lavoro. La disoccupazione, quindi, è un limite all'accesso. Al contrario, lavori saltuari, occasionali o a gettone limitano la capacità di accesso ai servizi sanitari in quanto le persone in questione devono farsi carico di costi significativi legati ai mancati introiti.
- Sensibilità e preparazione dello staff. Gli standard professionali ed etici richiedono agli infermieri ed agli altri professionisti di erogare prestazioni competenti e professionali e di trattare i pazienti con rispetto e sensibilità. Un addestramento ed una gestione efficaci devono supportare gli infermieri nel mantenimento di questi standard.
- Discriminazione. Nonostante l'impegno dei servizi sanitari e dei professionisti a fornire un'assistenza sanitaria efficace, continuano ad esistere casi di discriminazione basati su sesso, razza, preferenze sessuali o status socio-economico. È importante notare che la discriminazione non è sempre attiva – anche l'incapacità di affrontare efficacemente le disuguaglianze, di fornire assistenza o la stigmatizzazione di certe condizioni possono rappresentare una forma di discriminazione.

I limiti di accesso possono anche avere un impatto diretto sulla qualità delle cure. Ad esempio, molte persone che vivono in località remote e rurali, sia nel mondo sviluppato che in via di sviluppo, hanno meno accesso alla gamma di servizi sanitari e alle competenze di operatori sanitari qualificati come gli infermieri di quanto non abbiano le loro controparti cittadine. Questo può influenzare direttamente la qualità dell'assistenza ricevuta. Ad esempio, l'accesso ad un'assistenza adeguata durante il parto nelle zone rurali è stato identificato come fattore chiave da affrontare per ottenere miglioramenti dei tassi di mortalità materna (ONU, 2010).

Migliorare l'accesso alle cure comporta anche "tener conto dei fattori sociali che influenzano l'accesso" (Ministero della Salute e delle Politiche Sociali di Spagna 2010, p. 16). Tuttavia, il miglioramento dell'accesso può entrare in conflitto con altri imperativi politici, come il contenimento dei costi (Chapman et al., 2004). L'importanza di affrontare i determinanti sociali della salute viene discussa in dettaglio più avanti in questo documento.

Accesso e diritto di accesso sono di per sé principi importanti. Tuttavia, come osservato nel recente documento commissionato dalla Presidenza spagnola dell'Unione Europea *"Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities"*, l'accesso è anche un mezzo importante per raggiungere risultati più equi. Per esempio, "l'accesso universale ai servizi sanitari e ad un'assistenza primaria di qualità per tutti i bambini di tutte le regioni, si è dimostrato un mezzo efficace per ridurre le disuguaglianze di salute nei bambini" (Ministero della Salute e delle politiche sociali di Spagna, 2010, p. 36).

Equità

*Equità (s.f.) ... la qualità
di essere corretto ed
imparziale
(Pearsall, 2002)*

Mentre il concetto di equità e quelli ad esso associati di correttezza e giustizia sono ampiamente accettati e riconosciuti come fondamenti delle politiche sociali progressiste, c'è meno consenso sociale sulla sua definizione e su come la si debba raggiungere. Tutto ciò è particolarmente complesso quando si parla di sistemi sanitari e dei loro risultati, dove le opinioni divergono rispetto a quali aspetti è più importante uniformare e fino a che punto (Osterle, 2002).

Gli obiettivi dell'equità solitamente puntano alla correttezza del modo in cui si distribuiscono oneri e risorse tra la popolazione e sulla riduzione delle disuguaglianze di tale ripartizione. Il concetto di equità spesso comprende anche una considerazione riguardante le opportunità, ossia che il raggiungimento di un particolare risultato sia ugualmente disponibile per tutti, in funzione delle scelte operate:

“Un approccio equo si pone in contrasto con uno basato ‘sui bisogni fondamentali’ o ‘sulla povertà’, che si focalizzano sul povero e sul privo di potere senza mettere in relazione la loro condizione con quella del ricco e del potente. L'equità implica un approccio che dia di più a coloro che hanno poco e, di conseguenza, meno a chi ha molto. Piuttosto che una ripartizione in parti uguali, significa una ripartizione in parti giuste” (McCoy, 2003, p. 8).

Relazione tra accesso ed equità

“Un accesso iniquo alle risorse, alle capacità ed ai diritti porta a disuguaglianze nella salute” (Ministero della Sanità e delle Politiche Sociali di Spagna, 2010) e l'accesso ai servizi sanitari è un elemento importante per migliorare gli esiti di salute. In sanità, esistono una serie di concetti e presupposti comunemente implicati nel termine “equità”. Potrebbe voler significare un livello base di servizi ai quali tutti possono accedere e dei quali beneficiare. In molti dei Paesi sviluppati, l'equità potrebbe comprendere la capacità di farsi vedere da un professionista della salute quando si è malati, la possibilità di accesso ai farmaci fondamentali, il poter ricevere cure di emergenza e assistenza durante il parto.

In sanità, l'analisi dei risultati e del “livello in cui la distribuzione empirica corrisponde alle interpretazioni specifiche dell'equità” è un importante campo di studio. Le considerazioni riguardano, tra l'altro, la distribuzione della salute e della malattia, oltre a elementi sistematici quali la ripartizione della spesa pubblica, l'uso dei servizi, i costi e i risultati. Questo può comprendere i livelli relativi di accesso a diverse tipologie di servizi, così come i risultati ottenuti dai singoli pazienti. Nel suo articolo “Valutare l'equità nella politica sociale: un quadro di riferimento per un'analisi comparativa”, Osterle (2002) sintetizza la discussione di vari autori sul tema in tre semplici dimensioni, come di seguito citato. Il suo articolo offre un'utile discussione applicando questo quadro all'assistenza a lungo termine.

- COSA bisogna condividere (es. risorse, oneri);
- Tra CHI (i riceventi)
- COME (i principi)

(Osterle, 2002, p. 59)

Raggiungere l'equità sul "cosa" può significare dover definire un set minimo di servizi o livelli di risorse che siano ragionevoli ed accettabili per le persone che vi hanno accesso. Questo potrebbe anche implicare la definizione di standard di qualità specifici o delle aspettative da soddisfare. In alcuni casi potrebbero essere tangibili e quantificabili, ad esempio se il servizio è disponibile, quanto a lungo si deve aspettare per ottenerlo e se i risultati auspicati sono stati raggiunti. In altri casi possono intervenire fattori meno tangibili, quali il livello di soddisfazione per il servizio, la qualità della relazione con lo staff, il grado di coinvolgimento nelle decisioni da prendere, l'empowerment o la possibilità di esprimere una scelta. Questi fattori meno tangibili possono essere un'importante misura di equità, soprattutto quando si ha a che fare con utenti dei servizi che hanno background culturali diversi (Osterle, 2002, pp. 51-52).

"i popoli delle Nazioni Unite hanno riaffermato nello Statuto la loro fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore della persona e nell'uguaglianza dei diritti tra uomini e donne ed hanno deciso di promuovere il progresso sociale e un miglior tenore di vita di vita in una maggiore libertà"

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, ONU 1948

Il "chi" nel modello di Osterle fa riferimento al fatto che, anche nei Paesi industrializzati, alcune persone possono essere escluse dai servizi a causa di situazioni sociali, geografiche o altre (Osterle, 2002, pp. 52-53). Se un approccio ugualitario implica che tutte le persone debbano ricevere in giusta proporzione, gli sforzi per raggiungere l'equità in termini di risultato presuppongono l'esistenza di differenze nel livello in cui vengono dirette le risorse sanitarie. Qui diventa importante il "come" degli obiettivi di equità. Il cuore di queste discussioni è il concetto di bisogno, insieme al principio che la quantità di risorse allocate debba in qualche modo rispecchiarlo, in modo tale che " se i bisogni di A e di B sono diversi, A e B riceveranno quantità diverse di cura o di sostegno. Fino a che punto essi debbano essere trattati in modo differenziato al fine di raggiungere una ripartizione equa, fa parte del principio di allocazione" (Osterle, 2002, p. 53). Tuttavia, "bisogno" può essere un termine in se stesso relativo, misurabile in modi diversi, quali la mortalità, la morbilità o la qualità di vita.

Sebbene l'accesso ai servizi possa spesso essere presentato come un ideale, può portare a esiti non uguali, influenzati da una serie di variabili ambientali e non, quali il clima e la predisposizione genetica. Come fa notare Osterle, "Le politiche sociali finalizzate ad uguagliare l'accesso, sono finalizzate ad uguagliare l'utilizzo potenziale dei servizi, non quello reale" (Osterle, 2002, p. 52). Ne consegue che i provider dei servizi, per migliorare i risultati, possono rivolgersi a gruppi di popolazione o problemi particolari. Questa "discriminazione positiva" (Ministero della Sanità e delle Politiche Sociali di Spagna, 2010) o il favorire gruppi specifici che sono stati storicamente discriminati da programmi o politiche, viene vista come mezzo attraverso il quale i sistemi sanitari possono cercare di raggiungere una migliore equità nei risultati.

Nel tentativo di bilanciare le priorità, spesso in competizione, di bisogni ed equità, si possono utilizzare diverse forme di razionamento. Per esempio, la lista d'attesa per gli interventi chirurgici elettivi, basata su un semplice sistema a coda, può essere modificata suddividendola in due diverse categorie: i "bisogni" e le urgenze. In molti Paesi i tempi di attesa delle due categorie servono come misura di equità.

Etica e diritti umani

La necessità di fornire servizi, opportunità e diritti a tutti gli uomini, "senza alcun tipo di distinzione" è insita nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, citata in questa pagina.

Il diritto alla salute ed il diritto a pari opportunità in salute sono parte di questo atto. Come fatto notare da McCoy (2003, p. 8):

"La nozione di pari opportunità di essere sani si fonda anche sul concetto di diritto dell'uomo alla non-discriminazione e sulla necessità che i governi (o le rappresentanze organizzate della società) prendano le misure necessarie ad eliminare le inique conseguenze sanitarie delle disparità sociali... Il giudizio se un processo sia equo o meno dipende dalla definizione di ciò che la società accetta come diritto uguale per tutti. Alcuni evidenziano le disuguaglianze negli esiti di salute, altri le opportunità di raggiungere buoni risultati"

Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità.

*Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo,
ONU 1948*

L'Organizzazione Panamericana per la Sanità (PAHO) ha anche riconosciuto che il concetto di giustizia è importante e che "tutte le iniquità sono frutto di disuguaglianze ingiuste". Essa afferma che se "*giusto* e *ingiusto*" sono due termini soggetti a varie interpretazioni, in ambito sanitario una delle definizioni più accettate di *giusto* fa riferimento ad uguali opportunità per gli individui ed i gruppi sociali, in termini di garanzia di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari, a seconda dei diversi bisogni dei gruppi di popolazione ed indipendentemente dal fatto che siano in grado di pagarli" (PAHO, 1999). Questo ingloba la nozione di assistenza ed accesso universali come parte di un sistema sanitario giusto.

Costi sanitari e razionamento

Anche nei Paesi in cui il governo si è assunto l'impegno di garantire a tutti l'assistenza sanitaria, fornire servizi rappresenta un peso economico significativo e spesso in crescita. L'aumento della popolazione e delle sue aspettative, l'invecchiamento, i costi legati alle tecnologie emergenti ed alle terapie farmacologiche fanno lievitare la spesa. Anche molti Paesi in via di sviluppo devono aumentare il budget nazionale destinato alla sanità per soddisfare i bisogni minimi della popolazione e c'è battaglia con gli altri settori per ritagliare uno "spazio fiscale" per la salute (ICN & OMS, 2009).

Uno dei meccanismi utilizzati nel settore sanitario per gestire queste tensioni è il razionamento. In alcuni casi è esplicito, con l'accesso gratuito a certi tipi di trattamento o servizi limitato da criteri quali la valutazione dei bisogni clinici o test sui mezzi in modo tale che il settore pubblico fornisca i servizi solo a chi non è in grado di pagarli, oppure escludendo alcuni trattamenti giudicati non necessari o inutili al miglioramento della salute (es. la chirurgia estetica). Se si può obiettare che privare un individuo di un qualsiasi

trattamento non sia etico, è anche vero che introdurre sistemi di razionamento trasparenti può almeno fornire le pre-condizioni per la discussione e il dibattito sulle priorità quando le risorse sono limitate.

Il razionamento implicito è meno diffuso. Le strategie per il taglio dei costi hanno fatto alzare la soglia per i ricoveri ospedalieri ed abbreviato la durata della degenza. Nel contempo, le stesse ristrettezze economiche hanno solitamente ridotto i numeri del personale. Il razionamento del personale infermieristico "può essere una conseguenza direttamente osservabile della riduzione del personale", poiché gli infermieri utilizzano il loro giudizio clinico per "definire le priorità di verifica ed intervento" (Schubert et al 2008 p.227-228). Questo può avere una ricaduta diretta sia sulla qualità dell'assistenza che sugli esiti del paziente e significa che le decisioni riguardo i livelli di assistenza ed i destinatari vengono prese ai vari livelli su base giornaliera. E' quindi importante che le questioni di equità vengano analizzate e considerate a ciascuno di questi livelli.

Come evidenziano Dey e Fraser nella loro disquisizione riguardante il razionamento basato sull'età, la volontà di limitare i costi dell'assistenza e di sviluppare metodi di allocazione delle risorse disponibili solleva importanti dilemmi etici. Rilevando che l'età, così come altri fattori, è spesso stata un "criterio importante ma implicito per il razionamento a livello clinico" (Dey & Fraser, 2000, p. 530), essi suggeriscono che ci sia una tolleranza per "un razionamento sulla base dell'età che non sarebbe tollerato per altri aspetti, quali il genere, la classe o l'etnia" (Dey & Fraser, 2000, p. 517).

CAPITOLO 2

Il fardello della disuguaglianza

Disuguaglianze inter-nazionali

Nel mondo ci sono forti disparità nella salute delle popolazioni e nelle possibilità di accesso ai servizi.

Come illustrato nella Figura 1, alcuni Paesi godono di un'aspettativa di vita che supera gli 80 anni, in altri è di meno di 50.

Esempi:

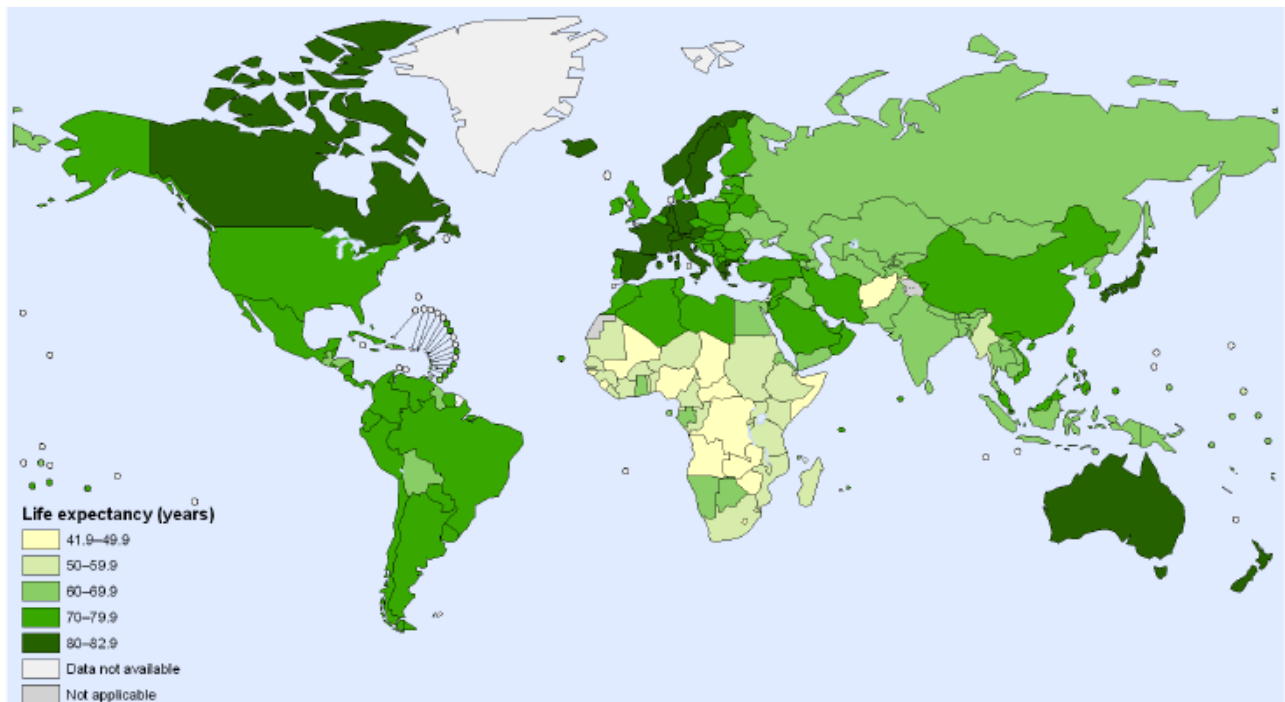
- All'interno dell'UE c'è una differenza di dieci volte tra i tassi di mortalità infantile più bassi e quelli più alti.
- Si è stimato che nel 2005 sono morte per problemi cardiovascolari 17,5 milioni di persone, pari al 30% del totale dei decessi. Oltre l'80% di questi casi si sono verificati in Paesi a medio-basso reddito (OMS, citato in CSDH, 2008 p. 30).
- Il rischio di mortalità materna è di uno su otto in Afghanistan, di uno su diciassette in Svezia (OMS et alii, 2007 citato in CSDH, 2008 p. 30).
- Più della metà della popolazione mondiale è priva di una qualsiasi forma di protezione sociale formale, con una copertura del solo 5-10% nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale, rispetto a percentuali tra il 20 ed il 60% dei Paesi a medio reddito (OMS, 2010e p. 8).
- Se un uomo in Estonia trascorre in buona salute fino al 71% della propria vita, in Danimarca può aspettarsi di viverne in buona salute il 90%.

“A metà strada nel conto alla rovescia verso il 2015, data target identificata dalla Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, abbiamo diversi esempi di successo. Tuttavia, esistono ancora profonde disuguaglianze all'interno e tra i Paesi, e le attuali tendenze suggeriscono che molti Paesi a basso reddito non riusciranno a raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio”.

Report del Segretariato all'Assemblea
Mondiale della Sanità
(OMS, 2008a)

Figura 1: Aspettative di vita, 2008 (OMS 2010)

Aspettativa di vita alla nascita, 2008



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 World Health
Organization
© WHO 2010. All rights reserved.

Portare avanti gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

La necessità di migliorare l'accesso e l'equità è al centro degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG), che sono stati concordati da 192 Stati membri nel 2001.

Nella sua prefazione alla relazione 2010 sull'andamento dei lavori, (ONU, 2010), il Segretario Generale dell'ONU Ban Ki-Moon descrive gli MDG come rappresentanti "i bisogni umani e i diritti fondamentali che ogni individuo al mondo dovrebbe essere in grado di godere - la libertà dalla povertà estrema e dalla fame; istruzione di qualità, impieghi produttivi e dignitosi, buona salute e alloggio; il diritto delle donne a partorire senza rischiare la vita; un mondo dove la sostenibilità ambientale sia una priorità, e le donne e gli uomini vivano in parità".

Gli Obiettivi sono:

1. Sradicare la povertà estrema e la fame
2. Garantire l'educazione primaria universale
3. Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne
4. Ridurre la mortalità infantile
5. Migliorare la salute materna
6. Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie
7. Garantire la sostenibilità ambientale
8. Sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo

Gli MDG riflettono la necessità di approcci multi-settoriali, al fine di migliorare la salute, il welfare e il benessere della popolazione mondiale. Sulla base dei lavori della Commissione per i Determinanti Sociali della Salute, l'impegno internazionale al loro raggiungimento riconosce l'interconnessione tra salute e altri indicatori di svantaggio: "le ineguaglianze di salute evitabili sono il frutto delle condizioni in cui le persone crescono, vivono, lavorano ed invecchiano e dei sistemi messi in atto per affrontare la malattia. Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche "(CSDH, 2008, p. 1). Il rapporto tra le disuguaglianze in materia di istruzione, reddito, sesso e salute è discusso più avanti in questo capitolo.

MDG legati alla salute

Gli obiettivi legati alla salute prevedono la riduzione dei tassi di mortalità infantile di due terzi, le percentuali di mortalità materna di tre quarti e di arrestare e invertire la diffusione di HIV, tubercolosi e malaria entro il 2015 (Stuckler et alii., 2010). Una revisione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, condotta nel 2008 (WHO, 2008a), ha rilevato che, anche se si fanno progressi, permangono disuguaglianze significative. La maggior parte degli obiettivi è improbabile che saranno soddisfatti entro il 2015, e i Paesi a basso reddito stanno scivolando ulteriormente al di sotto dei loro obiettivi, come dimostrano i seguenti estratti da tale relazione:

Obiettivo 4: Ridurre la mortalità infantile

- A partire dal 1990, la prevalenza globale dei bambini sotto peso è diminuita dal 31 al 26% ma il processo è lento e del tutto assente nell'Asia occidentale. Nell'Asia meridionale, dove oltre il 25% dei neonati è sotto peso alla nascita, la prevalenza rimane del 46% (ONU, 2010, p. 13)
- Circa la metà degli 8,8 milioni di bambini di età inferiore ai cinque morti nel 2008 vivevano nell'Africa sub-sahariana (ONU, 2010, p. 27)

Obiettivo 5: Migliorare la salute materna

- Oltre la metà delle donne decedute nel 2005 per cause legate alla maternità vivevano nell'Africa sub-sahariana ed un terzo nell'Asia meridionale. Gli indici di mortalità materna nell'Africa sub-sahariana sono di 920 su 100.000 nati vivi, contro 8 su 100.000 dei Paesi industrializzati (OMS, 2008a)

Obiettivo 6: Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie

- Nonostante il drammatico aumento dei trattamenti antiretrovirali nei Paesi a basso e medio reddito, nell'Africa sub-sahariana circa un quarto di quanti ne avrebbero bisogno non possono disporne. La copertura per i bambini è anche più bassa, pari al 15% (OMS, 2008 a).
- Si stima che 242 milioni di casi di malaria abbiano causato 863.000 morti. L'89% sono avvenute in Africa (ONU, 2010, p. 46)
- Nei Paesi a medio-basso reddito la percentuale di donne gravide HIV positive che ricevono trattamenti antiretrovirali per prevenire la trasmissione madre-figlio non supera l'11%.
- Soltanto un terzo dei bambini minori di cinque anni colpiti da febbre malarica in Africa riceve una qualche cura contro la malaria (OMS 2008a)

L'OMS ha dichiarato che i servizi che si possono erogare ambulatorialmente, tipo le vaccinazioni, hanno dato risultati incoraggianti, "quegli interventi che richiedono un sistema sanitario funzionale... stanno avendo un impatto minore" (OMS, 2008a, p. 2).

"Le disparità sono una realtà scioccante dalla quale non possiamo nasconderci. Questa è un'ingiustizia globale. E' una parodia dei diritti umani su scala mondiale."

Nelson Mandela, 2003
(citato in
McCoy, 2003)

I vincoli chiave identificati nel raggiungimento di questi obiettivi comprendono:

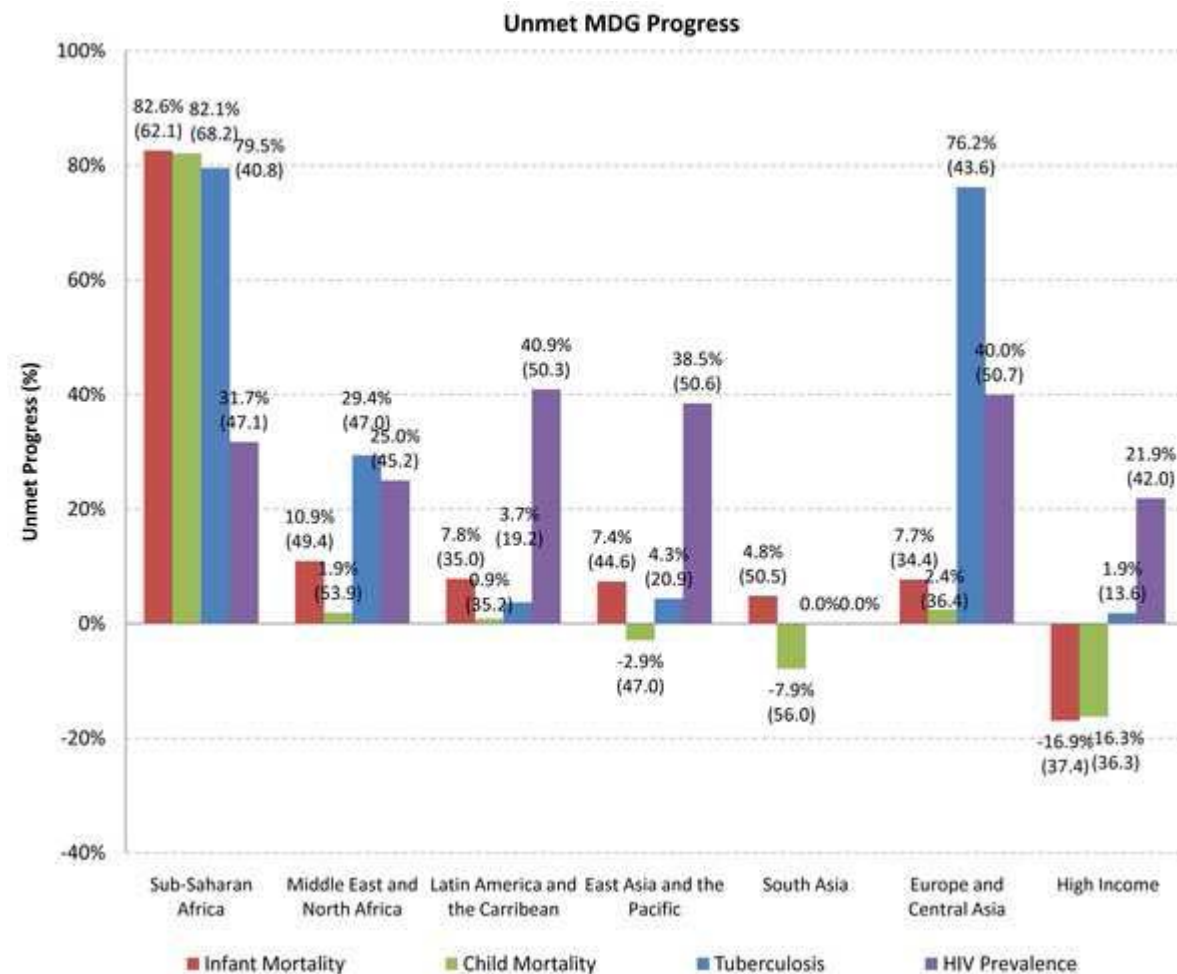
- Carenze di personale sanitario ben addestrato;
- Risposte insufficienti da parte dei governi degli "stati fragili" ai bisogni di salute delle loro popolazioni, per una serie di ragioni
- Bisogno di maggiore cooperazione tra I vari settori: private, pubblico, volontariato, comunità e religioso.

E' stato anche fatto notare il bisogno di maggiori finanziamenti da parte dei donatori e di più investimenti sulla salute. Comunque, l'analisi statistica dei dati condotta da Stuckler et alii ha considerato le variazioni percentuali del cambiamento verso il raggiungimento degli obiettivi rispetto a quanto atteso per ciascun Paese. Le variazioni sono illustrate nel grafico sviluppato dagli autori (Figura 2) e si è trovato che:

"... un minor carico di casi di HIV/AIDS e malattie non trasmissibili corrispondeva a maggiori progressi finalizzati al raggiungimento degli MDG riguardanti la mortalità infantile e la tubercolosi rispetto a quanto si otteneva con il miglioramento del PIL. Una riduzione stimata dell'1% della prevalenza dell'HIV o del 10% della mortalità per malattie non trasmissibili aveva un impatto sugli obiettivi riguardanti la tubercolosi pari a quello di un aumento dell'80% del PIL, corrispondente ad almeno un decennio di crescita economica nei Paesi a basso reddito" (Stuckler et al., 2010)

Questi risultati evidenziano il ruolo cruciale che devono giocare il sistema sanitario e gli operatori nella promozione della salute, nella prevenzione delle malattie evitabili, nell'affrontare la morbilità in aree strategiche per il raggiungimento degli MDG e nel salvare vite ed evitare le malattie che quegli obiettivi rappresentano.

Figura 2: Progressi non ottenuti negli MDG (Stuckler et al., 2010)



Genere

Ogni anno muoiono più di 350.000 donne per complicanze prevenibili legate alla gravidanza e al parto (Ban, 2010). Come hanno fatto notare le Nazioni Unite nel loro rapporto più recente sugli MDG, “la parità tra i sessi e l’empowerment delle donne sono il cuore degli MDG e sono precondizioni per sconfiggere la povertà, la fame e la malattia” (ONU, 2010, p. 4).

La *Strategia Globale per la salute delle donne e dei bambini* è stata lanciata nel 2010 dalle Nazioni Unite nello sforzo di affrontare morti e malattie evitabili e migliorare l’accesso ai servizi per le donne, focalizzandosi su “equità nell’accesso e nei risultati, assicurandoci di raggiungere soprattutto chi è particolarmente svantaggiato ed emarginato”. Il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è una componente chiave di questa strategia e corrisponderebbe al salvare le vite di quattro milioni di bambini e di circa 190.000 donne nel solo 2015 (Ban 2010).

Inoltre, la creazione nel 2010 dell’Agenzia ONU per le Donne, presieduta dall’ex presidente cilena Michelle Bachelet, riconosce l’importanza di affrontare le disparità di genere. La nuova agenzia si propone di promuovere i diritti delle donne e la loro piena partecipazione agli affari mondiali.

Affrontare le disuguaglianze di genere significa anche riconoscere i bisogni di salute e di servizi degli uomini. Alcuni Paesi hanno sviluppato o stanno sviluppando politiche per la salute maschile (es. Regno Unito, Irlanda, Australia). Dal canto suo, l'OMS ha riconosciuto l'importanza di coinvolgere uomini e ragazzi nella promozione della parità sessuale e del miglioramento della salute sia delle donne che degli uomini, con il recente rilascio di *Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity*. La politica delinea brevemente, e promuove, approcci in grado di accelerare lo spostamento verso la parità sessuale nelle case, la diminuzione della violenza e dello sfruttamento sessuale e la riduzione del consumo di alcolici negli uomini" (OMS, 2010a).

Esempi:

- Sempre più evidenze collegano la violenza sessista alla diffusione dell'HIV (ONU, 2010, p. 44)
- Nel 2005 il 67% dei nuovi casi di AIDS negli USA riguardava donne afro-americane, nonostante ciò queste erano sottorappresentate nei trial clinici (Cohn, 2007, p. 272).
- Uno studio sulle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria ad un gruppo di ultrasessantacinquenni dell'OCSE ha scoperto che le donne devono affrontare più spese non rimborsabili a causa del loro basso reddito e del tasso di occupazione inferiore che implica un accesso ridotto alle prestazioni sovvenzionate dai datori di lavoro (Corrieri et al., 2010, p. 15).
- Gli uomini inglesi hanno il 14% di probabilità in più di sviluppare il cancro rispetto alle donne, soprattutto a causa di stili di vita non sani, ed il 66% degli uomini inglesi è in sovrappeso, rispetto al 57% delle donne (WCRF, 2010).

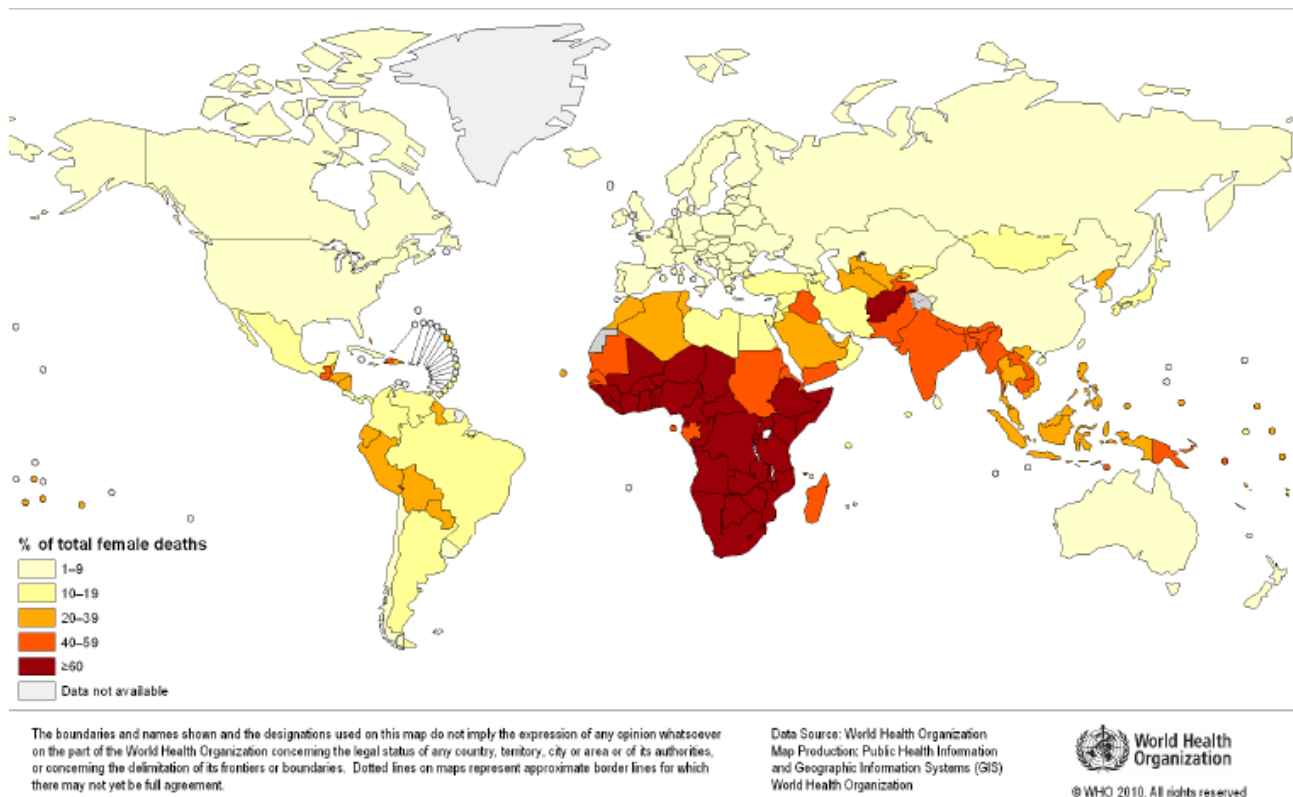
Le infermiere aiutano le neo-mamme a rischio a cavarsela

In qualità di infermiera della Partnership Infermiere-Famiglia (NFP), Rita visita a domicilio le primipare a basso reddito, molte delle quali sono ancora adolescenti. Con loro lavora intensamente per migliorare la salute ed il benessere materno, prenatale e infantile, con l'aspettativa che il suo intervento ottenga migliorie a lungo termine nella vita delle famiglie a rischio.

Quando Rita fa visita ad una famiglia, si interessa in particolare della salute personale della madre, della qualità del suo modo di prendersi cura del figlio e dello sviluppo dei genitori stessi. Inizia le visite quando la donna è ancora gravida (prima della 28^{ma} settimana, possibilmente tra la 12^{ma} e la 18^{ma}) e continua per tutto il primo anno di vita del bambino. Rita si informa anche sul sistema di supporto alla madre già in essere e con questo lavora, compresi i membri della famiglia, i padri - quando opportuno - e gli amici, per far sì che la famiglia abbia accesso anche ad altri servizi sanitari ed umanitari di cui potrebbe avere bisogno.

Rita e le altre infermiere sono riuscite a ridurre le nascite pre-termine e il numero di neonati sottopeso, a migliorare l'ambiente genitoriale e domestico, a far diminuire le gravidanze frequenti e non volute, ad aumentare la partecipazione al lavoro, a ridurre l'incidenza dei disturbi comportamentali, il coinvolgimento in atti criminosi e la delinquenza.

Figura 3: Donne morte per malattie trasmissibili, problemi legati alla maternità, al puerperio ed alla nutrizione in percentuale rispetto al totale delle donne decedute nel 2004 (OMS, 2008)



Etnia e cultura

Esistono evidenze diffuse in tutto il mondo del fatto che l'etnia e la cultura possono avere un'influenza significativa sia sull'accessibilità dei servizi che sulla qualità dell'assistenza da questi fornita (vedere gli esempi di seguito). La capacità di erogare servizi efficaci a persone di culture diverse viene spesso definita "competenza culturale". Come evidenziato da Brach e Fraser (2000), la mancanza di competenza culturale nella prestazione di servizi può portare ad una serie di conseguenze, tra le quali:

- Opportunità di screening perdute per mancanza di conoscenze sulla prevalenza di diverse patologie tra i diversi gruppi.
- Mancanza di conoscenza dei rimedi tradizionali e delle possibili interazioni dannose.
- Errori diagnostici derivanti da una cattiva comunicazione.

La comunicazione non efficace – vuoi per difficoltà linguistiche, vuoi per differenze di interpretazione o comprensione – può portare ad esperienze negative per il paziente e ridurre la sua capacità di partecipare efficacemente alle decisioni riguardanti l'assistenza e la cura, fino al punto di non essere in grado di dare un valido consenso. Parlando dell'utilizzo del servizio sanitario del Regno Unito da parte dei Rom, Van Cleemput fa notare che "la non sensibilità culturale, sia che derivasse da ignoranza o da atteggiamenti

razzisti, era un elemento forte nei racconti riguardanti le difficoltà comunicative" (2010, p. 320)

E' anche importante notare che il background culturale può influenzare il comportamento di ricerca di aiuto e che quindi ha una pesante influenza sul fatto che una persona abbia accesso ad un'assistenza adeguata. Per esempio, Van Cleemput osserva che la "credenza culturale che essi debbano essere visti in lotta contro la cattiva salute "e presentando "un' identità sociale di esseri forti e coriacei " può portare una persona della comunità Rom (che nell'articolo di Van Cleemput's viene definita gitana o nomade) a sentirsi giudicata se si presenta come depressa o con un malessere" (Van Cleemput, 2010, p. 318). Per essere efficace, la prestazione dei servizi ha bisogno di cercare il modo di trattare e superare queste barriere culturali all'accesso.

Esempi:

- Negli Stati Uniti le donne di colore hanno più probabilità di morire di cancro al seno rispetto alle bianche, nonostante la minore incidenza della malattia.
- L'aspettativa di vita alla nascita per gli aborigeni australiani è sostanzialmente più bassa (59 anni per i maschi e 65 per le femmine, nel periodo 1996-2001) rispetto agli altri Australiani (77 per i maschi e 82 per le femmine nel periodo 1996-2000) (Commissione Australiana per i Diritti Umani 2008).
- Negli Stati Uniti tra il 1991 ed il 2000 si sarebbero potuti evitare 886.202 decessi se i tassi di mortalità fossero uguali per neri e bianchi. Questo fa da contraltare alle 176.633 vite salvate dai progressi della medicina (CSDH 2008).
- Un controllo sull'utilizzo dei servizi sanitari negli USA ha dimostrato che i pazienti nati all'estero hanno più probabilità di sentirsi discriminati, soprattutto se non sono bianchi, non hanno la cittadinanza e non parlano o parlano male l'inglese (Derose et al., 2009, p. 367).

Status socioeconomico

Le pesanti barriere di esperienze negative riguardanti l'assistenza comprendono lo scarso potere d'acquisto, la bassa copertura assicurativa, la poca alfabetizzazione sanitaria, il vivere in baraccopoli o in remote aree rurali mal servite e la carenza di personale sanitario (Bhattacharyya et al., 2010). Gli atteggiamenti ed i comportamenti non sani sono anche collegabili all'emarginazione sociale, con tassi più alti di obesità e tabagismo e maggior rischio di tossicodipendenza (Ministero della Salute e delle Politiche Sociali di Spagna, 2010, p. 43). Le condizioni di vita di molti dei poveri del mondo, quali la mancanza di acqua potabile e di servizi igienici sicuri, le abitazioni inadeguate e l'alimentazione insufficiente contribuiscono sia alla prevalenza che alla predisposizione alle malattie. Per questa ragione, la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute ha richiesto il "rafforzamento del ruolo primario dello stato nel garantire i servizi sanitari essenziali" (CSDH, 2008, p. 15). Anche dove l'assistenza è gratuita, i poveri hanno meno possibilità di fruirne a causa del tempo perso sul lavoro e dei costi accessori, quali quelli di trasporto (Birdsall & Hecht, 1995).

Esempi:

- In Europa l'eccesso di rischio di morte negli adulti di mezza età appartenenti ai gruppi socio-economici più bassi varia solitamente dal 25 al 50% e può arrivare fino al 150% (Mackenbach, 2005 citato in CSDH, 2008).
- In Indonesia la mortalità materna è da tre a quattro volte superiore tra i poveri rispetto ai ricchi (Graham et al., 2004 citato in CSDH, 2008).
- Nel 2006 in Scozia gli uomini avevano, in media, un'aspettativa di vita sana di 67,9 anni e le donne di 69. Nel 15% della Scozia più povera, gli anni scendevano a 57,3 per gli uomini e 59 per le donne.
- Nel 1980, a Porto Alegre, Brasile, la mortalità infantile nelle famiglie povere risultava doppia rispetto alle famiglie ricche (Birdsall & Hecht, 1995, p. 2).
- Rispetto alle donne povere, quelle appartenenti al 20% più ricco della popolazione hanno fino a 20 volte più probabilità di essere assistite da un sanitario capace durante il parto (OMS 2010e).
- In alcuni ambiti, la copertura del vaccino trivalente anti difterite-tetano-pertosse (DTP 3) tra i poveri può essere pari al 10% rispetto ai ricchi (OMS 2010e).
- La ricerca canadese ha dimostrato che i tassi di ospedalizzazione per indicatori di salute multipli erano significativamente più alti per le persone di condizione socioeconomica bassa rispetto ai gruppi medio-alti delle aree metropolitane.

“Le disuguaglianze di salute sono davvero una questione di vita o di morte.”

Dr.ssa Margaret Chan,
Direttore Generale OMS
(OMS, 2008b)

Gli infermieri migliorano l'accesso all'assistenza per patologie croniche in ambito di comunità

facendo giochi di prestigio con due diversi programmi di specialità. Lesley è un' infermiera di nefrologia australiana che gestisce sia casi di nefropatie pre e post terminali che croniche in popolazioni aborigene e non, di aree rurali ed urbane. Lesley ed il suo team percorrono lunghe distanze per gestire ambulatori per nefropatie croniche che fanno la differenza rispetto ai servizi esterni. Lesley ed il suo team sono in grado di raggiungere i pazienti dove questi sono più comodi e di concedersi un po' più di tempo con loro, per valutare olisticamente l'impatto fisico, mentale e sociale della patologia cronica e del trattamento sui pazienti. Lesley offre un'assistenza olistica, con il valore aggiunto di possedere abilità cliniche avanzate. Ella valuta il paziente per formulare una diagnosi e pone in essere un piano di gestione e trattamento farmaceutico o non. Lesley ha diagnosticato molti nuovi casi di ipertensione, diabete e potenziale patologia renale ed ha visto un buon successo dell'assistenza ai pazienti cronici della sua comunità. Grazie a questi esiti positivi, il programma sarà ampliato per inserire anche un infermiere di diabetologia ed uno di cardiologia che andranno a potenziare il modello di assistenza ai pazienti cronici.

Localizzazione e ruralità

La geografia è un fattore significativo per l'accesso ai servizi e spesso coesiste con altri fattori di rischio riconosciuti quali contribuenti ad una scarsa salute come la bassa condizione socio-economica e le precarie condizioni igienico-abitative. Nelle regioni in via di sviluppo, i bambini

delle aree rurali sono più facilmente sottopeso rispetto a quelli cittadini e negli ultimi anni questa disparità è aumentata in America latina, ai Caraibi ed in parte dell'Asia (ONU, 2010, p. 5). Un recente progetto ha anche evidenziato disparità significative tra aree urbane diverse, con un terzo della popolazione urbana mondiale che vive in baraccopoli o bassifondi cittadini. L'analisi dimostra che esistono differenze all'interno, oltre che tra le città. Il report considera l'affrontare questi problemi interni alle città come parte importante per il raggiungimento degli MDG (OMS et al., 2010).

Esempi:

- In Cina rapporto aree rurali/aree urbane della prevalenza di bambini minori di 5 anni sottopeso è di circa 4,5 a 1 (benché basso rispetto agli standard mondiali). Nei Paesi in via di sviluppo, i bambini delle aree rurali hanno il doppio di probabilità di essere sottopeso (UNICEF 2010).
- Makwiza et alii hanno riportato nonostante i servizi per le terapie antiretrovirali contro l'HIV siano gratuiti, i pazienti del Malati e "specialmente quelli poveri delle aree rurali" affrontano notevoli ostacoli per accedere ai servizi ed aderire alle terapie (Makwiza et al., 2009, p. 8).
- Nell'Africa sub-sahariana soltanto il 18% delle donne rurali utilizza una qualche forma di contraccettivo, contro il 32% di quelle urbane (UNICEF 2010).
- Nel mondo in via di sviluppo la copertura dei servizi igienici è del 70% più alta nelle aree urbane rispetto a quelle rurali (UNICEF 2010).

Per affrontare I bisogni di salute nelle aree rurali serve un migliore utilizzo della risorsa infermieristica

Nel 2007 in Nuova Zelanda è stata creata la Colville Rural Nursing Ltd (CRNL) per rispondere ai bisogni delle famiglie di un'area rurale. La CRNL è interamente gestita da infermieri e comprende sia attività di distretto che di sanità pubblica. Tutti gli infermieri che vi lavorano possiedono qualifiche specialistiche, quali l'ostetricia e l'agopuntura, ed uno ha un master in infermieristica clinica che gli consente di fare prescrizioni. La formazione continua e lo sviluppo professionale sono fondamentali per la loro pratica.

Nel gennaio 2010 il Comitato Nazionale Neozelandese per la Salute ha rilasciato un rapporto contenente raccomandazioni su come affrontare la sfida di "erogare servizi sanitari completi e sostenibili alle comunità rurali" (National Health Committee New Zealand, 2010, p. v).

Il rapporto contiene raccomandazioni per le aree dei servizi, delle performance dei sistemi, della programmazione, della raccolta dati e della ricerca.

Partendo da quanto insegnato dal CRNL e da altri, le raccomandazioni fondamentali per migliorare la prestazione dei servizi comprendono anche l'incoraggiamento a sviluppare cliniche gestite dagli infermieri.

(National Health Committee New Zealand, 2010)

Livello di istruzione

Come illustrato dagli esempi che seguono, esiste una correlazione tra grado di istruzione e salute, oltre ai costi più elevati dell'assistenza. Livelli di istruzione più alti sono stati associati anche ad una maggiore volontà e capacità di accedere a servizi sanitari a volte complessi, oltre che alla partecipazione ad attività di prevenzione, quali i programmi di screening.

Esempi:

- Nei Paesi Bassi, gli uomini e le donne con un livello di istruzione basso hanno un'aspettativa di vita di 7 anni minore rispetto a quelli più istruiti e vivono in buona salute per 18 anni in meno (DETERMINE, 2010, p. 6)

- La prevalenza delle disabilità a lungo termine tra gli uomini europei ultraottantenni è del 58,8% tra quelli meno istruiti, contro il 40,2% degli altri (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003 citato in CSDH, 2008).
- Ad un basso livello di istruzione si associano percentuali più elevate di farmaci pagati di tasca propria ed una maggiore probabilità di coperture assicurative insufficienti per gli ultra sessantacinquenni dell'OECD (Corrieri et alii, 2010, p. 6).
- Standard educativi più bassi si associano ad un minor utilizzo di misure preventive, ad es. screening mammografico (Corrieri et al., 2010, p. 7).
- L'uso di contraccettivi è quattro volte maggiore tra le donne con istruzione secondaria rispetto a quelle non istruite (ONU, 2010, p. 5).

Disabilità

Anche se le persone disabili tendono ad avere più contatti con il sistema sanitario ed i servizi, esistono evidenze del fatto che molti disabili hanno difficoltà di accesso ad un'assistenza adeguata ai loro bisogni.

Brown et alii (2010) fanno notare che due significativi rapporti rilasciati nel Regno Unito hanno identificato i problemi: *Health Care for All* ha identificato problemi che comprendono la discriminazione istituzionale sistematica ed il mancato rispetto ed implementazione del Disability Discrimination Act. Un'indagine parlamentare del 2008 elenca nel dettaglio violazioni dei diritti umani per quanto concerne il diritto alla vita, la libertà da trattamenti degradanti ed umilianti ed il diritto alla privacy ed alla vita familiare (Brown et al., 2010, p. 354).

Esempi:

- Rispetto alla popolazione in generale, negli adulti con disabilità cognitive la mortalità è tre volte più alta, dato che rispecchia la complessa co-morbilità che spesso colpisce questi pazienti (Brown et al., 2010, p. 354).
- Anche nei Paesi che si avvicinano alla scolarizzazione primaria per tutti, i bambini disabili hanno più probabilità di essere esclusi dalla scuola (ONU, 2010, p. 5).

Dieta e alimentazione

La dieta e l'alimentazione hanno un impatto significativo sulla salute e sono strettamente correlate alla condizione socioeconomica, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Nelle città, l'aumento dei consumi di cibi ricchi di grassi e di calorie ha portato a quella che è stata definita "l'epidemia globale dell'obesità" (CSDH, 2008, p. 62). Nel contempo, nelle aree meno sviluppate ed in particolare in quelle rurali, l'alimentazione insufficiente continua ad essere un grave problema, soprattutto per quanto riguarda i bambini e le donne gravide di molte parti del mondo. Qui la mancanza di nutrimento nei primi anni di vita pregiudica lo sviluppo e può causare deficit irreparabili. Ridurre la prevalenza globale dei bambini sottopeso è un obiettivo fondamentale per chi mira a far diminuire la mortalità infantile.

Entrambi questi fenomeni sono fortemente legati alla povertà. Drenowski ha evidenziato che negli USA la densità dei fast-food è più alta nelle aree povere e che gli alimenti più ricchi di grassi e zuccheri solitamente costano meno rispetto a quelli con un più alto valore nutrizionale. Egli sostiene che "la crescente differenza di prezzo tra cibi sani e cibi non sani... supporta in nesso di causalità tra povertà e obesità" (Drenowski 2009, p. 538). Lo stesso pensiero viene ripreso

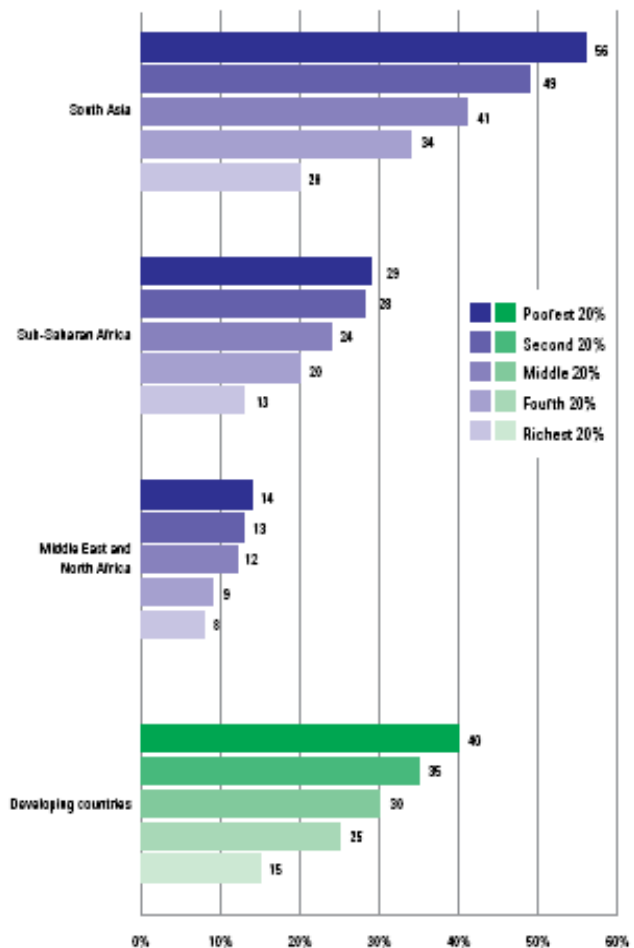
da Dowler, in Europa, il quale puntualizza che "è evidente come aspetti sociali e strutturali quali la quantità di tempo e di denaro che le persone possono dedicare alla ricerca di cibi sani ed alla vita attiva, il costo e l'accessibilità di ciascuno di questi, la collocazione fisica della propria famiglia e le circostanze sociali generiche della vita di coloro che vengono classificati come classi più basse... vincolino e governino ampiamente le scelte (Dowler, 2001, p. 702).

Come illustrato negli esempi che seguono, elevati livelli di diabete – associati soprattutto ad una crescente obesità – sono rilevabili anche nelle comunità indigene di molte parti del mondo. In questi casi, le persistenti problematiche relative alla destabilizzazione sociale ed all'espropriazione si combinano con altri fattori quali la ruralità e l'isolamento, lo scarso accesso a servizi sanitari adeguati e l'alto tasso di disoccupazione, che contribuiscono ad aggravare il problema.

Figura 4: Percentuale di bambini 0-59 mesi sottopeso

Nelle regioni in via di sviluppo, la prevalenza è più alta tra le famiglie più povere

Percentuali di bambini 0-59 mesi sottopeso per fascia di reddito familiare



Note: Analysis is based on a subset of 61 countries with household wealth quintile information, covering 52% of the under-five population in the developing world. Prevalence estimates are calculated according to WHO Child Growth Standards, 2003–2006. CEE/CIS, East Asia and the Pacific, and Latin America and the Caribbean are not included for lack of data. Source: UNICEF global databases, 2018.

Esempi:

- La prevalenza globale dei bambini sottopeso è del 26% ma rimane del 46% nell'Asia meridionale, dove oltre il 25% dei neonati è sottopeso alla nascita (ONU, 2010, p. 13).
- Nelle regioni in via di sviluppo la prevalenza dei bambini di meno di 5 anni sottopeso è più alta nelle famiglie povere (UNICEF, 2010, p. 16).
- La prevalenza dei bambini minori di 5 anni sottopeso è più alta nelle aree rurali (UNICEF, 2010, p. 16).
- Sono state registrate percentuali molto elevate di casi di diabete mellito (DM) e relative complicanze tra le popolazioni indigene delle Americhe e dell'Asia pacifica (Hanley, 2006):
 - la prevalenza del diabete di Tipo 2 è di 2-3 volte più alta tra i nativi americani rispetto agli altri americani adulti
 - un programma di screening di comunità nelle isole Torres Strait indica una prevalenza del diabete del 26%, sei volte più alta rispetto alla popolazione australiana in generale.
- Negli USA i tassi più alti di diabete di Tipo 2 si osservano tra le persone meno istruite e con reddito più basso e nelle aree più svantaggiate (Drenowski, 2009).

CAPITOLO 3

Misurare l'accesso e l'equità

Utilizzare le fonti di dati esistenti

La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute ha cercato di migliorare la sorveglianza nazionale dell'equità in salute proponendo due serie di indicatori, che generalmente, per identificare le iniquità, si focalizzano sull'utilizzo di dati a livello di popolazione generale – già raccolti in molti Paesi:

- Un sistema minimo di sorveglianza dell'equità in salute
- Un sistema nazionale completo di sorveglianza dell'equità in salute.

Di questi indicatori si parlerà in dettaglio negli Allegati.

Nelle fonti di dati esistenti c'è spesso una risorsa significativa di informazioni disponibili e non ancora sfruttate, che possono essere analizzate sotto la lente dell'accesso o dell'equità. Per esempio, il Quality and Outcomes Framework (QOF) statunitense, che è stato in origine introdotto come sistema di pagamento dei medici di Medicina Generale, ha fornito ai ricercatori una “nuova ricca fonte” di dati sull'assistenza primaria, in particolare perché ha consentito di collegare le informazioni sanitarie ad altre fonti, quali quelle riguardanti l'ambiente socioeconomico locale. Sigfrid et alii hanno esaminato i “rapporti sulle eccezioni”, che vengono stilati quando un paziente non rientra nelle misurazioni di risultato². I ricercatori hanno trovato una correlazione tra le cartelle scartate appartenenti a pazienti diabetici e la povertà, con le percentuali più alte nelle popolazioni più svantaggiate. Gli autori concludono affermando che “anche l'analisi dei ‘report sulle eccezioni’ e non solo quella del raggiungimento dei risultati è importante quando si indaga sull'equità in salute” (Sigfrid et al., 2006, p. 224) e ritengono che queste informazioni siano importanti per lo sviluppo di strategie di miglioramento dei servizi rivolti a popolazioni difficili da raggiungere.

Questo caso illustra una sfida nel tentativo di misurare l'accesso, che sta nel cercare e verificare non solo chi l'accesso al servizio ce l'ha ma anche chi no.

Indicatori chiave di iniquità

Un documento di lavoro redatto dall'OECD nel 2009 (de Looper & Lafortune, 2009) descrive una serie di indicatori basilari che possono essere utilizzati per misurare le disuguaglianze nello stato di salute e nell'accesso ai servizi assistenziali. Gli indicatori riguardanti le disuguaglianze nello stato di salute comprendono:

- Quelli correlati all'aspettativa di vita e alla mortalità

² Poiché questo può accadere per valide ragioni quali il dissenso del paziente, la mancata presentazione ai controlli o l'intolleranza ai farmaci, il medico può escludere la cartella in modo da non essere ingiustamente penalizzato.

- Quelli correlati alla morbilità e alla malattia
- Indicatori compositi che comprendono entrambi questi tipi di informazione

Gli indicatori riguardanti l'accesso e l'uso comprendono:

- La copertura assicurativa
- Utilizzo dell'assistenza sanitaria in relazione ai diversi servizi
- Misurazione dei bisogni non soddisfatti
- Spesa a carico del paziente come quota del reddito familiare

(de Looper & Lafortune, 2009, p. 12).

Gli autori fanno notare che le misurazioni più semplici – tipo quella del divario esistente tra gruppi socioeconomici più alti e più bassi – sottolineano la condizione dei meno avvantaggiati e vengono per lo più utilizzate per la raccolta dati di routine e a lungo termine. Le misurazioni più complesse utilizzano tecniche basate sulla regressione per valutare le ineguaglianze attraverso tutti i gruppi di popolazione. Tra gli esempi sono compresi "l'indice relativo di disuguaglianza" e "l'indice di concentrazione". Tuttavia, i dati richiesti, la complessità dei calcoli e l'interpretazione più difficile rappresentano degli svantaggi. (de Looper & Lafortune, 2009, p. 14).

La ricerca ha appurato che indicatori differenti portano, a volte, a conclusioni differenti. Come fanno notare Wagstaff et alii (1991), il confronto tra uno studio sulle relazioni tra malattie croniche e classi sociali condotto in Svezia con un altro condotto in Inghilterra e Galles, ha dimostrato che si "raggiungevano conclusioni opposte" quando si utilizzavano indicatori diversi (Schneider, et al., 2005, p. 1). La verifica conclude che la maggior parte degli strumenti sono limitati nella loro capacità di valutare l'equità come parte dell'analisi, anche se fa notare che molti degli strumenti per la valutazione economica o comprendono varie ipotesi riguardanti l'equità oppure queste sono implicitamente o esplicitamente comprese nell'analisi (WHOCC for Health Technology Assessment, 2008).

Questo suggerisce che c'è ancora molta strada da fare per garantire che le considerazioni di equità siano integrate nel programma e nello sviluppo della politica. Come notato da de Looper e Lafortune "un fattore importante nella scelta di una misurazione appropriata della disuguaglianza di salute è la facilità con la quale permette l'aggiornamento regolare dei dati ed il monitoraggio continuo" (de Looper & Lafortune, 2009, p. 14). Questo è particolarmente vero in Paesi o regioni che possono avere pochi dati disponibili e / o limitata capacità di sviluppare e implementare raccolte di dati complessi.

Si deve anche notare che le misurazioni utilizzate per valutare l'equità e l'accesso possono essere di per se stesse discriminatorie. Come evidenziato da Dey e Fraser, "ogni misurazione che si basi sugli anni di vita può discriminare per età, così come ogni

Le infermiere domiciliari in Moldavia sono un'ancora di salvezza per molti

In qualità di infermiera domiciliare, Irina trascorre il suo tempo nelle case degli anziani e dei disabili.

Il suo paese, la Moldavia, è una recente repubblica indipendente dell'Europa orientale che nel periodo post-sovietico ha sofferto un grave declino economico e un forte aumento della povertà. La maggior parte della popolazione vive sotto la soglia di povertà, ma i pensionati e i disabili sono stati i più colpiti. Il Programma Infermieri Domiciliari è stato creato dalla Croce Rossa Moldava per fornire assistenza medica e sociale a questi gruppi, il cui reddito è troppo basso anche per soddisfare i bisogni di base, tra cui medicinali e cure.

Gli stessi stipendi degli infermieri sono molto bassi. Irina guadagna solo US \$ 23 al mese, ma nonostante questo lei e i suoi colleghi sono molto dediti alle persone che assistono.

Il programma continua a cercare fondi per mantenere l'attività del suo nucleo di 30 infermieri domiciliari, ma con tanto bisogno ancora evidente, spera di arrivare a 100 infermieri che possano assistere 2.000 beneficiari. Irina e le altre infermiere apprezzano il fatto che il loro sostegno sia l'unica ancora di salvezza per queste persone sole e impoverite .

misurazione che si basi sulla qualità di vita può discriminare per disabilità” (Dey & Fraser, 2000, p. 521/22). Questo implica che gli indicatori devono anche essere appropriati all’uso cui vengono destinati. Per esempio, una misurazione tipo il DALY (anni di vita in condizioni di disabilità) può fornire un’utile panoramica dello stato di salute di persone appartenenti a gruppi occupazionali diversi e contribuire alla valutazione dell’impatto sulla salute di diversi ruoli lavorativi. Tuttavia, se viene utilizzata (separatamente da altre considerazioni) per verificare dove sono allocate più efficientemente le risorse sanitarie (es. le priorità d’accesso alla chirurgia per le protesi d’anca, può inibire l’accesso a coloro che avevano una preesistente disabilità.

Strumenti per valutare l’equità

La disponibilità di strumenti adeguati per misurare e valutare l’accesso e l’equità è al centro degli sforzi per migliorare il servizio sanitario (Sigfrid et al., 2006) e gli esiti di salute. Il Centro Collaborante OMS per la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie che ha sede presso l’Università di Ottawa offre un toolkit³ orientato all’equità per "la valutazione della tecnologia basata sui bisogni" e per promuovere un processo decisionale e di allocazione delle risorse solidi. Esso fornisce esempi di una gamma di strumenti provenienti da tutto il mondo per la valutazione del peso della malattia, dell’efficacia della comunità, per la valutazione economica, la traduzione delle conoscenze e la loro implementazione. Questi strumenti possono essere metodi analitici specifici come il DALY, liste di controllo come la Health Impact Screening Checklist, programmi software come l’ Harvard Policy Maker, o banche dati, quali la Cochrane Library, ecc. Incluso in ogni set di strumenti vi è un confronto di ciascuna, comprendente la sua capacità di valutare l’equità in termini di:

- Misura/monitoraggio
- Partecipazione della comunità
- Patrocinio

Misurare le disuguaglianze nella forza lavoro sanitaria

Confrontare la densità del personale sanitario è uno strumento semplice che può essere utilizzato per illustrare le disuguaglianze nella distribuzione del personale sanitario in tutto il mondo. Si tratta di un insieme particolarmente potente di dati, poiché una serie di studi hanno stabilito forti correlazioni tra la densità del personale sanitario e gli esiti in materia di salute. Ciò fornisce un’analisi di ampio respiro, che non tiene conto della distribuzione dei lavoratori all’interno di aree particolari, né di come questa distribuzione si rapporti ai bisogni di salute della popolazione. Tuttavia, le disparità tra Paesi sono nette e dimostrano significative disuguaglianze nell’accesso agli operatori sanitari, come mostrato in figura 6.

L’Atlante globale della forza lavoro sanitaria fornito dall’OMS rende ampiamente disponibili questi dati basilari riguardanti la forza lavoro e consente agli utenti di esaminare una serie di tematiche correlate, quali la distribuzione per fascia d’età, e di confrontare i numeri tra aree rurali e non. Viene pubblicato al fine di orientare la politica, i programmi e le decisioni e comprende dati riguardanti una serie di tipologie di operatori sanitari, compresi gli infermieri e le ostetriche. I dati illustrati nella Figura 6 sono dedotti dall’Atlante.

³ Vedere: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm

Nonostante ciò, nel 2006 il Rapporto sulla Salute Mondiale descriveva la disponibilità delle informazioni riguardanti le dimensioni e la natura del problema della forza lavoro sanitaria “a dir poco frammentaria” (OMS, 2006, p. 126).

Per molti Paesi, la raccolta di dati di base sul numero di operatori sanitari presenti, il loro status occupazionale e la loro ubicazione è difficoltosa. Questo non è un problema limitato a quelli che hanno meno risorse: set di dati incompleti, mancanza di coordinamento tra le diverse organizzazioni e giurisdizioni, scollegamento tra le raccolte (es. registrazioni di occupazione contro iscrizioni agli albi professionali contro registrazioni di emigrazione e immigrazione) possono significare che le informazioni di base sulla distribuzione di infermieri e altri professionisti della salute sono difficili da identificare.

Infermieri per i senza tetto: una lezione nel mondo reale

In una fredda mattina di Ottobre Kate e Jennifer, due studentesse infermiere, vengono condotte lungo la riva del fiume Spokane. Marta di Outreach, la loro guida, chiama ad alta voce Gypsy che sta riposando sotto una tenda da doccia fissata con del nastro adesivo a dei cespugli spinosi. Egli sta combattendo contro l'enfisema ed ultimamente ha sofferto di affanno. Per consentire all'infermiera di visitarlo, Gypsy si fila la giacca ed inizia a sbottonare la camicia di flanella, mettendo in mostra delle cicatrici sul petto. “Penso che sia meglio che mi misuri la pressione, mi hanno fatto un bypass triplo in Montana”, dichiara. Kate trova che sia alta, 160 su 100 e gli dice che deve andare in ambulatorio il giorno dopo per farsi dare nuove medicine per la pressione. Notando che mezza confezione di uova sembra essere l'unico cibo lì intorno, gli danno del succo di frutta e delle barrette energetiche. Promettono di ritornare a controllarlo la settimana seguente e di portargli le coperte di cui ha bisogno.

Ogni studente dell'Università Statale di Washington che si laurea in infermieristica deve fare un semestre di infermieristica di comunità. Per alcuni a Spokane, il che significa un semestre di lavoro con la popolazione bisognosa del centro città, tra cui vi sono i poveri, i senza tetto, i malati di mente, drogati ed alcolisti e persone abusate. Il programma riesce ad aumentare la consapevolezza sulla relazione tra povertà e salute. Jennifer ammette di essere rimasta traumatizzata da questa parte del suo addestramento: “Non sapevo che ci fossero così tanti senza tetto a Spokane e non avevo idea di dove stessero. Si può camminare lungo un sentiero dove loro vanno a dormire e non saperlo. Adesso io riconosco le persone. Invece di dire: ‘Oh, c'è un senza tetto laggiù’ posso dire ‘Ehi, c'è Gary’. Adesso hanno un nome”

CAPITOLO 4

Ostacoli all'accesso e all'equità

Spesa sanitaria

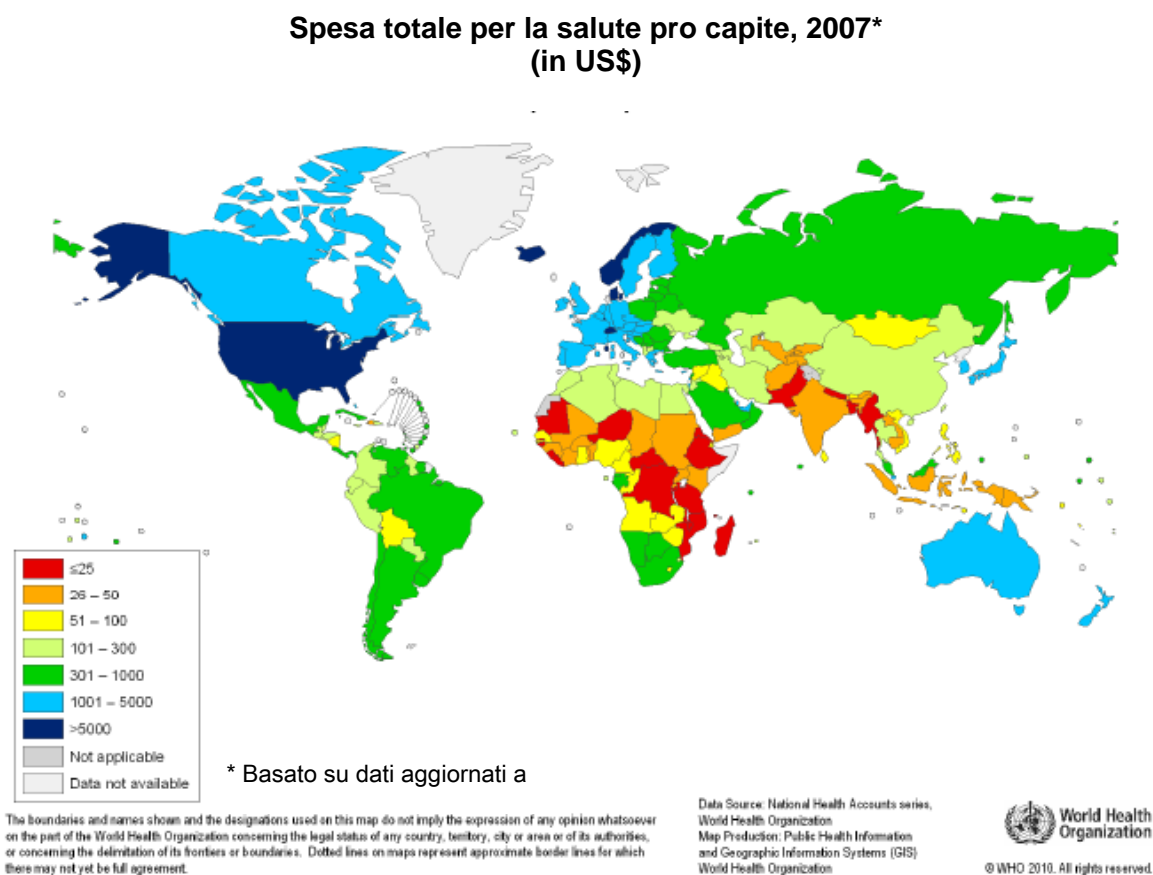
La spesa per i servizi sanitari varia ampiamente nel mondo, come illustrato dalla mappa dell'OMS riguardante la spesa sanitaria pro capite (vedere Figura 5). Questo ha una ricaduta diretta sulla fornitura di servizi dello spettro assistenziale, così come sulla capacità dei Paesi di formare, reclutare e mantenere in servizio il personale sanitario. Nei Paesi a basso e medio reddito, i governi sono i principali datori di lavoro del personale esperto e i loro bilanci servono a determinare i livelli di staff (ICN & OMS, 2009).

Anche il modo in cui i fondi disponibili vengono distribuiti gioca un ruolo critico rispetto a quanto siano accessibili ed utilizzati. Anche le tariffe dei servizi sanitari, compresi i costi incidentali quali quelli di trasporto e di mancato guadagno "danno forma alla capacità del paziente di completare il trattamento" (OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, 2010).

L'analisi della spesa pubblica, compresa quella per la sanità, utilizzando una "lente" di equità può gettare una luce rivelatrice sul modo in cui i finanziamenti ed i meccanismi finanziari migliorano o rafforzano le disuguaglianze. Per esempio, un'analisi della spesa pubblica in Indonesia nel 1990 mostrava che il 20% inferiore delle famiglie riceveva soltanto il 2% della spesa pubblica per la salute, mentre il 20% superiore ne otteneva il 30% (Birdsall & Hecht, 1995, p. 7).

Una revisione di studi che esaminano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati negli Stati Uniti ha identificato soltanto quattro lavori che si sono occupati dei costi, ma ha trovato disparità significative e scioccanti: "A livello nazionale, la spesa sanitaria era del 55% più bassa per gli immigrati adulti e del 74% più bassa per i bambini rispetto alla controparte americana, anche dopo gli aggiustamenti per età, reddito, copertura assicurativa e condizioni di salute" (Derose et al., 2009, p. 368).

Figura 5: Spesa totale per la salute pro capite, 2006 (in US\$) (OMS, 2006)

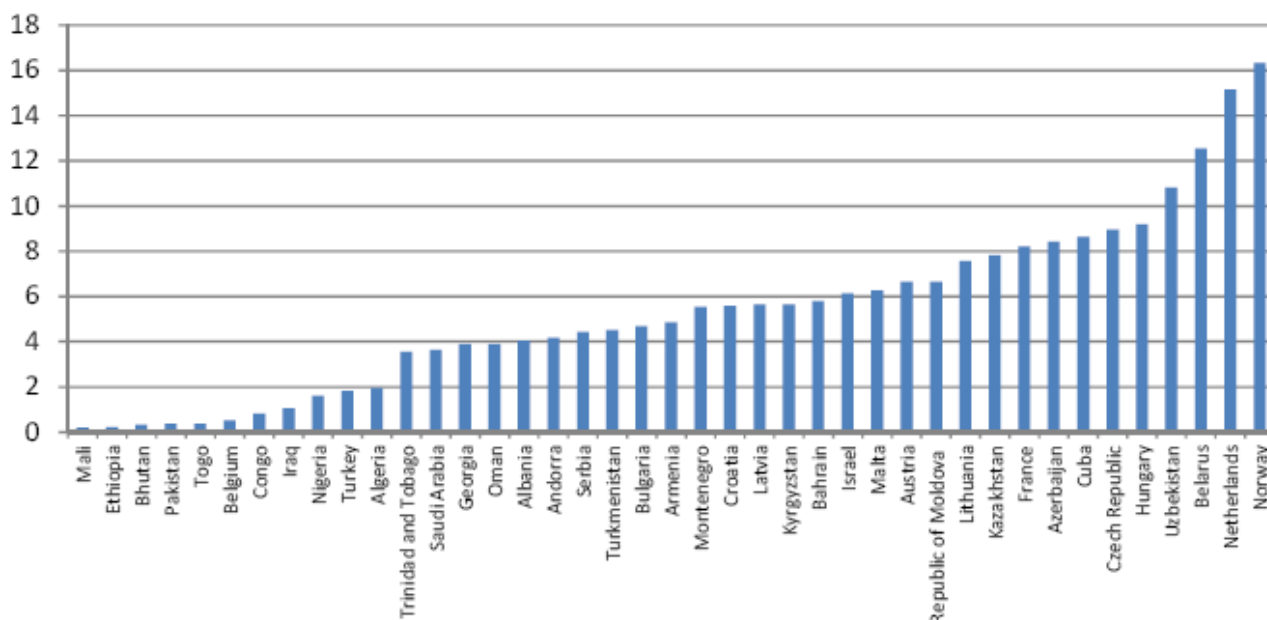


Risorse umane

Gli operatori sanitari del mondo non sono distribuiti equamente. La densità del personale sanitario varia all'interno e tra le regioni fino a un fattore dieci, e ci sono anche grandi variazioni nello skill mix degli operatori sanitari. Nel 2007, in Mali, il numero di infermieri e ostetriche era pari a solo 0,2 per 1000 abitanti, mentre era di 16,33 in Norvegia. Il rapporto tra infermieri e medici varia ampiamente da quasi 8:1 nella regione africana a 1,5:1 nel Pacifico occidentale (ICN & OMS, 2009).

Figura 6: Infermiere ed ostetriche ogni 1000 abitanti (Paesi selezionati), 2007

Personale infermieristico ed ostetrico: densità per 1000, Paesi selezionati, 2007



Fonte: dati estratti dall' Atlante globale della forza lavoro sanitaria (OMS, 2010b)

In molte parti del mondo la carenza di infermieri e di altre risorse umane rimane una barriera per un accesso adeguato ai servizi sanitari. Per esempio, uno studio che esamina l'accesso ai test, al counseling e alle terapie antiretrovirali in Malawi ha trovato che la carenza di risorse umane sanitarie poneva "serie sfide ad un'erogazione equa e sostenibile delle terapie antiretrovirali in Malawi" citando una percentuale di posti vacanti vicina al 50% per tutti gli operatori sanitari professionali (Makwiza et al., 2009, p. 8).

Dove il personale c'è, la sua distribuzione è una questione importante. Molte aree rurali dei Paesi industrializzati e di quelli in via di sviluppo soffrono una carenza di personale sanitario, compreso quello infermieristico. Il Ghana, per esempio, affronta "gravi disuguaglianze nella distribuzione, in termini sia geografici che di differenziazione tra siti di assistenza primaria e terziaria" (Dovlo, 1998). Ugualmente, una revisione di riviste in lingua inglese ha trovato che la carenza di personale addestrato nelle aree rurali limita l'accesso ai servizi di cure palliative per l'HIV/AIDS (Harding et al., 2005, p. 252). Inoltre, anche le opportunità più limitate di addestramento e sviluppo professionale per chi lavora nelle aree rurali possono influire sulla qualità dell'assistenza. Questo può portare ad opporsi ai cambiamenti che porterebbero ad uno spostamento del finanziamento pubblico all'assistenza di base, in quanto questo richiederebbe allo staff professionale di essere ricollocato dalle aree urbane a quelle rurali, dove le condizioni di vita e di lavoro sono spesso più difficili e l'accesso allo sviluppo professionale limitato (Birdsall & Hecht, 1995).

L'OMS ha recentemente rilasciato raccomandazioni di politica globale per *Aumentare l'accesso agli operatori sanitari delle zone remote e rurali attraverso un migliore mantenimento in servizio* (OMS, 2010c). Vengono delineate una serie di raccomandazioni nelle aree dell'educazione, della legislazione, degli incentivi economici, del personale e del supporto professionale. Inoltre, il documento sottolinea che "aderire al principio dell'equità

in salute aiuterà ad allocare le risorse disponibili in modo da contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute" (OMS, 2010c, p. 3).

Aumentare l'accesso con la prescrizione infermieristica

Nei distretti svedesi, gli infermieri con una formazione complementare sono autorizzati a prescrivere. L'Agenzia Svedese per i Prodotti Medici ha creato una lista di farmaci che gli infermieri possono prescrivere. Questa lista conta oltre 230 marche di medicinali che gli infermieri di comunità qualificati possono prescrivere per 60 patologie. La valutazione della prescrizione infermieristica ha mostrato risultati positivi in termini di miglioramento dell'accesso per i pazienti, per gli anziani e per i disabili.

CAPITOLO 5

Incrementare l'accesso e l'equità

Affrontare i determinanti sociali della salute

Il collegamento essenziale tra salute e ambiente di vita è stato riconosciuto nel 2000 e cinque anni dopo quando l'OMS ha istituito la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute per "raccogliere l'evidenza di ciò che si può fare per promuovere l'equità in salute, e per promuovere un movimento globale per riuscirci" (CSDH, 2008).

Come ha fatto notare da Reutter and Duncan, gli infermieri hanno una lunga esperienza nel riconoscere il collegamento tra salute e dell'ambiente in cui le persone vivono e lavorano, così come un impegno di lunga durata nel patrocinio, nell'attivismo e nello sviluppo politico per migliorare i determinanti fondamentali della salute quali la casa, il benessere dei bambini e il suffragio delle donne. Già nel 1861 Florence Nightingale citava "il collegamento tra la salute e il luogo in cui le persone vivono" come "uno dei più importanti che esistono" (Reutter & Duncan, 2002, p. 294).

La Commissione sostiene che mentre la società ha tradizionalmente guardato al settore sanitario per trattare problemi riguardanti la malattia, il fatto che la mortalità e la morbilità oscillino a seconda delle condizioni di vita e di lavoro delle persone significa che "l'azione sui determinanti sociali della salute deve coinvolgere il governo, la società civile e le comunità locali, gli affari, i forum globali e le agenzie internazionali" (CSDH, 2008, p. 1).

Di conseguenza, le raccomandazioni generali della Commissione sono di:

- migliorare le condizioni di vita quotidiana;
- affrontare la distribuzione iniqua del potere, del denaro e delle risorse;
- misurare e comprendere il problema e verificare l'impatto dell'azione.

Il rapporto finale completo della Commissione, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (2008), definisce le aree chiave nelle quali è necessario agire, fornisce un'analisi dei determinanti sociali della salute e

"Le persone che vivono in povertà, sono socialmente emarginate, hanno meno probabilità di accesso ad informazioni accurate e ad una assistenza di buona qualità, oltre che ad altre risorse basilari di potere politico e sociale. La malattia e la scarsa protezione sociale possono ulteriormente esacerbare il rischio di povertà e di emarginazione sociale. Le minoranze etniche e i migranti, i disoccupati e i sottoccupati, i poveri, le donne, i bambini, i malati e gli anziani sono particolarmente soggetti a cadere in queste trappole della povertà e nel circolo vizioso dell'impotenza"

Ministero della Salute e delle Politiche Sociali
di Spagna (2010, p. 41)

concreti esempi di tipologie d'azione che si sono dimostrate efficaci nella promozione della salute e dell'equità in Paesi a tutti i livelli di sviluppo socio economico.

PAHO e OMS hanno sviluppato un corso di auto-istruzione sui determinanti sociali della salute e la formulazione di politiche. Anche se il modulo ha come destinatari principali i membri dello staff OMS/PAHO, è una risorsa utile anche per gli infermieri e gli altri professionisti della salute impegnati nella progettazione di programmi e politiche e per tutti coloro che desiderano aumentare le proprie conoscenze e sviluppare capacità per "applicare l'approccio SDH alle politiche pubbliche e ad altre strategie attraverso la costruzione di capacità personali ed istituzionali". (PAHO/OMS, 2009)

Per il Modulo Introduttivo vengono elencati i seguenti obiettivi generali:

- Comprendere che l'equità in salute è un valore che rispecchia la teoria della giustizia sociale e costituisce un fattore fondamentale per il diritto alla salute.
- Riconoscere il potenziale di identificare le ineguaglianze di salute come elemento strategico nella progettazione di politiche pubbliche più eque.
- Riconoscere politiche intersettoriali strategie d'azione concertate dal punto di vista dei determinanti sociali della salute.
- Analizzare le raccomandazioni presenti nei rapporti editi dalla Commissione e dai suoi nove Network di conoscenza e promuoverne la discussione e l'adozione, tenendo conto sia delle condizioni che delle priorità di ogni Paese.

Per ulteriori informazioni vedere: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/corso/>

Il ruolo dei sistemi sanitari

Se affrontare il problema delle iniquità di salute non è compito dei soli servizi sanitari, questi possono però avere un impatto sulle disuguaglianze. L'OMS ha definito un sistema "che migliora l'equità in salute" come quello che: "a) ridurrà le disuguaglianze erogando servizi che promuovono l'equità e b) sovrintenderà un'ampia azione sui determinanti sociali della salute" (OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, 2010, p. v).

La Commissione OMS sui Determinanti Sociali della Salute, nel suo rapporto *Challenging Inequity Through Health Systems* (2007):, ha identificato le seguenti caratteristiche fondamentali di un sistema sanitario che affronta le disuguaglianze di salute:

- " La leadership, i processi ed i meccanismi che fanno leva sull'azione intersettoriale attraverso i dipartimenti governativi per promuovere la salute della popolazione;

Gli infermieri pediatrici migliorano l'accesso nello Stato di New York.

Negli Stati Uniti, Stato di New York, gli infermieri pediatrici (PNP) provvedono ai servizi di assistenza primaria. Essi promuovono e mantengono il benessere attraverso controlli fisici regolari, monitorano la crescita e lo sviluppo, vaccinano e gestiscono malattie dei bambini quali le infezioni delle vie aeree superiori e dell'orecchio e la diarrea. Gli infermieri pediatrici seguono i pazienti sia in ambulatorio che in reparto e gestiscono l'assistenza dei bambini e delle famiglie in ospedale. I servizi di infermieristica pediatrica hanno migliorato l'accesso, la qualità ed il rapporto costo/beneficio dell'assistenza

- arrangiamenti organizzativi e pratiche che coinvolgono le popolazioni, i gruppi e le organizzazioni della società civile, in particolare quelle che lavorano con i gruppi svantaggiati ed emarginati, in decisioni ed azioni che identificano, affrontano ed allocano risorse per i bisogni di salute;
- finanziamenti per l'assistenza e fornitura di sistemazioni finalizzate alla copertura universale e ad offerta di particolari benefici ai gruppi socialmente svantaggiati ed emarginati (nello specifico: migliorare l'accesso all'assistenza; miglior protezione contro i costi della malattia che impoveriscono; redistribuzione delle risorse verso i gruppi più poveri con maggiori bisogni di salute);
- ripresa dell'approccio globale di assistenza primaria come strategia che rinforza ed integra le altre equità in salute che promuovono le caratteristiche sopra identificate".

(Gilson et al., 2007, p. v)

Il documento fornire un sistema che abbia queste caratteristiche e possa affrontare le disuguaglianze richiede "stia un'analisi tecnica che un impegno politico" (Gilson et al., 2007, p. xvii).

Sviluppo e prestazione dei servizi

A livello di servizi locali, l'accesso si può migliorare ampliando, dove possibile, la capacità generale di prestazione e garantendo che con le risorse esistenti si ottiene il massimo risultato possibile, con risorse mirate per le aree meno servite e con il miglioramento di aspetti specifici dell'assistenza quali la continuità (Chapman et al., 2004). Dove la domanda di servizi supera l'offerta, si possono utilizzare liste d'attesa ed altri meccanismi di razionamento. Tuttavia, quando ciò accade, è importante che i criteri di allocazione delle risorse siano trasparenti ed aperti alla verifica pubblica e al dibattito (Dey & Fraser, 2000). Questo aiuterà a garantire che le politiche di razionamento non siano discriminatorie o scorrette. Dopo aver esaminato gli approcci innovativi per migliorare l'accesso ai servizi di assistenza primaria, un tassello importante degli sforzi per migliorare la salute e prevenire i problemi di salute, Chapman et al. concludono:

Infermiere consegnano il premio al servizio vincitore

Nel 1988, il Centro BC per il Controllo della Malattia (BCCDC), Canada, ha iniziato un programma infermieristico di strada al fine di raggiungere le persone più a rischio di infezioni da HIV. Il programma fornisce servizi di prevenzione incentrati su HIV e infezioni sessualmente trasmesse (IST) per le persone che non fruiscono del cure sanitarie tradizionali. I servizi comprendono l'assistenza clinica, l'istruzione e la formazione, lo sviluppo e l'attuazione dei progetti e la ricerca.

Gli infermieri sono "impegnati a raggiungere le popolazioni che solitamente incontrano ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari ed affrontano la stigmatizzazione e la discriminazione di fronte a problemi di salute e sociali complessi" e sono "radicati nei valori di rispetto, equità in salute e giustizia sociale". Il programma ha anche co-prodotto uno strumento documentario e didattico che è stato premiato, *Bevel Up: Farmaci, Utenti & infermieristica territoriale*, che è ampiamente usato in educazione sanitaria, nella pratica e nella politica nazionale e internazionale.

Nel 2010 il programma ha ricevuto un premio per i diritti umani da parte del Centro Internazionale per l'Etica Infermieristica.

(BC Centre for Disease Control, 2010)

"L'accesso alle cure primarie può essere migliorato diversificando le modalità di fornitura, valorizzando il ruolo del personale e mediante l'implementazione di servizi più flessibili. Nella riduzione delle disparità di accesso, la chiave può essere privilegiare l'allocazione di risorse limitate a settori dei servizi in maniera mirata, che servono a colmare lacune precedentemente valutate nella cura e/o nella comunità " (Chapman et al., 2004, p. 380)

Una revisione condotta da Bhattacharyya individuava le innovazioni nella fornitura di servizi sanitari che avevano il potenziale per migliorare i servizi per i poveri. La rassegna giunge alla conclusione che le pratiche esemplari nella fornitura di servizi comprendono "strategie focalizzate sull'esperienza-paziente come il creare progetti e servizi su misura per soddisfare le esigenze dei poveri", sovvenzioni incrociate, strategie di efficienza (ad es. specializzazione) e approcci ad alto volume che riducono il costo unitario così come approcci operativi per aumentare la disponibilità di servizi come la telemedicina e gli ambulatori esterni (Bhattacharyya et al., 2010, p. 8). Altri esempi di strategie di successo per aumentare l'accesso dei gruppi emarginati comprendono lo sviluppo dei servizi mobili come i camper attrezzati che forniscono servizi di screening di base presso centri commerciali o altri luoghi pubblici, servizi esterni specificamente destinati a fasce di popolazione target difficili da raggiungere, e l'introduzione di meccanismi di per ridurre i tempi di attesa. "

La revisione individua dieci studi di casi esemplificativi, tra cui il Mahaveer Bhagwan Viklan Sahayata Samiti (BMVSS), un'organizzazione indiana che ha sviluppato una protesi di arto inferiore per soddisfare i bisogni degli amputati nei Paesi in via di sviluppo. Oltre a sviluppare una protesi innovativa, il BMVSS ha messo in atto una serie di misure per rendere il servizio più accessibile e interessante per i poveri:

- Permettere ai pazienti l'accesso in qualsiasi momento del giorno e della notte;
- Fornire gratuitamente ai pazienti alloggio se devono fermarsi per la notte, e offrire alle famiglie pasti gratuiti presso la clinica; -
- Garantire che gli adattamenti siano completati in una sola seduta, riducendo al minimo il numero di visite e l'assenza dal lavoro (al Bhattacharyya et al., 2010, pp 4-5).

Si possono trovare ulteriori esempi di approcci innovativi per la fornitura di servizi presso il Portale Europeo per 'Azione a favore dell'Equità il Salute, una risorsa Internet istituita dal consorzio dell'Unione Europea sui determinanti socioeconomici della Salute. Esso comprende un elenco di buone pratiche e fornisce i dettagli di una serie di progetti che sono stati sviluppati con successo per affrontare l'ingiustizia attraverso approcci innovativi e mirati alla fornitura di servizi e allo sviluppo (DETERMINE, 2009).

Finanziamento e meccanismi finanziari attraverso una lente di equità

Lo sviluppo di finanziamenti e meccanismi finanziari che cercano di affrontare le disuguaglianze in salute e promuovere l'accesso dei poveri o di altri svantaggiati possono svolgere un ruolo importante nell'affrontare le disuguaglianze nel promuovere la salute. Le strategie individuate sono:

- "Ridurre i pagamenti diretti da parte dei paziente, abolendo l'imposizione di ticket da parte del settore pubblico e sviluppando soluzioni innovative per limitare altre spese sanitarie (come i costi dei farmaci e dei trasporti)".

- "Ampliare l'accesso geografico a servizi completi, investendo in servizi pubblici primari e secondari in zone attualmente poco servite e potenziando i collegamenti di rinvio".
- "Re-allocare le risorse pubbliche per aree geografiche, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione e di tutte le fonti di finanziamento disponibili".
- "Finanziare adeguatamente il livello locale e l'assistenza primaria nel quadro di una copertura universale".

(Gilson et al., 2007, pp. xii-xvi)

Gli autori fanno inoltre notare che può anche essere utile "testare" altre strategie, come una "assicurazione sanitaria di comunità (o sistemi di assicurazione dedicati a gruppi specifici di popolazione) come meccanismi di protezione dei gruppi più poveri contro livelli di pagamento catastrofici, imparando dalle attuali esperienze nazionali ed internazionali su come evitare le numerose insidie di tali regimi ed estenderne la copertura, in particolare per i più svantaggiati "(Gilson et al., 2007, p. xiii)

Migliorare l'accesso nelle township del Sud Africa

In Sud Africa gli infermieri lavorano come manager clinici e professionisti presso le cliniche municipali, che sono frequentate da 200 a 300 pazienti al giorno. Essi si occupano anche della supervisione del personale, tra cui infermieri junior, promotori di salute e volontari. Gli infermieri raccolgono l'anamnesi ed eseguono esami fisici; se non c'è il medico, forniscono l'assistenza completa, compresa la prescrizione dei farmaci. In giorni prestabiliti, gli infermieri si spostano su un furgone appositamente attrezzato per portare assistenza alle persone, aumentando così l'accesso della popolazione.

Utilizzo dei dati per monitorare l'accesso e l'equità

Monitoraggio e sorveglianza di routine

La Commissione OMS sui Determinanti Sociali della Salute ha individuato, quale area d'azione fondamentale, la creazione di "sistemi di routine per l'equità nella salute e i determinanti sociali della salute, da mettere in atto a livello locale, nazionale e internazionale", (CSDH, 2008, p. 206). In particolare, la Commissione raccomanda che:

- "I governi assicurino che tutti i bambini vengano anagraficamente registrati alla nascita, senza oneri finanziari per il nucleo familiare. Questo dovrebbe far parte del miglioramento dei servizi di stato civile per quanto riguarda la registrazione di nascite e morti".
- "I governi nazionali istituiscano un sistema nazionale di sorveglianza sanitaria dell'equità in salute, con la raccolta sistematica di dati sui determinanti sociali della salute e sulle disuguaglianze di salute".
- "L'OMS guidi la creazione di un sistema globale di sorveglianza dell'equità in salute, come parte di una più ampia struttura di governance globale". (CSDH, 2008, p. 206)

La creazione di meccanismi di monitoraggio e sorveglianza sanitaria di routine è un primo passo importante per valutare lo stato di salute della popolazione e come la salute e l'accesso ai servizi sanitari sono distribuiti all'interno di una comunità. Idealmente, la Commissione dice "tutti i Paesi dovrebbero, come minimo, avere a disposizione dati basilari riguardanti l'equità in salute, che siano rappresentativi a livello nazionale e confrontabili nel tempo" (CSDH, 2008, p. 181).

La relazione completa definitiva della Commissione, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* (2008) descrive sia i requisiti minimi per un sistema di sorveglianza dell'equità che un quadro di sorveglianza globale. I dettagli sono forniti in allegato.

Identità: un diritto di ogni bambino

Ogni anno, tra i 48 e i 50 milioni di bambini si uniscono a coloro che trascorrono la loro vita senza identità o cittadinanza ufficiali. Un bambino non registrato può vedersi negati diritti fondamentali come l'accesso all'istruzione e alla salute, comprese, ad esempio, le vaccinazioni essenziali. I bambini non registrati e privi di documenti sono estremamente vulnerabili allo sfruttamento.

In risposta, ICN e la Confederazione Internazionale delle Ostetriche hanno unito le forze nel 2007 per rilasciare il Birth Registration Toolkit progettato per aumentare la consapevolezza tra gli infermieri e alle ostetriche sull'importanza della registrazione delle nascite e per guidare gruppi ed associazioni infermieristiche e ostetriche ad analizzare e affrontare il tema nei loro Paesi.

Le copie sono disponibili all'indirizzo:
www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/birth_registration_toolkit.pdf (ICN & ICM 2007)

CAPITOLO 6

Gli infermieri promuovono l'accesso e l'equità

Professionalità e etica

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri considera i principi dei diritti umani e dell'equità parte integrante dell'etica infermieristica. Lo afferma nel preambolo del *Codice Deontologico ICN degli Infermieri (2006)* che stabilisce che

"Insito nell'infermieristica è il rispetto dei diritti umani, compresi quelli culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e all'essere trattati con rispetto. L'assistenza infermieristica li rispetta senza restrizioni derivanti da considerazioni di età, colore, credo, cultura, disabilità o malattia, sesso, orientamento sessuale, nazionalità, politica, razza o status sociale." (ICN, 2006, p. 1).

Molti elementi del codice affrontano direttamente questioni di equità e di accesso, fra cui:

- L'infermiere promuove un ambiente in cui siano rispettati i diritti umani, i valori, i costumi e le credenze spirituali della singola famiglia e della comunità (ICN, 2006, p. 2).
- L'infermiere condivide con la società la responsabilità di promuovere e sostenere l'azione per rispondere alle necessità sanitarie e sociali dei cittadini, in particolare quelle delle popolazioni vulnerabili (ICN, 2006, p. 2).
- L'infermiere, agendo attraverso l'organizzazione professionale, partecipa alla creazione ed al mantenimento di condizioni di lavoro sicure, socialmente ed economicamente eque.

Il Codice fornisce inoltre un orientamento di come può essere applicato per gli infermieri in diversi contesti. Alcuni esempi sono forniti di seguito. Copie del Codice ICN sono disponibili all'indirizzo: [www.icn.ch / images / stories / documenti / about / icncode_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documenti/about/icncode_english.pdf)

Tabella 1: Estratto dal Codice Deontologico ICN per gli Infermieri (ICN, 2006, p. 5)

Elemento del Codice#1: INFERMIERI E PERSONE		
Operatori e manager	Educatori e ricercatori	Associazioni infermieristiche nazionali
Prestare un' assistenza che rispetti i diritti umani e sia sensibile ai valori, i costumi e alle credenze di tutte le persone.	Inserire nel curriculum riferimenti ai diritti umani, all'equità, alla giustizia, alla solidarietà come basi per l'accesso all'assistenza	Sviluppare prese di posizione e linee guida che sostengano i diritti umani e gli standard etici
Sviluppare monitorare la sicurezza ambientale nei luoghi di lavoro.	Sensibilizzare gli studenti sull'importanza dell'azione sociale nei problemi correnti.	Patrocinare un ambiente sicuro e sano.

Nel suo articolo sull'etica infermieristica, Nancy Crigger discute lo sviluppo di un'etica infermieristica in un quadro di globalizzazione. Individua cinque elementi che possono "facilitare un'etica globale più conveniente ed equa" (Crigger, 2008, p. 21):

- Inclusione ed equilibrio: tener conto anche dei punti di vista degli emarginati oltre a considerare le prospettive fornite da scienza, religione, antropologia, ecc
- Equilibrio tra comunità e singoli individui: in modo che vengano considerati sia il bene comune che il beneficio individuale
- Utilizzo della riflessività, o capacità di riflettere criticamente e realisticamente sulla propria pratica e di vedere i problemi da un punto di vista alternativo.
- Apertura a nuovi approcci per i diritti umani, in particolare un focus sulle "libertà", piuttosto che sui diritti, che a loro volta consentono opportunità e capacità di sviluppo.
- Gli affari e la tecnologia vanno letti in un modo che riconosca la loro capacità di radicare, così come di affrontare le disuguaglianze.

Queste linee guida etiche aiutano gli infermieri e garantire le loro prestazioni sono giuste ed eque migliorano l'esperienza del paziente e la qualità assistenziale e garantiscono che la stigmatizzazione la discriminazione siano allontanate dall'infermieristica nel suo insieme.

Addestramento e sviluppo delle competenze

Se si vuole che gli infermieri prestino un'assistenza accessibile, che promuova l'equità e non sia discriminante, sono necessari anche un addestramento ed uno sviluppo delle competenze efficaci, compreso l'impegno per lo sviluppo continuo dell'apprendimento.

Brown et al. identificano le carenze nelle cure infermieristiche per i disabili comprendendo i giudizi negativi, la mancanza di capacità e di conoscenze delle esigenze di questo gruppo di clienti. Essi fanno inoltre notare, che molti infermieri non hanno ricevuto una formazione sufficiente a consentire loro di offrire un'assistenza di qualità, citando uno studio sulla pratica infermieristica che ha trovato che solo l'8% degli intervistati ha ricevuto una formazione sul tema delle difficoltà di apprendimento.

E' anche importante che i dirigenti, compresi quelli infermieristici, e i datori di lavoro garantiscano ai loro dipendenti informazioni e formazione adeguati alle esigenze e alle preferenze della comunità locale. Anche cercare attivamente di assumere personale che faccia parte di gruppi minoritari locali e sostenerlo sul posto di lavoro è un passo importante, sia per rendere i servizi più accessibili a quei clienti, sia per garantire che ricevano la stessa qualità di assistenza di cui gode la maggioranza.

Competenza culturale

Garantire che la forza lavoro sia culturalmente competente è un aspetto importante per aumentare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte di tutti i membri della comunità, ma serve anche a migliorare la qualità del servizio, migliorando l'esperienza del paziente e la comunicazione tra fornitori e utenti.

Le tecniche chiave per migliorare la competenza culturale sono state identificate da Brach e Fraser (2000) come segue:

- Uso di servizi di interpretariato.
- Assunzione mantenimento in servizio di personale che sia membro di gruppi minoritari.

- Formazione per aumentare la consapevolezza culturale, le conoscenze e le competenze.
- Coordinamento con i guaritori tradizionali.
- Utilizzo di operatori sanitari della comunità.
- Promozione della salute culturalmente competente.
- Coinvolgere la famiglia e/o membri della comunità.
- Immersione in un'altra cultura.
- Adattamenti amministrativi ed organizzativi, compresa la localizzazione dei servizi, i cambiamenti di ambiente fisico e gli orari di operatività.

Infermieri culturalmente sensibili a cavallo della frontiera

Tutti i tipi di documenti sanitari indesiderati sono concentrati lungo il confine Usa-Messico, che ospita nove milioni di persone. Questi includono il più alto tasso di gravidanza tra adolescenti, il più alto tasso di obesità, il più alto tasso di diabete e il più alto tasso di infortuni per incidenti d'auto causati dal non indossare le cinture di sicurezza.

Circa 3,4 milioni di persone qui ricadono al di sotto del 200% cento del livello di povertà. Più di un terzo sono intrappolati in condizioni di vita al di sotto degli standard minimi e richiedono un'assistenza speciale. La stragrande maggioranza non può permettersi l'assicurazione sanitaria, quindi non cerca cure mediche preventive e ha difficoltà a capire perché deve tenere sotto controllo la pressione sanguigna e i livelli di colesterolo, quando non si sente male. A complicare ulteriormente le cose, la disparità economica tra Messico e Stati Uniti costringe più di 800.000 persone ad attraversare ogni giorno questa frontiera lunga 2000 miglia.

Rudy è uno degli infermieri culturalmente e linguisticamente competenti che svolgono un ruolo fondamentale nel ridurre le gravi disuguaglianze di salute affrontate dalle popolazioni di confine USA-Messico. Infermiere di famiglia, con un centro medico al confine tra Arizona e Messico, è anche presidente della sezione locale dell'Associazione Infermieri Ispanici. "Come infermieri", spiega, "noi vediamo i loro problemi di salute ogni giorno: esaurimento da calore, ipotermia e avvelenamento. Sono così assetati attraversando il deserto che bevono qualsiasi cosa, anche antigelo. Se lo fanno al pronto soccorso, li mandiamo in dialisi".

"La peggiore malattia alla frontiera è la povertà", Rudy sottolinea, "Essa si traduce in disoccupazione, gravidanze adolescenziali, mancanza di alloggi di qualità, violenza domestica, diabete, cancro e altro."

Sviluppare ruoli e flessibilità

Lo sviluppo di nuovi ruoli per gli infermieri è stato anche valutato come un'importante strategia per migliorare l'accesso a molti servizi.

Rafforzare il ruolo e la distribuzione di infermieri clinici specializzati ha dimostrato di migliorare la qualità dell'assistenza e di ridurre i costi organizzativi. Chapman et al. hanno

condotto una revisione di strategie utilizzate per migliorare l'accesso alle cure primarie nel Regno Unito, scoprendo che la gestione infermieristica dell'assistenza primaria è stata utilizzata per "combattere i problemi di accesso ai servizi in zone in cui esistono difficoltà ad assumere e mantenere in servizio i medici di base", e che il triage condotto da infermieri ed i consulti telefonici potrebbero fare risparmiare tempo e migliorare l'accesso senza compromettere la qualità dell'assistenza (anche se proseguono facendo notare che il mezzo telefonico può inibire l'accesso a persone con scarsa conoscenza della lingua inglese, con problemi di udito o di parola o prive di accesso al telefono) (Chapman et al. 2004).

Anche l'introduzione di nuovi quadri adeguati in alcune aree è stato un modo efficace per ridurre i costi senza alterare negativamente la soddisfazione del paziente (ICN, 2010) ed è stata applicata con successo in aree con gravi carenze di personale.

Ricerca

L'evidenza ha dimostrato che le disparità sorgono nel settore della ricerca come in altri settori della sanità. Un recente articolo che analizzava gli infermieri ricercatori nel campo dell'HIV ha scoperto che la ricerca clinica non sempre rappresenta adeguatamente la

popolazione in questione. Ad esempio, negli Stati Uniti è emerso che sebbene le donne nere rappresentassero il 67% dei nuovi casi di AIDS nel 2005, queste erano sottorappresentate in tutti gli studi clinici. L'autore rileva che questo non è solo esempio di cattiva pratica in termini di ricerca clinica, ma anche che "impedisce di comprendere i fattori politici, sociali e individuali che influenzano la diffusione della malattia" (Cohn, 2007).

Cohn sostiene che gli infermieri, con la loro esperienza di assistenza diretta e di comunicazione con il paziente e l'elevato grado di fiducia che essi condividono con il pubblico in generale in molti Paesi, sono "in una posizione unica" per garantire che i pazienti siano ben informati e che i protocolli di ricerca sono sviluppate in modo tale da garantire un'adeguata partecipazione e rappresentanza di tutti i gruppi di popolazione. "In particolare, gli infermieri riconoscono l'importanza della collaborazione con la popolazione emarginata nella gestione e nel trattamento della malattia" (Cohn, 2007, p. 274)

Uno strumento per aiutare gli infermieri che svolgono attività di ricerca ad affrontare questioni di equità nel loro lavoro è stato sviluppato da The Campbell e Cochrane Equity

Infermieri come "Connettori assistenziali"

In Ontario, Canada, circa 780.000 persone non hanno accesso ad un operatore assistenziale di famiglia. Una provincia sta ovviando a questo problema con la nomina di due infermieri a tempo pieno in ciascuna delle 14 unità sanitarie integrate della provincia per mantenere i contatti con i pazienti e gli operatori sanitari. Gli infermieri, chiamati "Connettori assistenziali", identificano gli infermieri e i medici che accettano i pazienti, e li inviano a loro. La priorità degli invii viene stabilita in base alle risposte dei pazienti ad un questionario sui bisogni di salute.

A partire da settembre 2010, 76.000 pazienti hanno fruito del servizio. Di questi, 5.600 sono stati considerati con esigenze elevate, e il 75% di loro sono stati deferiti. Inoltre, il 75% di tutti i pazienti inviati altrove, compresi quelli nelle comunità del nord e rurali, sono stati indirizzati ad un operatore nel raggio di 10km da casa loro

(Canadian Health Services Research, Foundation 2010)

Methods Group. La checklist per l'equità, indirizzata ad autori di revisioni sistematiche, delinea una serie di domande di ricerca volte a guidare i ricercatori in una prospettiva di integrazione dell'equità in tutti gli aspetti di una revisione, comprese le strategie e i metodi di ricerca, la descrizione e la metodologia degli studi considerati, così come l'analisi dei risultati (Ueffing et al., 2009). Gli autori incoraggiano l'uso e la distribuzione della lista di controllo, che è disponibile all'indirizzo: <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Lobbying, sensibilizzazione e sviluppo politico

Gli infermieri svolgono un ruolo importante nello sviluppo della politica, facendo sentire la propria voce in analisi, azioni di sensibilizzazione e ricerca, soprattutto nei settori della fornitura e della ristrutturazione dei servizi sanitari. Tuttavia, come sostengono autori quali Reutter e Duncan, la necessità di affrontare i determinanti sociali della salute significa che vi è anche un forte bisogno di difesa nel regno della più ampia politica pubblica che "va al di là degli enti sanitari tradizionali e dei dipartimenti di governo, per riunire settori quali la finanza, l'agricoltura, l'istruzione, i trasporti, l'energia e le abitazioni" (Reutter & Duncan, 2002, p. 295).

Le associazioni infermieristiche nazionali rappresentano un mezzo attraverso il quale articolare gli interessi degli infermieri e fornire un primo punto di contatto con gli attori chiave del governo e della società civile. Sono fondamentali per lo sviluppo di un efficace contributo al dibattito politico sia su come il sistema sanitario è orientato, strutturato e gestito, sia sulle questioni politiche più ampie che riguardano i determinanti sociali della salute. Una pubblicazione congiunta di ICN e OMS sulla macroeconomia, suggerisce alla comunità infermieristica aree in cui continuare a cercare di sostenere lo sviluppo della forza lavoro e una migliore salute, anche promuovendo dibattiti nazionali e locali sul bilancio, sul finanziamento dei sistemi sanitari e sull'importanza di operatori sanitari qualificati per ottenere risultati (ICN e l'OMS, 2009, p. 34).

Infermieri in Parlamento

A Westminster Palace, Londra, un'infermiera fa parte di un moderno servizio di medicina del lavoro. La maggior parte del suo tempo è dedicata ad un servizio ad accesso libero per i parlamentari, i pari e le altre migliaia di dipendenti e visitatori che frequentano il palazzo. L'infermiera si occupa di "tutto quello che si vedrebbe nell'ambulatorio di un medico di famiglia e A&E combinato". Il suo lavoro spazia dal dispensare antidolorifici per il mal di testa a rispondere al suo cercapersone per emergenze come l'arresto cardiaco o il trattamento di traumi sportivi.

L'infermiera è responsabile anche della realizzazione di screening per i dipendenti attuali e futuri e delle attività di promozione della salute, come il fitness e la sensibilizzazione alla salute in viaggio per i parlamentari che si recano all'estero per lavoro. L'infermiera garantisce la copertura medica e infermieristica durante eventi cerimoniali, come l'apertura del parlamento, che prevede la presenza di un medico, un'ambulanza e parecchi addetti al pronto soccorso. I politici hanno orari di lavoro strani e spesso discutono fino alle prime ore del mattino. Questo significa che possono trascurare la loro salute per mancanza di tempo per badare a se stessi. L'infermiera vede molti volti famosi, ma fedele alla sua professionalità, tratta tutti allo stesso modo.

In questioni come l'equità e l'accesso, la lobbying e la sensibilizzazione sono quindi una parte fondamentale del ruolo infermieristico e comportano lo sviluppo di una gamma di abilità differenti e di una base di conoscenze. La formazione infermieristica sta iniziando a rispecchiare questa esigenza, con l'introduzione di corsi di laurea, che cercano di costruire le competenze necessarie agli gli infermieri per impegnarsi efficacemente nello sviluppo delle politiche pubbliche (Reutter & Duncan, 2002).

ALLEGATI



Allegato 1

Commissione sui Determinanti Sociali della Salute: Sorveglianza dell'equità

Sistema minimo di sorveglianza dell'equità in sanità (CSDH, 2008, p. 181)

Risultati di salute:

- Mortalità: mortalità infantile e/o mortalità nei minori di 5 anni, mortalità materna, mortalità negli adulti e LEB;
- Morbilità: almeno tre indicatori nazionali di rilievo, che varieranno a seconda del contesto nazionale e potrebbero comprendere la prevalenza di obesità, diabete, malnutrizione e HIV;
- Salute mentale autovalutata.

Misure di ineguaglianza:

- Oltre alle medie sulla popolazione, i dati sui risultati di salute devono essere forniti in modo stratificato per
 - Sesso
 - Almeno due marcatori sociali (es. istruzione, reddito/patrimonio, classe occupazionale, etnia/razza)
 - Almeno un marcatore regionale (es. rurale/urbano, provincia)
- Comprendere almeno una misurazione sommaria delle disuguaglianze assolute in salute ed una relativa tra gruppi sociali.
- Dove possibile, devono essere resi disponibili i dati riguardanti la salute delle popolazioni autoctone.

Quadro di riferimento completo della sorveglianza nazionale sull'equità (CSDH, 2008, p. 182)

Disuguaglianze nella salute

Comprende informazioni riguardanti:

- Risultati di salute stratificati per:
 - Sesso

- Almeno due stratificatori socioeconomici (istruzione, reddito/patrimonio, classe occupazionale)
- Gruppo etnico/razza/origine
- Altri stratificatori sociali contestualmente rilevanti
- Luogo di residenza (area rurale/urbana e provincia o altra indicazione geografica di rilievo)
- La distribuzione della popolazione in sottogruppi.
- Una misurazione sommaria delle disuguaglianze relative: essa comprende il tasso di rapporto, l'indice relativo di disuguaglianza, la versione relativa del rischio attribuibile alla popolazione e l'indice di concentrazione.
- Una misurazione sommaria delle disuguaglianze assolute: essa comprende la differenza percentuale, l'indice di pendenza delle disuguaglianze ed il rischio attribuibile alla popolazione

Risultati di salute

- Mortalità (tutte le cause, specifica per causa, specifica per età)
- ECD
- Salute mentale
- Morbidità e disabilità
- Salute fisica e mentale autovalutata
- Risultati specifici per causa

Determinanti, dove possibile inserendo i dati stratificati

Condizioni di vita quotidiana

- Comportamenti sani
 - Fumo
 - Alcool
 - Attività fisica
 - Alimentazione e dieta
- Ambiente fisico e sociale
 - Acqua e servizi igienici
 - Condizioni abitative
 - Infrastrutture, trasporti e urbanistica
 - Qualità dell'aria
 - Capitale sociale
- Condizioni di lavoro
 - Rischi materiali
 - Stress

Assistenza sanitaria

- Copertura
- Infrastrutture del sistema assistenziale

Protezione sociale

- Copertura
- Liberalità

Fattori strutturali delle disuguaglianze di salute

- Genere
 - Norme e valori
 - Partecipazione economica
 - Salute sessuale e riproduttiva
- Disuguaglianze sociali
 - Emarginazione sociale
 - Distribuzione del reddito e della ricchezza
 - Istruzione
- Contesto sociopolitico
 - Diritti civili
 - Condizioni lavorative
 - Governance e priorità di spesa
 - Condizioni macroeconomiche

Conseguenza della cattiva salute

- Conseguenze economiche
- Conseguenze sociali



Pazienti informati

Posizione ICN:

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) sostiene fermamente che ciascuno abbia diritto ad ottenere informazioni aggiornate sulla promozione della salute e sul suo mantenimento, sulla prevenzione e sul trattamento delle malattie. Tale informazione sanitaria deve essere facilmente accessibile, puntuale, accurata, chiara, rilevante, affidabile e basata sull'evidenza della best practice. Inoltre, chiunque deve aver accesso ad informazioni accurate, affidabili e trasparenti riguardo la ricerca scientifica, l'assistenza farmaceutica e le innovazioni tecnologiche che promuovono la salute, prevengono e curano la malattia.

Le persone hanno diritto alla privacy ed alla riservatezza delle informazioni riguardanti la propria salute. Una condivisione adeguata delle informazioni è un prerequisito affinché gli infermieri e gli altri professionisti della salute stabiliscano relazioni oneste e collaborative con i pazienti e con le loro famiglie.

Alle persone è consentito l'accesso alle informazioni, in una forma adeguata e ad un livello che consenta loro di comprenderle per operare scelte informate e decidere riguardo la propria salute. Le informazioni per i pazienti e i caregiver devono rispondere alle loro situazioni ed ai loro bisogni, compresi quelli spirituali, religiosi, etnici e culturali oltre che di lingua e di livello di alfabetizzazione sanitaria⁵. Ai pazienti e, quando sia il caso, ai familiari e ai caregiver si devono spiegare i rischi e benefici degli interventi assistenziali e le opzioni di cura.

Gli infermieri e gli altri professionisti della salute devono lavorare in partnership con le organizzazioni di pazienti, i gruppi di auto cura e le altre parti interessate a garantire che i pazienti ed il pubblico abbiano accesso ad informazioni adeguate riguardo la salute ed i servizi sanitari. Fa parte di tutto ciò l'aspettativa che gli infermieri siano coinvolti nella ricerca riguardante la natura, la qualità e l'impatto dell'informazione al paziente sugli esiti di salute e sulla pratica infermieristica.

Background

Le persone che assumono un ruolo attivo nei confronti della propria salute prendono decisioni meglio informate sull'auto cura, si impegnano in stili di vita più sani ed è più probabile che siano soddisfatte delle cure e degli esiti di salute⁶

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

⁵ Per alfabetizzazione sanitaria si intende la capacità di comprendere, interiorizzare ed utilizzare efficacemente le informazioni sanitarie nella vita quotidiana

⁶ Department of Health. Chronic Disease Management and Self-Care. National Service Frameworks. (2002). A practical aid to implementation in primary care. Expert Patient Programme. Progress Report. & Feb, 2003. www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm

Gli infermieri e gli altri professionisti della salute devono riconoscere i diritti individuali di prendere decisioni e operare scelte informate su come gestire la propria salute e se accettare o rifiutare l'assistenza o il trattamento.

Gli infermieri e gli altri professionisti della salute devono possedere le conoscenze e le capacità necessarie a gestire l'informazione; ad assistere i pazienti nell'accesso, nella gestione e nell'utilizzo delle informazioni; a contribuire ed a verificare la base di evidenze riguardanti l'impatto sugli esiti di salute dell'informazione al paziente.

Essi devono rispondere ai bisogni di informazione autonomamente identificati dal paziente ed alla verifica dei bisogni dello stesso, piuttosto che affidarsi unicamente alle conoscenze professionali o ad idee preconcepite.

L'informazione deve essere resa disponibile ai pazienti/consumatori utilizzando una serie di tecnologie informative e di comunicazione e deve essere presentata nel rispetto di standard qualitativi riconosciuti ed accettati.

L'educazione iniziale e continua e l'addestramento di infermieri ed altri professionisti della salute deve fornire loro le competenze necessarie a garantire che i pazienti e il pubblico siano ben informati, a lavorare in partnership con loro e a soddisfare meglio i loro bisogni di salute.

ICN riconosce che per garantire la sicurezza dei pazienti sia indispensabile che questi siano informati e che questo debba far parte degli sforzi per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

Adottato nel 2003

Riveduto e corretto nel 2008

Prese di posizione ICN correlate:

- Sicurezza del paziente
- Informazione sanitaria: proteggere i diritti dei pazienti

Pubblicazioni ICN:

- Patient Talk! The ICN Informed Patient Project (2003)

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



Accesso universale all'acqua pulita

Posizione ICN:

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) ritiene che il diritto all'acqua pulita non sia negoziabile. L'accesso sicuro all'acqua pulita è un bisogno universale ed un diritto umano fondamentale; l'acqua è una risorsa essenziale per soddisfare i bisogni umani fondamentali e sostenere la vita e lo sviluppo. L'acqua è un bene pubblico e ICN si oppone alla privatizzazione dei servizi e delle risorse ad essa legati. ICN ritiene anche che con l'impegno e la volontà politica dei governi e non solo, utilizzando tecnologie adeguate, l'acqua pulita e sicura possa essere resa accessibile a basso costo a tutte le popolazioni.

ICN sostiene gli obiettivi stabiliti nel documento ONU Obiettivi di Sviluppo del Millennio che mirano a dimezzare entro il 2015 il numero di persone che non possono contare su un accesso sostenibile all'acqua potabile⁷. L'accesso all'acqua pulita è un aspetto chiave delle strategie per alleviare la povertà.

ICN sollecita gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali a:

- Lavorare con i rappresentanti di altri settori, quali i governi locali e risorse idriche per fare lobby per avere scorte d'acqua pulita e sicura.
- Sollecitare i governi affinché forniscano acqua sicura ed accessibile a tutta la popolazione.
- Fare lobby per un approccio a favore dei poveri e di genere, capace di comprendere il ruolo delle donne e degli uomini nella gestione dell'acqua, in modo che tutti possano partecipare equamente per aumentare l'accesso all'acqua pulita.

Inoltre ICN invita gli infermieri e le associazioni infermieristiche nazionali a lavorare con gli organismi internazionali interessati ai rifornimenti idrici per:

- Aumentare la vigilanza e proteggere le scorte idriche da attacchi intenzionali che utilizzano agenti biologici, chimici o altro.
- Fare lobby per salde politiche di regolamentazione che garantiscano l'accesso universale all'acqua pulita.
- Monitorare l'impatto pubblico della deregolamentazione e della privatizzazione delle scorte idriche

ICN è preoccupato che i cambiamenti climatici e il riscaldamento globale, che spesso si associano a siccità, inondazioni ed interruzioni

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

⁷ ONU , Summit del Millennio, Settembre 2000

delle forniture idriche possano mettere in pericolo la salute pubblica.

Background

Gli infermieri lavorano con i singoli, le famiglie e le comunità per promuovere la salute, prevenire la malattia, riguadagnare la salute ed alleviare le sofferenze⁸. La missione dell'infermieristica verso il raggiungimento di questi obiettivi sarebbe frustrata in mancanza di un accesso esteso a tutta la popolazione a scorte idriche sicure.

La rapida crescita demografica, l'industrializzazione, l'urbanizzazione, lo sfruttamento agricolo, i cambiamenti climatici e gli stili di vita ad alto consumo di acqua stanno portando ad una crisi idrica. Circa il 20% della popolazione non può contare sull'accesso all'acqua potabile, mentre il 50% non ha sistemi fognari sicuri⁹.

Ogni anno più di tre milioni di persone muoiono per malattie legate all'acqua, quali la diarrea¹⁰, e milioni soffrono di dissenteria e tracoma. Le patologie legate a sistemi fognari non idonei e mancanza di igiene causano ogni anno la morte di due milioni di bambini¹¹.

A causa del degrado ambientale e dell'inquinamento, le fonti idriche sono minacciate da contaminazioni fognarie e batteriche dannose, da agenti chimici come i nitrati, da metalli pesanti quali il piombo, il mercurio e l'arsenico e da persistenti composti organici.

La mancanza di acqua pulita rappresenta una seria minaccia per la salute pubblica. In alcuni Paesi si aggiunge al pesante fardello già a carico delle donne, che spesso percorrono lunghe distanze caricandosi l'acqua sulle spalle, con pesanti danni alla salute. Nonostante l'incombenza spacca-schiena di andare a raccogliere l'acqua, questa è spesso contaminata da scarichi animali, umani, industriali ed altro, con gravi conseguenze per la salute.

Cresce la preoccupazione che le scorte idriche possano diventare obiettivo di attacchi batteriologici, chimici o con altri agenti con l'intenzione di arrecare danni a larghe fasce di popolazione.

La tendenza globale alla deregolamentazione ed alla privatizzazione dell'acqua rappresenta un ostacolo all'accesso universale a risorse idriche pulite e sicure.

L'impatto dei cambiamenti climatici ed il riscaldamento globale sono una minaccia per la disponibilità di acqua sicura.

⁸ Consiglio Internazionale degli Infermieri (2000), Codice etico degli Infermieri: ICN.

⁹ www.unep.org

¹⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità, Acqua e salute. Bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 79 (5) 486.

¹¹ WSSCC/WHO/UNICEF Global Assessment Report, 2000

Adottato nel 1995

Riveduto e corretto nel 2008

Prese di posizione ICN correlate:

- Ridurre i rischi ambientali e correlati agli stili di vita
- Verso l'eliminazione delle armi da guerra e dei conflitti
- Infermieri ed assistenza primaria
- Infermieri e diritti umani

Pubblicazioni ICN:

- Fact Sheet on Safe Household Water: Preventing Disease, Saving Lives

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



Servizi sanitari finanziati con denaro pubblico

Posizione ICN:

Il Consiglio Internazionale delle Infermiere (ICN) e le associazioni infermieristiche nazionali sue consociate (NNA) sostengono lo sviluppo di sistemi sanitari nazionali che forniscono una gamma di servizi di base accessibile a tutta la popolazione, come stabilito all'interno del Paese sia per le cure preventive che curative.

Laddove questi servizi non siano finanziati da denaro pubblico, ICN ritiene che spetti ai governi la responsabilità di garantire servizi sanitari accessibili ai gruppi vulnerabili.

I servizi sanitari essenziali ed accessibili devono essere determinati dai bisogni di salute di ciascun Paese. Devono equilibrare l'efficienza e l'economicità con la qualità, lottando per raggiungere tale equilibrio con le risorse disponibili.

ICN supporta gli sforzi delle associazioni infermieristiche nazionali per influenzare la politica sanitaria e pubblica in modo che si basi sulle priorità sanitarie della nazione, sull'equità, sull'accessibilità dei servizi essenziali, sull'efficienza (compresa la produttività), sull'economicità e sulla qualità dell'assistenza.

ICN promuove la formazione manageriale e lo sviluppo della leadership per preparare gli infermieri ad un'ampia gamma di ruoli e responsabilità. ICN supporta gli sforzi delle associazioni infermieristiche nazionali per garantire che le politiche di governo riguardanti i servizi sanitari pubblici non declassano il livello della formazione infermieristica richiesta dalle complesse esigenze di questi servizi.

ICN e le sue associazioni membro supportano e promuovono i principi dell'assistenza primaria come mezzo di promozione della disponibilità e dell'accessibilità di servizi sanitari a costi che le comunità e le nazioni possono sostenere.

Per garantire servizi accessibili, economici e di qualità si devono definire adeguati principi di regolamentazione, standard e meccanismi da applicare equamente sia ai servizi sanitari pubblici che a quelli privati.

I sistemi di formazione infermieristica devono garantire programmi regolarmente aggiornati per rispondere ai bisogni dell'ambiente che cambia, adeguatamente implementati e rispondenti ai bisogni della formazione continua.

Una nazione sana è una risorsa nazionale fondamentale. Obiettivo principale di ogni nazione deve essere il raggiungimento del miglior stato di salute possibile per la popolazione nei limiti delle risorse disponibili.

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

ICN e le associazioni membro devono mantenere network efficaci con stakeholder di rilievo per aiutare a garantire che l'allocazione delle risorse e la disponibilità dei servizi si basi sui bisogni e sulle priorità, venga promossa l'assistenza sanitaria primaria e si tenga conto della qualità oltre che dei costi.

Questo obiettivo è reso più difficile a causa di:

- crescita della domanda di servizi sanitari (legata a fattori quali il cambiamento della natura e della quantità di problemi di salute, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle aspettative del pubblico);
- aumento dei costi sanitari, spesso associato a risorse insufficienti e ad un maggiore ricorso ad applicazioni costose di tecnologia avanzata;
- utilizzo inadeguato delle risorse disponibili per inefficienze nella progettazione, nella definizione delle priorità, nell'utilizzo e nella gestione dei sistemi sanitari.

In molti Paesi si sta cercando di affrontare questi problemi attraverso una riforma del sistema sanitario. Questo si ripercuote sia sulle componenti private che pubbliche dei sistemi sanitari.

Adottato nel 1995

Rivisto e riapprovato nel 2001

Prese di posizione ICN correlate:

- Promuovere il valore e il rapporto costo-efficacia dell'infermieristica

Pubblicazioni ICN:

- **Cost Effectiveness in Health Care Services - Guidelines for National Nurses' Associations and Others**, Geneva, ICN, 1993
- **Costing Nursing Services**, Geneva ICN, 1993

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

Lecture di approfondimento e risorse consigliate

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health

www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (CSDH, 2008) whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)

www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

The European Portal for Action on Health Equity

www.health-inequalities.eu

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009)

http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)

www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalisation and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008) Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Available at: www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4 [Accessed 7 December 2010]
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.
- BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Available at: www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm. [Accessed 18 November 2010]
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper . Report 14567. Vol. 1. World Bank. Available at: www.wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234 [Accessed 12 October 2010].
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. *Medical Care Research & Review* November 1, 2000 57: 181-217. Available at: http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181. [Accessed 3 September 2010]
- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 351-361.
- Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.
- Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalisation disparities by socio-economic status for males and females. Available at http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalisation_by_sex2010_e.pdf [Accessed 7 December 2010]
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004 54(502): 374–381.
- Cohn, E. G. (2007). Including marginalised Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & Konig, H.-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-26.

- de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Available at: www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2 [Accessed: 12 October 2010]:
- Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.
- Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Available at: www.hrresourcecenter.org/node/181. [Accessed 11 October 2010]
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4:701-709.
- Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1) 536-539.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Available at: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [Accessed 18 November 2010].
- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19;251-258.
- Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses & World Health Organisation (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Available at: www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursingmacroeco.pdf
- International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-N.pdf [Accessed October 13, 2010].
- International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit - Identity: Every Child's Right*. Geneva: International Council of Nurses.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* June 5 2008 558(23) pp. 2468-2481.
- Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi – an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, p. 8:13.

- McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.
- McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.
- Ministry of Health and Social Policy of Spain. (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.
- National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.
- Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59.
- Pan American Health Organisation (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Available at: www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm [Accessed October 1, 2010],
- Pan American Health Organisation/World Health Organisation (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Available at: <http://ddsdispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> [Accessed October 10, 2010]
- Pearsall, J. (Ed.). (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.
- Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organisation . Available at: http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-endesigualdades_3.htm. [Accessed October 2010].
- Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp.227-237.
- Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp.221-225.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Available at: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1 [Accessed October 13, 2010].
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Available at: www.human-resources-health.com/content/4/1/5 [Accessed October 1, 2010].
- Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Available at: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [Accessed November 18, 2010].
- United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml [Accessed September 27, 2010]
- United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.

- Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 315-327.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, pp. 33:545-557.
- Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Available at: www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html [Accessed November 17, 2010]
- World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Available at: www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133 [Accessed November 17, 2010]
- World Health Organisation (2006). *Global Health Atlas*. Available at: <http://gamapserver.who.int/maplibrary/default.aspx> [Accessed 6 December 2010].
- World Health Organisation (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf [Accessed October 13, 2010]
- World Health Organisation (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Available at: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html [Retrieved September 27, 2010].
- World Health Organisation (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Available at: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [Accessed November 18, 2010].
- World Health Organisation (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Available at: www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf [Accessed October 14, 2010].
- World Health Organisation (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Available at: www.who.int/social_determinants/tools/en/ [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organisation (2010f) *World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage*. WHO: Geneva.
- World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment. (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*