



Giordano Cotichelli

L'ambito assistenziale per l'infermiere sarà sempre più il territorio. Dalle comunità rurali ai piccoli paesi sperduti, fino alle città, tanto a livello ambulatoriale quanto nei servizi distrettuali.

---

L'International Council of Nurses ([ICN](#)) dal 2 al 8 maggio scorso ha tenuto il suo congresso dal titolo: *Nurses driving access, quality and health*. Dei vari aspetti affrontati delle disuguaglianze nella salute e dell'accesso ai servizi, ha messo in rilievo il ruolo degli infermieri nei diversi ambiti nazionali (paesi in via di sviluppo e industrializzati), territoriali (urbano e rurale) e lavorativi (domicilio, distretto e ospedale).

Il documento introduttivo ai lavori, composto in 71 pagine (nella versione inglese), era intitolato *Closing the gap: increasing access and equity*([1](#)), e suddiviso in sei capitoli e quattro allegati che vertevano su: **comprendere le nozioni di accesso ed equità, il peso delle disuguaglianze, misurare l'accesso e l'equità, gli ostacoli, i miglioramenti, gli strumenti da adottare e il ruolo degli infermieri.**

Una parte generale introduttiva di ogni capitolo forniva dati e considerazioni riprese dal documento *Closing the Gap* del 2008([2](#)) della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute del WHO.

L'ICN è la più importante federazione internazionale di associazioni infermieristiche. Fondata nel 1899 attualmente rappresenta 138 paesi, e l'Italia vi è associata attraverso la CNAI, Confederazione Nazionale delle Associazioni Infermieristiche. Il peso dell'ICN è dato dal contesto mondiale in cui opera, dove riesce a mettere in contatto, raccordare e in certi casi coordinare, realtà infermieristiche nazionali molto spesso diverse fra loro per contesto socio-economico, giuridico e professionale di riferimento.

Il primo punto di incontro è il **Codice Deontologico** dell'associazione che in molti casi è servito come traccia per la stesura di molti codici a livello dei singoli paesi. Seguono poi congressi e conferenze con cadenza biennale, momenti di incontro, sviluppo di strategie e

discussione di tematiche rilevanti, come nel caso di quella del maggio scorso centrata sulle disuguaglianze di salute; tema particolarmente sentito in molti paesi proprio dal personale infermieristico.

### **Closing the gap: increasing access and equity**

I primi capitoli mettono in evidenza la stretta correlazione fra l'accesso ai servizi sanitari e l'equità nella salute, ponendo l'accento sui fattori che rappresentano un ostacolo all'accesso, legati a condizioni economiche (costo delle prestazioni e i bassi redditi della popolazione), sanitarie (disponibilità di servizi e strutture, preparazione del personale), culturali (informazioni sui servizi e mediazione linguistica, in particolar modo per i migranti).

In questa prospettiva si inserisce il concetto di equità che riguarda l'allocazione delle risorse, la distribuzione del prelievo fiscale, la differente tipologia dell'utenza e la dimensione valoriale del sistema sanitario.

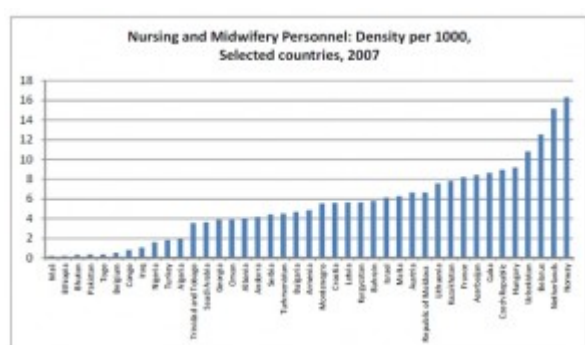
Viene sottolineato il concetto di equità verticale e orizzontale, mettendo in luce l'importanza dell'affermazione già fatta da Oesterle: *"Social policies aimed at equalizing access are aimed at equalizing potential, not actual use of services"* (3). L'uguaglianza quindi dell'accesso alle risorse non può non essere seguita dalla presa d'atto delle differenze esistenti nei bisogni delle fasce differenti della popolazione, in particolare in relazione alle differenti capacità di affrontarle sul piano delle risorse materiali (determinanti sociali della salute) e su quello individuale e familiare (*empowerment* e *coping*). Un quadro che introduce il vasto campo dell'etica e dei diritti umani.

L'analisi del documento ha evidenziato per la professione infermieristica i seguenti punti analitici:

1. l'importanza della conoscenza dei determinanti sociali della salute.
2. Il peso valoriale del diritto alla salute, sottolineato nei vari codici deontologici nazionali.
3. La distribuzione del personale sanitario (**Figura 1**), che in certi casi può essere letta come vera e propria carenza, in rapporto ai bisogni della popolazione e conseguente fattore predisponente le disuguaglianze di salute, con situazioni limite che vanno dai 0.2 per mille abitanti del Mali al 16,33 della Norvegia(4).
4. L'implementazione nella pratica quotidiana della rilevazione di marcatori sociali quali: genere, etnia, reddito, istruzione, classe lavorativa, contesto di vita.
5. Lo sviluppo di un ruolo caratterizzato dall'*advocacy*, dalla competenza multiculturale e dal protagonismo dell'associazionismo infermieristico.
6. Il miglioramento dell'accesso ai farmaci attraverso l'introduzione della prescrizione

infermieristica. In merito viene citato l'esempio della Svezia (ma avviene anche nel Regno Unito) dove è stato redatto un prontuario farmaceutico per gli infermieri comprendente 230 specialità medicinali relative a 60 patologie. L'introduzione della prescrizione infermieristica faciliterebbe l'accesso ai farmaci da parte delle fasce più deboli della popolazione.

**Figura 1. Distribuzione di infermieri e ostetriche per 1000 abitanti**



Source: Data drawn from "Global Atlas of the Health Workforce" (WHO, 2010b)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Lungo il dispiegarsi del testo sono molte le testimonianze che sottolineano l'impegno degli infermieri nei vari paesi del mondo. **C'è la storia di Rita**, infermiera del programma di Nurse Family Partnership (NFP) attivato negli USA a sostegno della maternità, in particolare delle mamme primipare che hanno problemi socio-economici che possono ripercuotersi sulla salute sia sulla loro salute sia su quella del bambino. L'intervento delle infermiere di famiglia, in particolare tra la dodicesima e diciottesima settimana di gravidanza, ha permesso una diminuzione dei casi di nati sottopeso e di disturbi comportamentali post-partum delle madri, migliorando inoltre il contesto stesso genitoriale e familiare[1].

**La testimonianza di Lesley ci porta in Australia**, un paese ricco dove è iniziata la sperimentazione di un'assistenza basata su un modello simile a quello del *chronic care model*. Le problematiche affrontate in un primo tempo sono state quelle legate alle nefropatie, ma in una fase successiva l'equipe territoriale - secondo una prospettiva di vera e propria **medicina di iniziativa** - ha allargato la sua assistenza anche alle problematiche legate al diabete e all'ipertensione. In un'ottica simile nella vicina **Nuova Zelanda** è stata creata la CRNL (Colville Rural Nurse Ltd) con infermieri che gestiscono interamente e in vaste aree rurali - attività distrettuali e di sanità pubblica[2]. L'attività sul territorio sembra quindi l'elemento di forza che si combina con il lavoro infermieristico e la lotta alle disuguaglianze di salute.

Una ulteriore testimonianza è riportata dal lavoro di **Irina, infermiera della Moldavia** che con il suo gruppo di infermieri del Visiting Nurse Programme, creato dalla Croce Rossa Moldava, concentra la sua attività nelle case dei soggetti più fragili, anziani e disabili, rappresentando in molti casi l'unica - e valida - ancora di salvezza per la salute e la vita di queste persone.

La storia di Irina solleva un'ulteriore questione, il basso reddito dei professionisti stessi che guadagnano 23 dollari USA al mese. Ciò nonostante Irina e il suo gruppo si sentono ben motivate a proseguire il loro sostegno a chi non ha più niente fuorché il loro aiuto, ponendo fra i prossimi obiettivi quello di passare dagli attuali 30 infermieri del team a 100, al fine di coprire un campione di popolazione di almeno 2000 individui[3].

Problemi simili riguardano anche gli USA dove è stato previsto per gli infermieri neo-laureati, presso la **Washington State University**, un programma di attività semestrale in Infermieristica di comunità. Ciò ha consentito di garantire ai senz'altro un aiuto concreto, rendendo partecipi e consapevoli del problema i neo-infermieri che toccano con mano il lato più povero dell'assistenza[4].

Ed ancora dell'assistenza "in strada" si parla attraverso l'esperienza degli infermieri canadesi del programma BCCDC (**British Columbia Centre for Disease Control**) che assistono le persone più a rischio in tema di malattie sessualmente trasmissibili e HIV[5].

Sempre dagli USA arriva un'altra testimonianza in relazione al lavoro fatto dagli infermieri pediatrici dello stato di New York che, sia a livello ospedaliero sia ambulatoriale, lavorano a partire dall'assistenza primaria, migliorando l'accesso ai servizi, la qualità e il rapporto costo/beneficio delle prestazioni assistenziali[6]. L'obiettivo del miglioramento dell'accesso alle cure è quello perseguito anche dagli ambulatori infermieristici nelle **township sudafricane** dove vengono visitati quotidianamente tra i 200 e 300 pazienti dagli infermieri che lavorano come veri e propri manager clinici[7].

Un altro esempio riguarda poi quello di **Rudy, infermiera che lavora al confine fra Arizona e Messico**, che parla del problema dell'immigrazione sottolineando come, lungo il confine tra i due paesi, circa 3,4 milioni di persone soffrono la carenza di assistenza, istruzione, equità di salute. In quei luoghi la peggior malattia è la povertà che si traduce in gravidanze adolescenziali, mancanza di abitazioni adeguate sul piano quantitativo e qualitativo, assenza di lavoro e di una qualità dignitosa di vita, mentre alta è la presenza di episodi di violenza e l'aumento di malattie gravi quali diabete e cancro[8].

Molte altre sono le testimonianze riportate, e fra le tante, in chiusura, una positiva. In **Ontario**, per far fronte all'impossibilità per 780.000 persone di accedere ai servizi

assistenziali necessari ai nuclei familiari, sono stati attivati infermieri con funzioni di *connettori assistenziali*, al fine di identificare medici e infermieri sul territorio cui indirizzare volta per volta gli assistiti. Dal settembre del 2010, 76.000 pazienti hanno usufruito del servizio e 5.600 sono stati indirizzati verso professionisti per questioni di salute considerate complesse[9].

Il quadro di fondo di tutto il documento, in sintesi, mostra come quello dall'ICN possa considerarsi uno dei testi infermieristici più semplici ed esaustivi sulla questione delle disuguaglianze della salute, e in particolare dell'equità, prodotto negli ultimi anni. Un buon manuale, in sostanza, utile per avvicinarsi al problema che, agli elementi di natura quantitativa - sorretti da numerose tabelle, dati e cifre di vario genere - unisce interessanti testimonianze professionali ed esperienze assistenziali, preziose sul piano teorico ed organizzativo.

**Risulta evidente, inoltre, dall'analisi fatta, che l'ambito assistenziale per l'infermiere, dove esplicitare la sua professione, sarà sempre più il territorio. Dalle comunità rurali ai piccoli paesi sperduti, fino alle città, tanto a livello ambulatoriale quanto nei servizi distrettuali. Luoghi, bisogni e interventi volta per volta differenziati che costruiscono una rete assistenziale composita ed elastica, utile a rispondere ad un quadro della salute umana complesso ed in continuo cambiamento, in cui, stando alle testimonianze esposte, si gioca la scommessa futura di costruire una sanità più equa, a partire dalla centralità del problema dell'accesso ai servizi, e dell'agire sui determinati sociali di salute, anche da parte del personale infermieristico.**

Giordano Cotichelli, infermiere 3° Anno Dottorato in "Epidemiologia e Sociologia delle Disuguaglianze di Salute" - Facoltà Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche - Ancona.

## Bibliografia

1. ICN (2011). Closing the gap: Increasing access and equity. International Nurses Day, May 2011, Geneva, ICN (2011). I dati relativi al documento sono stati reperiti direttamente dalle pubblicazioni distribuite ai partecipanti alla Conferenza e

[disponibili in inglese, francese, tedesco e spagnolo](#), sul sito dell'associazione.

2. WHO (2008). [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health](#) [PDF: 7.28 Mb]. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008
3. Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59, p.52
4. World Health Organisation (2010b). [Global Atlas of the Health Workforce](#) [Ultimo accesso 18 novembre 2010].

Nel dettaglio:

- [1] ICN (2011). *Closing the gap: Increasing access and equity*, pag.16
- [2] Ibidem, pag. 20
- [3] Ibidem, pag. 26
- [4] Ibidem, pag. 28
- [5] Ibidem, pag. 36
- [6] Ibidem, pag. 32
- [7] Ibidem, pag. 37
- [8] Ibidem, pag. 41
- [9] Ibidem, pag. 42