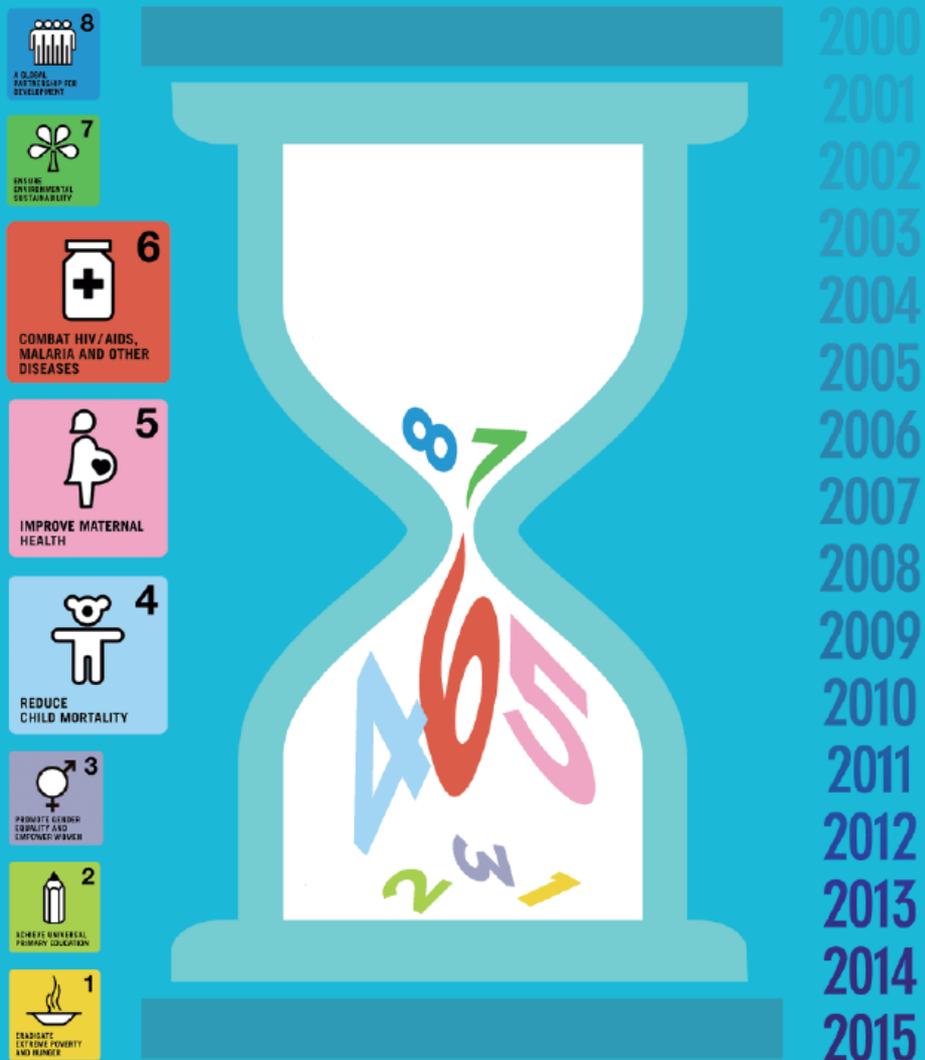


Ridurre il divario: Gli obiettivi di sviluppo per il millennio



RIDURRE IL DIVARIO:

Gli obiettivi di sviluppo per il Millennio

8, 7, **6, 5, 4**, 3, 2, 1



GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2013

Titolo originale: ***CLOSING THE GAP: Millennium Development Goals 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1***

Copyright © 2013 International Council of Nurses.
3, Place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

Tutti i diritti, compresi quelli di traduzione, sono riservati. Nessuna parte del presente documento può essere riprodotta a mezzo stampa, fotocopia o con altri mezzi o archiviata in via elettronica o trasmessa in qualsiasi forma o venduta senza espressa autorizzazione da parte di *International Council of Nurses* o di *International Centre for Human Resources in Nursing*.

Brevi estratti (non oltre le 300 parole) possono essere riprodotti senza autorizzazione purché ne sia indicata la fonte.

ISBN: 9788890392368

Edizione italiana autorizzata

A cura di **CNAI, Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i e Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Roma, 2013**

Traduzione: **Laura Delpiano**

Curatela: **Cecilia Sironi**

Indice dei contenuti

Presentazione all'edizione originale	5
Presentazione all'edizione italiana	6
Sintesi	7
Capitolo 1: Comprendere i MDG	11
Capitolo 2: MDG correlati alla salute	15
Capitolo 3: Ridurre il divario	27
Capitolo 4: Oltre il 2015	32
Capitolo 5: Ruolo delle Associazioni infermieristiche nazionali per il raggiungimento dei MDG e per la sostenibilità oltre il 2015	39
Allegato 1:	43
Allegato 2:	44
Allegato 3:	46
Citazioni bibliografiche	49

Cari Colleghi,

Auguriamo con grande piacere a tutti gli infermieri del mondo una felice Giornata internazionale dell'infermiere 2013. Il tema scelto dall'ICN per quest'anno è *Ridurre il divario: Gli obiettivi di sviluppo per il Millennio: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1*. Questo slogan intende essere un conto alla rovescia verso il 2015, con particolare riguardo agli obiettivi che hanno a che vedere con la salute.

Non vi è alcun dubbio che gli infermieri, proprio perché sono i professionisti della salute più numerosi al mondo, giocano un ruolo chiave per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo per il Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG). Spesso gli infermieri rappresentano per tanti l'unica figura sanitaria accessibile lungo tutto l'arco della vita. Essi godono quindi di una posizione di favore e sono spesso i più innovativi nel raggiungere le popolazioni meno servite e più svantaggiate. Gli infermieri sono formati alla comprensione della complessa natura del mantenimento della salute e del benessere e dell'impatto di fattori psicosociali e socioeconomici quali la povertà, la disoccupazione e l'appartenenza etnica. Essi comprendono cosa serve per garantire e mantenere il benessere e agiscono di conseguenza per superare i problemi che si presentano nell'immediato.

Gli infermieri hanno fatto molto per raggiungere i MDG e per aiutare a dar forma e presentare obiettivi e risultati sostenibili anche dopo il 2015. Possiamo essere orgogliosi dei nostri risultati. Tuttavia, c'è ancora molto che possiamo e dobbiamo fare.

Gli infermieri devono impegnarsi nel prendere le parti dei più deboli (*advocacy*) e nel fare pressione per raggiungere questi obiettivi (*lobbying*). Dobbiamo essere coinvolti nello sviluppo di ogni programma introdotto per migliorare i servizi perché sono gli infermieri che possiedono la conoscenza pratica di come debba essere progettato, coordinato ed efficacemente attuato un servizio.

Le Associazioni infermieristiche nazionali hanno un ruolo importante da rivestire nel formare, consigliare, incoraggiare e sostenere gli infermieri nel loro lavoro. Esse devono continuare a lavorare a fianco dei rispettivi governi e di altri, per potenziare i servizi sanitari e per creare le condizioni necessarie a massimizzare il contributo infermieristico.

Il kit 2013 per la Giornata internazionale dell'infermiere costituisce una ricca risorsa per le associazioni su come esse possano rivestire l'importante ruolo di aiuto nel raggiungere MDG. Il conto alla rovescia è cominciato; il tempo stringe e si sta esaurendo. Ognuno e ciascuno di voi può fare la differenza. Per dirla con le parole del Segretario generale dell'ONU Ban Ki-Moon: "Non c'è nessun progetto globale più utile... cerchiamo di mantenere la promessa".

Cordialmente

Rosemary Bryant
Presidente

David C. Benton
Amministratore Delegato

24 giugno 2013

È con grande piacere che portiamo questo documento, elaborato dall'ICN per la *Giornata internazionale degli infermieri 2013*, all'attenzione non solo degli associati CNAI, ma di tutti gli infermieri italiani.

Mettere a tema gli obiettivi per lo sviluppo proclamati dall'OMS nell'ormai lontano 2001 può sembrare scontato o obsoleto, se non superfluo. In questo documento dell'ICN s'intende sottolineare in particolare il nesso degli obiettivi 4, 5 e 6 con la salute delle persone¹. Basta però riflettere su quanto le condizioni sociali, culturali, economiche, politiche siano cambiate in tutti i Paesi del mondo, per renderci conto dell'urgenza di riprendere questi temi e di ri-portarli all'attenzione non solo degli infermieri italiani, ma di tutti gli operatori sociali, sanitari e di chi prende le decisioni politiche.

È proprio chi decide l'allocazione delle risorse e chi redige le politiche sanitarie che dovrebbero volgere l'attenzione, in modo particolare, al ruolo che gli infermieri oggi hanno e a quello che potrebbero avere anche nel nostro Paese per collaborare al raggiungimento di questi obiettivi.

Intendiamo cogliere quest'occasione per festeggiare tutti noi, per ribadire l'importanza di una più piena valorizzazione degli infermieri come "risorsa umana" cardinale per il nostro sistema. Noi infermieri ci siamo e ci stiamo: nella promozione della salute, nella prevenzione delle patologie, nella cura e assistenza, nell'educazione e formazione, nella ricerca e nell'organizzazione.

Mai come in questo momento di difficoltà per l'Italia urge lavorare insieme per sostenere ogni singolo professionista infermiere perché possa esprimere al meglio il suo contributo per il raggiungimento di questi obiettivi: il conto alla rovescia continua e dall'obiettivo numero otto al numero uno ... manca davvero poco perché il 2015 è ormai alle porte!

Ci auguriamo che questo documento aiuti tutti noi a unire le forze per dare il nostro fattivo contributo al raggiungimento di questi obiettivi così fondamentali per il nostro benessere e quello delle future generazioni.

Ancora auguri!

Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI

Cecilia Sironi, Presidente della Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i

¹ Obiettivo 4: ridurre la mortalità infantile; obiettivo 5: migliorare la salute materna; obiettivo 6: combattere HIV/AIDS, malaria e altre patologie (vedi: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2440&area=rapporti&menu=unite).

L'adozione della Dichiarazione del Millennio da parte dell'Assemblea generale dell'ONU nel 2008 ha portato alla creazione del quadro di riferimento Obiettivi di sviluppo per il Millennio (MDG), che è stato utilizzato per galvanizzare gli sforzi di sviluppo, definire priorità globali e nazionali e focalizzare attenzione, azioni e risorse. Sono stati definiti e concordati otto obiettivi. Nel loro insieme essi rappresentano un quadro di riferimento olistico per una riduzione sostenibile della povertà e per lo sviluppo. Tre obiettivi – il numero 4, il 5 e il 6 – sono specificatamente correlati alla salute e il loro raggiungimento è strettamente collegato a quello degli altri, compresi quelli che si focalizzano sulla povertà, la fame, l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne.

- **MDG 4 – Ridurre la mortalità infantile** – ha mostrato alcuni successi significativi nella riduzione della mortalità mondiale nei bambini al di sotto dei cinque anni di età. Tuttavia, la maggioranza dei 7,6 milioni di decessi annuali di bambini potrebbero essere evitati utilizzando interventi efficaci e sostenibili (WHO/UNICEF 2012, p. 8). La mortalità neonatale continua a essere una grande preoccupazione, così come le malattie infettive e la malnutrizione.
- **MDG 5 – Migliorare la salute materna** – ha portato a una riduzione di circa il 50% dei casi di morte durante la gravidanza o il parto. Esistono ancora differenze significative tra le regioni; le donne dell'Africa Sub-sahariana sono quelle a maggior rischio, con il 56% dei decessi e un tasso di mortalità materna pari a 500. Per migliorare la salute materna è indispensabile posticipare le gravidanze, aumentare l'accesso a un'assistenza professionale durante e dopo la gravidanza e a metodi contraccettivi sicuri, sostenibili ed efficaci e, quando necessario, assistenza completa nel post-aborto.
- **MDG 6 – Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie** - mostra significative variazioni regionali e anche alcuni successi, con meno persone infettate dall'HIV nella maggior parte delle regioni e un significativo ampliamento dell'accesso alle terapie anti-retrovirali salvavita. Anche se i numeri dei casi di malaria e di tubercolosi riportati stanno scendendo, non c'è spazio per il compiacimento: aumentano le segnalazioni di resistenza all'artemisinina e agli insetticidi nel trattamento della malaria così come aumentano le segnalazioni di tubercolosi multi-farmaco resistente.

I singoli Paesi presentano ogni anno all'ONU un rapporto riguardante i progressi nel raggiungere gli obiettivi e i risultati sono raccolti nel Report ONU sugli Obiettivi di sviluppo per il Millennio. I successi principali comprendono la riduzione della povertà estrema, il dimezzamento della percentuale di persone che non ha accesso all'acqua potabile e l'aumento del numero di bambine iscritte alla scuola elementare.

Anche se ci sono stati indiscutibili progressi, c'è ancora molto da fare. I trend non sono stati costanti, sia all'interno che tra le diverse regioni, con i più poveri e i più emarginati che continuano ad essere i più svantaggiati. Di conseguenza, una delle principali criticità dei MDG è stata il mancato focus sull'equità. Sono state inoltre espresse preoccupazioni riguardo al basso livello a cui sono stati fissati alcuni target e sull'omissione di cambiamenti demografici quali l'invecchiamento della popolazione e lo spostamento da insediamenti rurali a urbani, così come

i cambiamenti nel carico di malattia (*disease burden*), soprattutto per la sfida delle patologie non trasmissibili *non-communicable diseases*, NCD²).

Gli infermieri di tutto il mondo sono stati attivamente impegnati negli sforzi locali, nazionali e regionali per raggiungere i MDG. L'ICN ha lavorato con le associazioni infermieristiche nazionali di tutto il mondo per sostenere e promuovere sia il raggiungimento dei MDG in senso lato, sia il contributo avanzato degli infermieri in quelli correlati alla salute. Fra le iniziative di successo ricordiamo l'istituzione del Fondo per l'istruzione delle bambine, destinato a garantire la scolarizzazione delle figlie orfane di infermiere in Kenya, Swaziland, Uganda e Zambia (<http://www.fnif.org/girlfund.htm>). Lavorando congiuntamente con il settore privato, i governi, le associazioni infermieristiche e altri partner, ICN ha istituito cinque Centri per il benessere degli operatori sanitari (in Lesoto, Malawi, Swaziland, Uganda e Zambia) ed è in procinto di inaugurare il sesto (<http://www.icn.ch/projects/wellness-centres-for-health-care-workers/>). Il Progetto dell'ICN TB/MDR ha informato, formato e sostenuto decine di migliaia di infermieri, operatori sanitari ed altro personale in 13 Paesi (<http://www.icn.ch/projects/tb-mdr-tb/>). Il lavoro e il contributo degli infermieri africani e di altri Paesi è migliorato grazie all'accesso alle informazioni fornite dall'ICN attraverso le Biblioteche infermieristiche mobili (<http://www.icn.ch/projects/mobile-library/>), le schede tecniche e le prese di posizione disponibili sul sito web di ICN ed inserite nelle comunicazioni con le associazioni infermieristiche nazionali (<http://www.icn.ch/publications/position-statements/>).

Gli infermieri hanno anche lavorato insieme creando gruppi e organizzazioni che superano i confini nazionali per massimizzare le risorse e il loro impatto su sfide sanitarie particolari, quali l'HIV/AIDS – per esempio il Network Sudafricano degli Infermieri e delle ostetriche (SANNAM). Il fatto di segnalare il contributo sub-nazionale degli infermieri nel raggiungimento dei MDG ha qualcosa della sfida, soprattutto per l'apparente riluttanza degli infermieri a pubblicizzare e a promuovere il proprio lavoro. Gli infermieri nel mondo hanno sviluppato servizi ed erogato assistenza innovativa a bambini, donne e a chi è affetto da patologie, contribuendo al successo dei MDG. Gli infermieri devono essere incoraggiati e sostenuti nella pubblicazione dei loro successi.

Il Quadro di riferimento per l'accelerazione dei MDG (UNDP, 2011), disegnato per galvanizzare i progressi a livello nazionale e che comprende soluzioni e interventi raccomandati, molti dei quali riconducibili ad azioni infermieristiche, potrebbe essere utilizzato come quadro di riferimento attorno al quale gli infermieri possono coalizzarsi per dar forma e focalizzare il loro contributo continuo al raggiungimento dei MDG.

Esiste la preoccupazione che, nei prossimi anni, l'attenzione possa focalizzarsi sui successori dei MDG invece di spingere in modo più forte per realizzare gli obiettivi attuali. È stato istituito un Tavolo di alto livello di 26 "persone eminenti" per consigliare il Segretario generale dell'ONU circa gli obiettivi futuri e un *Task Team* dell'ONU ha prodotto un quadro di riferimento per lo sviluppo che lega SDG³ e MDG. È previsto che qualsiasi forma venga scelta per rimpiazzare i MDG, questa sia misurabile, comprenda benchmark relativi ed assoluti e sia soggetta a regolare rendicontazione. Il nuovo approccio deve rispecchiare le lezioni apprese dai MDG in tema di equità e uguaglianza a livello nazionale, di comunità e di famiglia, e l'importanza di consultarsi con un'ampia gamma di stakeholder, compresi i membri più deprivati della comunità globale.

² In seguito si tradurrà questo acronimo in italiano: MNT, malattie non trasmissibili (NdC).

³ SDG sta per *Sustainable Development Goals*, obiettivi di sviluppo sostenibile o obiettivi sostenibili per lo sviluppo (si veda: <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1300>) (NdC).

Viene inoltre suggerito che i nuovi obiettivi possano prevedere un adeguato approccio basato sui diritti umani, nonostante alcune delle sfide che a ciò si associano.

Il cambiamento del peso della malattia (*disease burden*) è stato riconosciuto in occasione del Meeting ONU di alto livello sulla Prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, tenutosi nel 2011 (C3 Collaborating for Health 2011) ed è previsto che ogni interessamento alla salute comprenda una messa a fuoco del crescente fardello delle malattie non trasmissibili. Una delle sfide principali per i successori dei MDG è che si stanno formulando durante una grave crisi economica mondiale, che probabilmente ridurrà la quota di assistenza pubblica disponibile.

Sono molte le incertezze che circondano lo sviluppo dell'agenda⁴ post-2015, con molte diverse preoccupazioni che competono fra loro per essere inserite. Gli infermieri sono incoraggiati a chiarire il loro punto di vista su ciò che seguirà e a trovare vie per essere coinvolti nelle consultazioni nazionali e internazionali.

- Le associazioni infermieristiche nazionali occupano una buona posizione per mantenere lo slancio, informare, consigliare, incoraggiare e sostenere gli infermieri, e convogliare il flusso di informazioni dalla base verso il governo. Le associazioni hanno ora l'opportunità di stimolare i propri membri e galvanizzare i loro sforzi per raggiungere i MDG e cercare di influenzare l'agenda post-2015.
- Le associazioni infermieristiche nazionali sono incoraggiate ad allineare le loro priorità ai quadri di riferimento e alle strategie esistenti, a creare partnership, reti ed alleanze ad ogni livello con coloro che perseguono risultati comuni. Gli infermieri sono incoraggiati a migliorare le loro conoscenze e capacità in modo da poter contribuire attivamente ad ogni livello, dall'impegno nelle comunità alla politica internazionale, compresa l'erogazione dei servizi, la formazione, la ricerca e il management così come lo sviluppo e l'attuazione delle politiche.
- Gli infermieri possono impegnarsi nell'*advocacy* e nella *lobbying* partendo da un livello personale/professionale per arrivare ad uno di politica/sistema. La portata internazionale dei MDG serve a garantire che gli infermieri e gli altri possono rafforzare i legami con gruppi di patrocinio internazionale adeguati.
- I MDG hanno fornito un chiaro focus globale per l'azione e l'allocazione delle risorse. Contribuendo alla loro realizzazione, gli infermieri hanno sviluppato capacità politiche che li rendono in grado di negoziare ad ogni livello e con vari partner per dar forma ed erogare servizi adeguati, compresi quelli per le comunità più emarginate e meno servite. Gli infermieri hanno anche dimostrato una grande flessibilità, innovazione e coraggio nel dar forma e sviluppare nuovi ruoli e servizi.

Nel lasso di tempo che ci separa dal 2015, gli infermieri sono incoraggiati ad abbattere le barriere e a vincere le sfide per raggiungere i MDG e soddisfare i bisogni di salute delle comunità più povere, più emarginate e meno servite del mondo. Impegnandosi per la nuova agenda, sarà importante continuare a lavorare per raggiungere i MDG in tutti i Paesi e garantire che i progressi fatti non vadano perduti non appena caleranno l'attenzione e le risorse. Independentemente dall'ampiezza dell'interesse esplicito sulla salute del nuovo documento, è importante ricordare che la salute sta alla base del futuro sviluppo globale. Il cambiamento del

⁴ Il termine agenda significa "ordine del giorno", da non confondere con il nostro taccuino o diario. Ora è entrato anche nel linguaggio italiano con questo significato di punti da discutere in riunioni, programmi o regolamentazioni (NdC).

peso delle malattie e gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute, sullo sviluppo e sulla sostenibilità ambientale chiedono che tutti gli infermieri siano all'altezza della sfida e si impegnino a dar forma e a rispettare i nuovi obiettivi per la salute e il benessere della comunità globale.

Introduzione ai MDG

Nel 2000 le Nazioni unite hanno adottato la Dichiarazione del Millennio (UN 2000), affermazione dell'impegno verso i principi fondanti delle Nazioni Unite e riconsacrazione della volontà di pace, uguaglianza e di un mondo sostenibile dal punto di vista ambientale. La Parte III della Dichiarazione porta il titolo *Sviluppo ed eliminazione della povertà*, e da questo sono nati gli Obiettivi di sviluppo per il Millennio, presentati all'Assemblea generale delle Nazioni unite nel settembre 2001 (UN, 2001).

Gli otto MDG hanno ottenuto un livello di consenso senza precedenti, sono stati persino considerati un "imperativo etico" (Hulme, Fukuda-Parr, 2009, p. 3), e hanno rappresentato una svolta nell'approccio della comunità internazionale alla riduzione della povertà. A differenza di molti precedenti sforzi internazionali di sviluppo, i MDG adottano un approccio olistico alla riduzione della povertà. Infatti gli Obiettivi affrontano non solo la riduzione della povertà economica di per sé, ma anche l'istruzione, l'uguaglianza di genere, la sostenibilità di salute e ambiente e il bisogno di una "partnership globale per lo sviluppo" che possa facilitare queste finalità. Se non si affrontano contemporaneamente tutte queste prospettive, non si potrà arrivare a una riduzione sostenibile della povertà. I MDG sono indicativi di una svolta verso un approccio allo sviluppo maggiormente centrato sulle persone (piuttosto che sulla pura economia), aiutati dalla fine della Guerra fredda, durante la quale molti aiuti internazionali avevano motivazioni geo-politiche.

I MDG sono costituiti da otto ampi obiettivi che hanno alle spalle 18 traguardi da raggiungere (*target*) e al di sotto dei quali vi è una serie di indicatori per misurarli. I traguardi sono quantitativi, generali e a scadenza: lo scopo era di raggiungere tutti i MDG entro il 2015, prendendo il 1990 come punto di partenza per misurare i progressi. Tre degli obiettivi – il numero 4, il 5 e il 6 – sono specificatamente riferiti alla salute:

Obiettivo 1: Eliminare la povertà estrema e la fame.

Obiettivo 2: Raggiungere l'istruzione elementare universale.

Obiettivo 3: Promuovere l'uguaglianza fra i sessi e conferire potere e responsabilità alle donne.

Obiettivo 4: Diminuire la mortalità infantile.

Obiettivo 5: Migliorare la salute materna.

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

Obiettivo 7: Assicurare la sostenibilità ambientale.

Obiettivo 8: Sviluppare una collaborazione (*partnership*) globale per lo sviluppo.

Nel 2005 il Progetto millennio dell'ONU stimò che i costi per il raggiungimento dei MDG in tutti i Paesi si attestassero sull'ordine dei 121 miliardi di dollari nel 2006, destinati a diventare 189 miliardi nel 2015 (UN, 2005, p. 56).

Esempio di obiettivo, target e indicatori

Obiettivo 4:

Ridurre la mortalità infantile

Target 4a:

Ridurre di due terzi il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni di età.

Indicatori:

4.1 Tasso di mortalità sotto i cinque anni di età.

4.2 Tasso di mortalità infantile.

4.3 Percentuale di bambini di un anno di età vaccinati contro il morbillo.

Collegare gli obiettivi

Un'importante premessa dei MDG è che la riduzione della povertà dipende dall'affronto di un'ampia gamma di questioni sociali quali l'educazione, l'*empowerment* delle donne e la sostenibilità ambientale. Queste sinergie tra obiettivi sono particolarmente rilevanti quando si tratta di salute. Focalizzare semplicemente l'attenzione sugli obiettivi 4, 5 e 6 non basta: anche tutti gli altri rivestono un ruolo importante nel miglioramento della salute delle popolazioni. Per esempio, la salute materno-infantile è legata all'educazione delle bambine (UN, 2012a, p. 28); non si può ottenere buona salute laddove l'accesso all'acqua potabile è limitato o dove l'ambiente è pericolosamente inquinato; i bambini nati in situazioni di povertà hanno il doppio di probabilità di morire prima dei cinque anni rispetto a quelli nati in famiglie più ricche (UN, 2012a, p. 28).

Progressi verso i MDG

I MDG hanno avuto, per molti versi, un successo sorprendente. Hanno superato una serie di tentativi precedenti di definire obiettivi internazionali di sviluppo (per esempio, da parte dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico); la loro semplicità, chiarezza, misurabilità e il chiaro orizzonte temporale hanno portato ad una loro accettazione universale da parte delle organizzazioni internazionali, dei governi e delle ONG. La rendicontazione annuale sui progressi ottenuti è messa in evidenza dai media, i quali possono anche agire da stimolo all'azione: come disse la Dr.ssa Margaret Chan, Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel suo discorso inaugurale del 2007, "Ciò che viene misurato, viene fatto" (Chan, 2007). I MDG hanno agito come punto di raccolta per i donatori internazionali, guidando i principali aiuti per lo sviluppo e gli investimenti. Le Nazioni unite continuano a sottolinearne l'importanza – tutti gli Stati membri hanno riaffermato nel 2010 il loro impegno a raggiungere gli obiettivi ed ora si sta iniziando la discussione su un quadro di riferimento post-2015 (si veda il Cap. 4).

I progressi verso il raggiungimento dei MDG sono riportati annualmente all'ONU dai singoli Paesi ed i risultati sono raccolti nel *Report annuale sugli Obiettivi di sviluppo per il Millennio*. Sono stati ottenuti numerosi successi:

- Le stime indicano che la percentuale di popolazione mondiale che vive con meno di \$ 1,25 al giorno nel 2010 si è dimezzata rispetto al 1990 – con tendenza ad arrivare a 883 milioni nel 2015, contro gli 1,4 miliardi del 2005 e gli 1,8 miliardi del 1990 (anche se 17 Paesi sono lontani da questo obiettivo) (UN, 2012a; World Bank, 2011).
- Anche l'obiettivo di dimezzare la percentuale di persone che non hanno accesso all'acqua potabile è stato raggiunto – passando dal 24% del 1990 all'11% del 2010 (UN, 2012a, p. 52).
- A livello mondiale ci sono ora 97 bambine iscritte alla scuola elementare ogni 100 bambini, erano 91 ogni 100 nel 1990. Inoltre, l'iscrizione alla scuola primaria è aumentata significativamente nell'Africa Sub-sahariana: dal 58% al 76% tra il 1999 e il 2010 (UN, 2012a, p. 17).

Tuttavia, i progressi sono distribuiti a macchia di leopardo: esistono ancora disuguaglianze significative tra le regioni e al loro interno e tra Paesi, con molti MDG ancora da raggiungere, progressi in stallo o, in qualche situazione, addirittura peggioramenti. Nell’Africa Sub-sahariana, per esempio, la percentuale di popolazione che vive con meno di \$ 1,25 al giorno resta al 47%, il 27% sono ancora denutriti e sia la mortalità materna che quella infantile sono ancora molto elevate: la mortalità infantile è scesa di meno di un terzo, significativamente meno di quanto previsto dal target che era stato fissato in due terzi (UN, 2012a). Il Capitolo 2 di questo documento evidenzia la variabilità dei progressi ottenuti nel raggiungimento dei MDG legati alla salute.

Sul versante positivo, alcuni Paesi hanno iniziato un processo per trasformare i MDG in punto di partenza, invece che di arrivo, per lo sviluppo umano (UNDP, 2005, p. 3), costruendo esplicitamente sugli attuali MDG per promuovere ulteriori progressi. La Thailandia, per esempio, che nel 2004 aveva già raggiunto molti target dei MDG, ne ha definiti di nuovi, come l’estensione della scolarizzazione dal livello primario al secondario e la riduzione della povertà a meno del 4% (*Office of the High Commissioner on Human Rights* - OHCHR, 2010, p. 8). Questo dimostra la capacità di ampliare, adattare e potenziare le aree coperte dai target; questo è particolarmente importante dove l’assistenza si è così focalizzata sul raggiungimento dei MDG che altre aree (per esempio quella delle malattie non trasmissibili) potrebbero aver ricevuto scarsa attenzione (si veda il paragrafo 1.4).

Criticità e sfide

I MDG hanno portato coerenza e coesione agli sforzi di sviluppo internazionale, ma sono anche stati criticati su molti fronti.

Una delle principali critiche riguarda la mancanza d’interesse verso l’equità.

- Esistono profonde differenze tra regioni e Paesi, ma i MDG non ne tengono conto in quanto sono obiettivi globali. Considerare i MDG come “adatti per tutti”⁵ ignora le specifiche sfide economiche, geografiche e politiche affrontate dai singoli Paesi e distoglie da quelli che, dato il contesto specifico, avrebbero potuto essere progressi considerevoli.
- Se un Paese stabilisce un target per raggiungere il livello di sviluppo previsto dai MDG, è incentivato a trattare con quella parte di popolazione che può essere più facilmente aiutata ad acquisire il livello richiesto. Questo può lasciare le popolazioni più deprivate senza gli aiuti di cui maggiormente necessitano, costituendo una violazione del diritto umano a uno standard di vita adeguato per questi gruppi più vulnerabili (OHCHR, 2010, p. 10).
- Esiste il rischio di distogliere nuove risorse da alcuni temi non citati nei MDG (spesso riguardanti i più poveri) perché ci si focalizza soltanto sulle aree specificamente citate. Per esempio, le malattie tropicali dimenticate hanno ricevuto scarsa attenzione, con una destinazione di fondi per lo sviluppo pari soltanto allo 0,6%, quando si tratta di patologie che colpiscono un miliardo di persone (*The Lancet*, 2010).

Un’ulteriore criticità è che i target possono non essere stati definiti al giusto livello, in particolar modo quelli che riguardano la riduzione della percentuale di popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno. Questa cifra è stata adeguata a \$ 1,25 e l’obiettivo potrebbe essere raggiunto a livello mondiale; tuttavia \$ 1,25 è sempre molto poco, soprattutto se si considerano gli aumenti dei prezzi del petrolio e del cibo degli ultimi anni (OHCHR, 2010).

Anche i cambiamenti demografici possono influire sul raggiungimento degli obiettivi. Per esempio, il target di migliorare le condizioni di vita di almeno 100 milioni di abitanti delle baraccopoli è stato raggiunto: oltre 200 milioni hanno visto migliorare l’accesso all’acqua, le fognature e la situazione

⁵ L’originale è il modo di dire inglese “one size fits all”, letteralmente “una taglia che va bene per tutti” o “taglia unica” (NdC).

abitativa (UN, 2012a, p. 56). Eppure, vivono nelle baracche più persone che mai: se ne stimano 863 milioni contro i 650 del 1990 (UN, 2012a, p. 56). Anche altri cambiamenti demografici – quali l’invecchiamento della popolazione – e l’urbanizzazione colpiscono la società in modo da influire sulla riduzione della povertà e sulla salute.

La concisione dei MDG ha portato all’omissione di una serie di problematiche. In particolare, l’Obiettivo 6 affronta solo un piccolo numero di patologie (infettive): HIV/AIDS, malaria e TBC. Tuttavia, il maggior carico di malattia per molti Paesi a basso e medio reddito si è ora spostato dalle malattie infettive a quelle non trasmissibili (MNT), come le patologie cardiovascolari, i tumori il diabete e le malattie polmonari croniche – a causa dei cambiamenti negli stili di vita e dell’invecchiamento delle popolazioni. Dato che le principali MNT non vengono specificatamente citate, spesso vengono trascurate dai donatori – anche se una percentuale significativa di casi di malattie come il diabete di tipo 2 e le cardiopatie potrebbero essere prevenute o rallentate e la diagnosi precoce e il buon trattamento delle MNT potrebbe ridurre di molto le complicanze (UN, 2011, p. 5). Neanche la salute mentale rientra tra le tematiche specifiche dei MDG correlati alla salute sebbene, per il loro trattamento, si stimi un costo mondiale di \$ 16.000 miliardi tra il 2010 e il 2030 (WEF/Harvard, 2011, Tabella 14, p. 29), senza contare le sofferenze causate ai pazienti e alle loro famiglie.

“L’omissione delle MNT dai MDG è d’importanza fondamentale perché i MDG rappresentano il quadro di riferimento e gli obiettivi per gli investimenti nello sviluppo internazionale”.

Dr.ssa Fiona Adshead, ex Direttore Malattie Croniche e Promozione della Salute, OMS.

Inoltre, nei MDG non si tratta della *governance* a livello nazionale, il cui funzionamento è fondamentale per lo sviluppo internazionale (per esempio, leggi che garantiscano il rafforzamento dei contratti o il controllo della corruzione). Nell’Obiettivo 8 (*partnership*) non ci sono target quantitativi o legati a scadenze, elemento che ne limita l’efficacia (Hulme, Fukuda-Parr, 2009, p. 23); per esempio, non è definito un livello specifico per gli aiuti allo sviluppo. Un target esplicito di questo tipo avrebbe potuto rappresentare un’occasione per le associazioni infermieristiche nazionali di impegnarsi in modo più focalizzato e di influenzare altri gruppi e organizzazioni.

Una recente sfida al raggiungimento dei MDG è stata la crisi economica e la recessione, che hanno colpito gran parte del mondo industrializzato ed hanno avuto un impatto sulla capacità e la volontà di alcune delle nazioni più ricche di offrire aiuti a quelle in via di sviluppo. Il governo tedesco, per esempio, ha tagliato gli aiuti internazionali dallo 0,8% del PIL allo 0,7%; in passato gli effetti della crisi economica sugli aiuti sono durati anni (World Bank, 2011, p. 128; World Bank, 2009, p. 9). Il Segretario generale dell’ONU nel *Report 2012 sugli Obiettivi di sviluppo del Millennio* si è soffermato in particolare sull’impatto della crisi sull’Obiettivo 8 (stabilire e mantenere *partnership*): “Non si deve consentire all’attuale crisi economica che aggredisce gran parte del mondo industrializzato di rallentare o invertire i progressi ottenuti” (UN, 2012a, p. 3).

2015: il conto alla rovescia

I MDG hanno una scadenza: devono essere raggiunti entro il 2015. Entro un paio d’anni dovranno essere procrastinati o sostituiti da una nuova serie di obiettivi, target e indicatori. Qualsiasi cosa vada a prenderne il posto, dovrà bilanciare globalità e comprensibilità e dovrà risolvere le criticità degli attuali MDG. I lavori sono già cominciati ed è probabile che si colleghino con gli sforzi finalizzati a sviluppare una serie di “obiettivi sostenibili di sviluppo⁶” a livello mondiale (si veda il Capitolo 4).

⁶ Si veda la nota 3.

Introduzione

Anche se tutti gli otto MDG hanno un impatto sulla salute, il numero 4, il 5 e il 6 fanno riferimento specifico a tematiche sanitarie. Questo capitolo tratterà dei progressi ottenuti fino ad oggi nel raggiungimento di questi obiettivi, traguardi e indicatori, evidenziando alcune strategie e identificando le sfide da affrontare nell'impegno per raggiungerli.

MDG 4: Ridurre la mortalità infantile

Target: Ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni.

Indicatori:

- Tasso di mortalità nei bambini al di sotto dei cinque anni.
- Tasso di mortalità infantile.
- Percentuale di bambini di un anno di età vaccinati contro il morbillo.

Quali progressi sono stati fatti?

La stragrande maggioranza dei decessi infantili è attribuibile a un numero relativamente esiguo di patologie: cause neonatali (40%), polmonite (18%), diarrea (10%), malaria (10%), HIV/AIDS (2%) e morbillo (1%). La malnutrizione, unita a queste patologie, è un fattore concomitante in oltre il 30% dei casi di decesso globali. Le principali cause di decesso neonatale sono le complicanze da parto pretermine, eventi legati al parto, sepsi, meningite e natimortalità (WHO/UNICEF, 2012, p. 16).

In questo ambito sono stati ottenuti dei successi significativi. Nonostante la crescita della popolazione, c'è stata un'ampia riduzione del numero di decessi nei bambini di età inferiore ai cinque anni, da oltre 12 milioni nel 1990 a 7,6 milioni nel 2010. Il progresso nei Paesi in via di sviluppo è, nell'insieme, accelerato, e il tasso di mortalità è sceso del 35%: da 97 morti per 1.000 nati vivi nel 1990 a 63 nel 2010 (UN, 2012a, p. 26).

La tabella in calce illustra la valutazione regionale dei progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre di due terzi la mortalità infantile (UN, 2012c). Si legge su due livelli:

- L'ombreggiatura delle caselle indica se l'obiettivo sarà raggiunto entro il 2015 mantenendo l'attuale trend (grigio) oppure se i progressi sono insufficienti (bianco).

- La descrizione presente nelle caselle indica l'attuale livello di mortalità*.

	Africa		Asia				Oceania	America latina e Caraibi	Caucaso & Asia Centrale
Ridurre di 2/3 la mortalità dei minori di 5 anni	Nord	Sub-Sahariana	Est	Sud- Est	Sud	Ovest			
		Bassa mortalità	Elevata Mortalità	Bassa mortalità	Bassa mortalità	Moderata Mortalità	Bassa mortalità	Moderata Mortalità	Bassa mortalità

* Bassa mortalità indica <40 morti ogni 1.000 nati vivi; mortalità moderata 40-80; elevata mortalità 80-150; mortalità molto elevata > 150.

Il Nord Africa, per esempio, ha già raggiunto il target, e anche l'Asia Occidentale mostra un significativo declino. L'Africa Sub-sahariana, invece, ha ottenuto un calo che si aggira attorno al 30% ovvero meno della metà di quanto previsto dal target. Infatti, l'82% dei decessi nei bambini sotto i cinque anni (6.2 milioni), riguardano l'Africa Sub-sahariana e l'Asia Meridionale (UN, 2012a, p. 26).

Vi sono anche singoli Paesi che entro il 2010 hanno fatto progressi significativi rispetto ai dati di partenza del 1990, per esempio (UN, 2012a, p. 27):

- alcuni Paesi, tra i quali il Bangladesh, il Nepal e il Madagascar hanno visto ridotti di almeno il 60% i decessi nei bambini al di sotto dei cinque anni;
- alcuni Paesi, tra i quali il Niger, il Malawi e la Sierra Leone hanno visto diminuire di oltre 100 i casi di morte ogni 1.000 nati vivi.

Questi successi aiutano a dimostrare che un sostanziale progresso è davvero possibile.

Di quali progressi c'è ancora bisogno?

Restano aperte una serie di sfide.

- Per garantire una riduzione generale della mortalità infantile bisogna incentrare l'attenzione in particolare sull'aumento percentuale dei decessi neonatali.
- La povertà è ancora un forte determinante della sopravvivenza nei bambini al di sotto dei cinque anni.
- Educare ed emancipare le donne e garantire ai poveri l'accesso ai servizi di base e a quelli per l'assistenza critica è fondamentale per promuovere l'equità e ridurre la mortalità infantile.
- Un'assistenza migliore e più qualificata alla nascita è il requisito essenziale per ridurre i parti prematuri e la natimortalità; gli interventi per affrontare questo problema sono efficaci anche per migliorare altri *outcome* di salute materno-infantile (WHO/UNICEF, 2012, p. 17).

Quali strategie si sono utilizzate?

Gli infermieri e una buona assistenza giocano un ruolo chiave dato che la maggior parte dei 7,6 milioni di morti infantili si possono prevenire con interventi efficaci e sostenibili. Questi interventi comprendono: l'assistenza ai neonati e alle madri; l'ottimizzazione delle procedure di allattamento al seno, la nutrizione e vaccinazione; il lavaggio delle mani con il sapone e il miglioramento dell'accesso all'acqua e ai servizi igienici; il controllo della malaria; la prevenzione e la cura dell'HIV/AIDS. Le opzioni di trattamento salvavita dopo che un bambino si è ammalato comprendono il *case management* della polmonite

(compresi gli antibiotici per la polmonite batterica) e la reidratazione orale con sali e zinco per la diarrea. Nei Paesi dove la mortalità è alta, questi interventi potrebbero più che dimezzare il numero dei decessi e gli infermieri sono fondamentali per chiedere (*advocating*), adattare ed erogare questi interventi (WHO/UNICEF, 2012, p. 18).

L'OMS promuove quattro strategie principali, integrate da interventi per la salute materna, in particolare l'assistenza qualificata durante la gravidanza e il parto, per esempio da parte degli infermieri di famiglia. Un esempio della natura integrata della risposta richiesta è proposto qui di seguito:

- adeguata assistenza domiciliare e trattamento tempestivo delle complicanze nei neonati;
- gestione integrata delle patologie infantili per tutti i minori di cinque anni;
- ampliamento dei programmi di vaccinazione (vedi riquadro);
- alimentazione del bambino e del giovane.

Progressi: il morbillo

Il miglioramento dell'immunizzazione ha portato a una riduzione del 74% dei casi mondiali di decesso per morbillo: da un numero stimato di 535.000 casi nel 2000 a 139.300 nel 2010. L'Africa Sub-sahariana ha registrato i risultati migliori, con un calo nel periodo pari all'85% (UN, 2012a, p. 29). L'aumento percentuale di bambini di un anno vaccinati contro il morbillo è stato ottenuto attraverso il miglioramento delle vaccinazioni di routine, delle campagne di vaccinazione su larga scala e delle attività supplementari mirate a raggiungere i bambini che non hanno accesso ai servizi sanitari esistenti.

Altre strategie comprendono lo sviluppo di un piano d'azione globale per potenziare gli interventi già collaudati e aumentare l'impegno nell'affrontare la diarrea e la polmonite (WHO/UNICEF, 2012, p. 18).

Problematiche di fondo

Mortalità neonatale

La mortalità non si è ridotta in modo uniforme. Il calo della mortalità neonatale, cioè nel primo mese dopo la nascita, è molto lento rispetto all'aumento delle possibilità di sopravvivenza dei bambini più grandi. Anche se a livello mondiale la mortalità neonatale è diminuita dal 32 per ogni 1.000 nati vivi del 1990 ai 23 nel 2010, l'Africa Sub-sahariana registra i miglioramenti più bassi degli ultimi due decenni e soffre dei tassi più alti (35 morti per ogni 1.000 nati vivi nel 2010) rispetto a tutte le altre regioni (UN, 2012a, p. 27). Incrementare la riduzione della mortalità neonatale è una tappa fondamentale per raggiungere il MDG numero 4 (WHO/UNICEF, 2012, p. 13).

Disuguaglianze

Come detto nel Capitolo 1, una delle criticità dei MDG è la mancanza di focus sull'equità cosicché, per esempio, un Paese nel suo insieme potrebbe raggiungere l'obiettivo 4 anche se le sue popolazioni più disagiate continuassero a soffrire di tassi molto elevati di mortalità infantile. Esistono sostanziali disparità tra aree urbane e rurali: i bambini delle aree rurali delle regioni in via di sviluppo hanno meno probabilità di vivere dopo il loro quinto anno di vita. Ancora, i bambini appartenenti al 20% delle

famiglie più povere hanno il doppio di probabilità di morire prima del quinto compleanno rispetto ai bambini del 20% delle famiglie più ricche.

A ciò si aggiunge l'educazione delle madri, che risulta essere un potente determinante di iniquità perché i figli di madri istruite – anche di quelle con il solo titolo elementare – hanno più probabilità di sopravvivere rispetto ai figli di madri analfabete (UN, 2012a, p. 28).

Questo dimostra anche l'importanza di adottare un approccio olistico al raggiungimento dei MDG: migliorare l'educazione e l'empowerment delle donne ha una ricaduta sulla salute delle prossime generazioni.

Malattie infettive

In tutto il mondo in via di sviluppo, la polmonite e la diarrea sono tra le principali cause di morte dei bambini piccoli. Circa il 90% dei decessi infantili dovuti a queste due cause si registra nell'Africa Sub-sahariana e nell'Asia meridionale. I cinque Paesi che contano il maggior numero di casi sono: l'India, il Pakistan, la Nigeria, la Repubblica Democratica del Congo e l'Etiopia (WHO/UNICEF, 2012, p. 18).

Nonostante alcuni progressi (vedi box sopra), si stima in 19,1 milioni il numero dei bambini – molti dei quali sono tra i più poveri ed emarginati che vivono in aree difficili da raggiungere – che non sono stati vaccinati contro il morbillo: i livelli di copertura nell'Africa Sub-sahariana e nell'Asia meridionale non hanno ancora raggiunto il 90%. Purtroppo i casi di morbillo segnalati nel 2010, dopo il calo registrato tra il 2000 e il 2008 e la stabilità del 2009, sono aumentati, con ampi focolai segnalati in Africa, nel Mediterraneo orientale, in Europa, nel Sud-Est Asiatico e in Oceania (UN, 2012a, p. 29).

Malnutrizione

La malnutrizione – inadeguata assunzione di alimenti energetici o di micronutrienti – aumenta il rischio di morte e di cattiva salute nel periodo prenatale e lungo tutta l'infanzia e la fanciullezza. Il deperimento (peso insufficiente rispetto all'altezza) nei bambini al di sotto dei cinque anni è un indicatore affidabile di insicurezza alimentare e un bambino deperito è a rischio più immediato di morte rispetto ad uno rachitico. La prevalenza del rachitismo (ridotta altezza rispetto all'età) è anch'essa un indicatore critico del progresso nella sopravvivenza dei bambini, rispecchia un'esposizione a lungo termine a problemi di salute e ad un'alimentazione insufficiente, soprattutto nei primi due anni di vita. In molti Paesi in via di sviluppo più di un terzo dei bambini sono rachitici, soprattutto quelli delle popolazioni più povere. Questo può anche avere gravi ripercussioni più avanti negli anni: quando i bambini sono malnutriti nei primi anni di vita (soprattutto prima dei due anni), possono riportare conseguenze nelle capacità di apprendimento, cosa che può portarli, da adulti, a redditi più bassi, perpetuando la povertà per generazioni.

MDG 5: Migliorare la salute materna

Target: Ridurre di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna.

Indicatori:

- Tasso di mortalità materna.
- Percentuale di parti assistiti da personale qualificato.

Quali progressi sono stati fatti?

Il numero di donne che muoiono durante la gravidanza o il parto è diminuito a livello mondiale di circa il 50% rispetto al 1990, scendendo da 543.000 a circa 287.000. Nelle regioni in via di sviluppo, il numero di morti materne per 100.000 nati vivi (tasso di mortalità materna, *maternal mortality ratio*, MMR) è sceso da 440 nel 1990 a 240 nel 2010. L'Asia orientale registrava i livelli più bassi tra le regioni in via di sviluppo, con un tasso di 37; tuttavia, per ogni donna che muore, circa altre 20 vanno incontro a lesioni, infezioni e disabilità (WHO/UNICEF, 2012, p.13).

La tabella che segue riguarda la valutazione regionale dei progressi verso il raggiungimento di questo obiettivo, focalizzandosi sul target di ridurre la mortalità materna di tre quarti e di aumentare l'accesso alla salute riproduttiva (UN, 2012c). Si legge su due livelli:

- La colorazione delle caselle indica se il target sarà raggiunto o superato entro il 2015, se il trend continua (grigio), se i progressi sono insufficienti per raggiungere il target (bianco) o se i dati sono insufficienti (nero).
- Le scritte all'interno delle caselle indicano gli attuali livelli di mortalità materna* e l'accesso alla salute riproduttiva**.

	Africa		Asia				Oceania	America latina e Caraibi	Caucaso & Asia Centrale
Ridurre di ¾ la mortalità materna	Nord	Sub-Sahariana	Est	Sud- Est	Sud	Ovest			
	Bassa mortalità	Mortalità molto elevata	Bassa mortalità	Moderata mortalità	Elevata Mortalità	Bassa mortalità	Moderata Mortalità	Bassa mortalità	Bassa Mortalità
Accesso alla salute riproduttiva	Modesto	Scarso	Elevato	Modesto	Modesto	Modesto	Scarso	Elevato	Modesto

* Bassa mortalità materna indica <100 decessi per ogni 100.000 nati vivi; mortalità moderata 100-200; mortalità elevata 200-500; mortalità molto elevata > 500.

** Scarso accesso alla salute riproduttiva (tasso di prevalenza della contraccezione ovvero percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, sposate o conviventi, che utilizzano la contraccezione) indica <40%; modesto 40-65%; elevato >65%.

Di quali progressi c'è ancora bisogno?

Nella lotta contro la mortalità materna ci sono ancora molte sfide da vincere.

- *Ineguaglianze regionali.* Il tasso di mortalità materna nelle regioni in via di sviluppo resta 15 volte più elevato rispetto a quello delle regioni industrializzate. Ciò significa che, nell'arco della vita, una donna in Chad ha una possibilità su quindici di morire per cause legate alla maternità, una in Afghanistan ha una possibilità su trentadue, contro una su 3.800 di una donna di un Paese industrializzato (WHO/UNICEF, 2012, p. 13).
- *Africa Sub-sahariana.* Nel 2010 l'85% dei decessi materni si sono registrati in due sole regioni: Africa Sub-sahariana (con il 56% dei decessi e un tasso pari a 500) e Asia meridionale (29%), in totale 245.000 casi. Inoltre, l'Africa Sub-sahariana contava anche la percentuale più alta (10%) di morti materne attribuibili all'HIV: ogni anno si registrano in questa regione oltre il 90% dei casi di morte materna indiretta AIDS-correlata (UN, 2012a, p. 31).

Quali strategie si sono utilizzate?

I periodi pre-natale e post-natale, così come il parto, sono momenti importanti per raggiungere le donne con interventi e informazioni che promuovano la salute, il benessere e la sopravvivenza sia delle madri che dei loro bambini. Professionisti preparati (medici, infermieri o ostetriche) possono prevenire e gestire complicanze mortali quali le emorragie o, quando necessario, indirizzare la paziente ad un livello superiore di assistenza.

- La copertura pre-natale – almeno una visita da parte di un medico, un infermiere o un’ostetrica – è progressivamente aumentata nelle regioni in via di sviluppo, dal 63% del 1990 al 71% nel 2000 fino all’80% nel 2010 (UN, 2012a, p. 32).
- Nell’insieme delle regioni in via di sviluppo, la percentuale di parti assistiti da personale qualificato è aumentata dal 55% del 1990 al 65% del 2010. Tuttavia, meno della metà dei parti che avvengono nell’Africa Sub-sahariana sono assistiti da personale sanitario qualificato.

Un più ampio accesso a metodi contraccettivi sicuri ed efficaci ha contribuito a migliorare la salute materno-infantile evitando gravidanze indesiderate o troppo ravvicinate. In molte regioni l’utilizzo dei contraccettivi è aumentato rapidamente tra il 1990 e il 2000 ma, da quel momento in poi, il ritmo del progresso ha tendenzialmente rallentato.

- Nel 2010, in tutte le regioni tranne l’Africa Sub-sahariana e l’Oceania, oltre la metà delle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate o conviventi, utilizzava una qualche forma di contraccettivo. Le donne africane registravano il livello di prevalenza più basso: solo il 25%, valore inferiore a quello del 1990 nelle altre regioni (UN, 2012a, p. 35).

Dove si effettuano aborti non sicuri (vedi più avanti), è importante un’assistenza completa alle donne dopo l’intervento, per gestire eventuali complicanze e garantire l’accesso alla contraccezione. I seguenti sono tutti elementi essenziali: la presenza di infermieri e altri operatori sanitari esperti, la gestione adeguata del controllo del dolore, l’assistenza nel follow-up che comprenda l’identificazione e il trattamento delle emorragie o delle infezioni, la rimozione dei preconcetti riguardanti l’assistenza alle donne dopo un aborto, l’aumento e il miglioramento del *counselling* sulla pianificazione familiare e dei servizi (WHO & UNICEF, 2012, p. 20).

- L’OMS stima che il 75% degli aborti non sicuri si potrebbero evitare se fosse pienamente soddisfatto il bisogno di pianificazione familiare (WHO/UNICEF, 2012, p. 19).

Problematiche di fondo

Molte delle problematiche di fondo che riguardano il miglioramento della salute materna sono esacerbate dalla mancanza di servizi per la pianificazione familiare e la presenza di problemi ostetrici, prenatali e post natali per i quali gli infermieri sarebbero le figure più adatte per risolverli.

Gravidanze molto precoci

Le gravidanze molto precoci si associano a un aumento del rischio per la salute di madri e bambini. In Paesi dove il matrimonio in giovane età è relativamente comune, lo sviluppo e l’attuazione di programmi culturalmente sensibili, mirati a ritardare l’età del matrimonio, e l’emanazione di leggi che prevedano un’età minima per contrarlo, potrebbero servire a ridurre ulteriormente le gravidanze nelle adolescenti (UN, 2012a, p. 34).

Tra il 1990 e il 2000 nel mondo in via di sviluppo nel suo insieme, il numero di nascite per ogni 1.000 donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni è calato. Dal 2000 in poi, il tasso di decremento è diminuito o si è addirittura invertito in molte regioni. Comunque, l’Africa Sub-sahariana continua a registrare la

percentuale più alta di parti tra le adolescenti (120 nascite per ogni 1.000 donne adolescenti), con pochi progressi rispetto al 1990. Il tasso di natalità nelle adolescenti rimane alto anche in America Latina e nei Caraibi.

Assistenza prenatale

Dove il matrimonio in giovane età è relativamente comune, lo sviluppo e l'attuazione di programmi culturalmente sensibili, mirati a ritardare l'età del matrimonio, e l'emanazione di leggi che prevedano un'età minima per contrarlo potrebbero servire a ridurre ulteriormente le gravidanze nelle adolescenti.

Nella maggior parte delle regioni si sono fatti progressi nel seguire la raccomandazione OMS di almeno quattro visite prenatali (compresi, come minimo, lo screening e il trattamento delle infezioni e l'identificazione di segnali d'allarme durante la gravidanza). Tuttavia, circa la metà delle donne gravide delle regioni in via di sviluppo non si sottopone ancora al numero di visite consigliato e la qualità dell'assistenza erogata durante tali visite merita attenzione (UN, 2012a, p. 33). Inoltre, ci sono differenze significative nella copertura tra le regioni: nel 2010 l'Africa del Sud riportava una copertura quasi universale mentre circa un terzo delle donne dell'Africa occidentale non riceveva alcuna assistenza prenatale.

Condizioni specifiche

Le emorragie e l'ipertensione contano insieme per più della metà dei decessi materni, le sepsi sommate agli aborti non sicuri contano per il 17%. La sproporzione feto-pelvica e l'anemia sono classificati dall'OMS come fattori contribuenti piuttosto che come cause dirette di morte. Le cause indirette, tra cui i decessi dovuti a patologie quali la malaria, l'HIV/AIDS e le cardiopatie, contano per circa il 20%, dato che rafforza il bisogno di adottare un approccio globale e non verticale nell'affrontare i MDG collegati alla salute (WHO/UNICEF, 2012, p. 16).

Aborti non sicuri

Gli aborti non sicuri (ossia procurati da qualcuno che non possiede le competenze necessarie o eseguiti in ambienti che non soddisfano gli standard minimi) causano infezioni gravi, sanguinamenti e danni organici. Ogni anno gli aborti non sicuri causano 47.000 morti e disabilità temporanee o permanenti per altri cinque milioni di donne, quasi tutte nei Paesi in via di sviluppo. Secondo il Gruppo inter-agenzia per la maternità sicura (*Inter-Agency Group for Safe Motherhood*), "L'aborto non sicuro è la causa più trascurata – e più prevenibile – di morte materna" (WHO/UNICEF, 2012, p. 20).

MDG 6: Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie

Target: Fermare e cominciare a invertire la diffusione dell'HIV/AIDS entro il 2015.

Indicatori:

- Prevalenza dell'HIV fra le donne gravide di età compresa tra i 15 e i 24 anni.
- Tasso di utilizzo del preservativo rispetto al tasso di prevalenza della contraccezione.
- Utilizzo del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale a rischio.
- Percentuale della popolazione di età compresa tra i 15 e i 24 anni con una conoscenza corretta ed esaustiva dell'HIV e dell'AIDS.
- Tasso di prevalenza della contraccezione.
- Rapporto fra alunni orfani e non orfani di età compresa tra i 10 e i 14 anni.

Target: Garantire entro il 2010 l'accesso universale alle cure per l'HIV/AIDS a tutti coloro che ne abbiano bisogno.

Target: Fermare e iniziare a invertire l'incidenza della malaria e delle altre principali malattie entro il 2015.

Indicatori:

- Tassi di prevalenza e mortalità associati alla malaria.
- Percentuale di popolazione in aree a rischio per la malaria che fanno ricorso a misure preventive e curative efficaci.
- Tassi di prevalenza e mortalità associati alla tubercolosi.
- Percentuale di casi di tubercolosi rilevati e curati secondo DOTS (strategia di controllo della TBC raccomandata a livello internazionale⁷).

Quali progressi sono stati fatti?

Benché permangano significative variazioni regionali, nella battaglia contro le malattie indicate nel MDG 6 si sono ottenuti alcuni successi.

HIV/AIDS

- Meno persone si infettano con l'HIV, con un tasso di declino che appare più rapido in alcuni Paesi rispetto ad altri. Le nuove infezioni annuali nel 2010 (2,7 milioni di persone, 390.000 delle quali bambini) sono state più basse del 21% rispetto al picco del 1997 e del 15% più basse rispetto al 2001.
- Alla fine del 2010 è stato stimato che 34 milioni di persone vivessero con l'HIV, il 17% in più rispetto al 2001 (UN, 2012a, p. 39). L'aumento costante rispecchia il numero persistentemente elevato di nuove infezioni assieme a un significativo allargamento dell'accesso alle terapie antiretrovirali (ARV) salvavita, che hanno trasformato l'HIV da una sentenza di morte a una malattia cronica gestibile, consentendo alle persone di condurre una vita piena e attiva.

⁷ DOTS sta per *directly observed treatment, short-course*. Per approfondimenti si veda: <http://www.who.int/tb/dots/en/> (NdC).

- Il numero di persone morte per cause AIDS-correlate è sceso a 1,8 milioni nel 2010, dopo il picco di 2,2 milioni a metà degli anni 2000. A partire dal 1995, grazie all'introduzione degli ARV, nei Paesi a basso e medio reddito si sono evitati in totale 2,5 milioni di morti (UN, 2012a, p. 39). Nel 2010, 6,5 milioni di persone stavano assumendo ARV, numero cresciuto di quasi il 20% nel 2011, arrivando a 8 milioni (UNAIDS, 2012, p. 9) ma, come si vedrà in seguito, c'è ancora molta strada da fare.

Malaria

C'è stata una riduzione significativa del numero di casi di malaria segnalati, con molti Paesi che hanno raggiunto un calo superiore al 50% tra il 2000 e il 2010 (UN, 2012a, p. 42).

Tubercolosi

A livello globale, i tassi di incidenza della tubercolosi hanno avuto un picco nel 2002 e a partire da allora sono in calo. Anche il numero assoluto di nuovi casi ha cominciato a scendere, benché molto lentamente. Se l'attuale tendenza continua, il mondo raggiungerà il target di fermare la diffusione e incominciare a invertire l'incidenza della malattia (UN, 2012a, p. 44).

La tabella che segue illustra una valutazione regionale di due aspetti del raggiungimento dell'obiettivo: fermare e invertire la tendenza dell'HIV/AIDS e della tubercolosi (UN, 2012c). Si legge su due livelli:

- La colorazione delle caselle indica se il target sarà raggiunto o superato entro il 2015 se il trend continua (grigio), se i progressi sono insufficienti per raggiungere il target (bianco) o se non c'è stato alcun progresso o peggioramento (nero).
- Le scritte all'interno delle caselle indicano l'incidenza dell'HIV* e la mortalità per TBC**.

	Africa		Asia				Oceania	America latina e Caraibi	Caucaso & Asia Centrale
	Nord	Sub-Sahariana	Est	Sud- Est	Sud	Ovest			
Fermare e cominciare a invertire il trend della diffusione di HIV/AIDS	Incidenza Bassa	Incidenza Elevata	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa	Incidenza Bassa
Fermare e invertire il trend della diffusione di TBC	Mortalità Bassa	Mortalità Elevata	Mortalità Bassa	Mortalità Moderata	Mortalità Moderata	Mortalità Moderata	Mortalità Elevata	Mortalità Bassa	Mortalità Moderata

* Bassa incidenza HIV indica <0,05 nuovi casi all'anno per 100 persone di età compresa tra 15-49 anni; incidenza media 0,05-0,25; elevata >0,25.

** Bassa mortalità per TBC indica <8 decessi all'anno per 100.000 abitanti; media 8-29; elevata >29.

HIV/AIDS

Di quali progressi c'è ancora bisogno?

Vi sono variabili regionali significative (UN, 2012a, p. 39).

- Nel 2010 l'Africa Sub-sahariana contava il 70% di nuove infezioni HIV, quando ospita soltanto il 12% delle popolazione mondiale. Tuttavia, i tassi sono ampiamente variabili poiché l'epidemia continua a essere particolarmente grave nell'Africa meridionale.

- I Caraibi sono al secondo posto come regione con la maggiore incidenza regionale di HIV, anche se la crescita dell'epidemia è notevolmente rallentata dalla metà degli anni 1990.
- L'incidenza e la prevalenza dell'HIV in Asia sono sostanzialmente più basse rispetto ad altre regioni. La dimensione assoluta della popolazione asiatica la colloca però al secondo posto per numero di persone che vivono con il virus HIV.
- In contrasto con quanto avviene in altre regioni, i nuovi casi di HIV continuano ad aumentare nel Caucaso e nell'Asia centrale.

A livello mondiale la percentuale femminile di individui colpiti dall'HIV rimane stabile al 50%, anche se le donne dell'Africa Sub-sahariana ne sono colpite in percentuale maggiore (59% di tutti gli individui HIV positivi), così come le caraibiche (53%) (UN, 2012a, p. 39).

Il target dell'accesso universale alle terapie antiretrovirali per il 2010 non è stato raggiunto. Nell'Africa Sub-sahariana, oltre il 50% delle persone che ne avrebbero bisogno non ricevono ancora le terapie (UN, 2012a, p. 42), anche se il Botswana, la Namibia e il Ruanda hanno già raggiunto l'accesso universale, con una copertura di almeno l'80% della popolazione coinvolta (UN, 2012a, p. 42).

Quali strategie sono state utilizzate?

Tra le principali strategie utilizzate per raggiungere gli obiettivi e i target rientrano l'educazione, l'aumento della consapevolezza, i cambiamenti comportamentali, il *counselling* e i test, il miglioramento dell'assistenza e l'incremento dell'accesso alle cure. Gli infermieri sono stati attivamente coinvolti nell'applicazione di queste strategie chiave, in collaborazione con una vasta gamma di partner nazionali e internazionali. In molti Paesi, la creazione di servizi per affrontare l'epidemia HIV/AIDS ha rivoluzionato l'accessibilità e le modalità di erogazione dei servizi sanitari, con un maggiore coinvolgimento delle comunità e uno spostamento trasversale dei compiti su tutto il personale sanitario.

Per le donne, i programmi per la salute materna rappresentano un importante punto di accesso ai test diagnostici e ai servizi per la prevenzione della trasmissione madre-figlio. Per gli uomini non esiste nulla di paragonabile. Senza trattamento, circa un terzo dei bambini nati da madre sieropositiva si infetta nel grembo materno, al momento della nascita o con l'allattamento, e questo rischio può essere fortemente ridotto trattando la madre incinta con terapie antiretrovirali.

Le campagne mediatiche e l'utilizzo di nuove tecnologie di comunicazione hanno avuto successo nell'aumentare la conoscenza e nel cambiare i comportamenti (anche tra gli adolescenti), soprattutto quando abbinate all'educazione sessuale e al ricorso a tecniche di comunicazione innovative come l'inserimento di messaggi nei programmi televisivi.

Problematiche di fondo

Accessibilità e sostenibilità. L'accessibilità e la sostenibilità di diagnosi e trattamenti permanenti restano una grande sfida in molti Paesi in via di sviluppo. Quante più persone fruiscono delle terapie antiretrovirali, tanto più aumenta la preoccupazione che si sviluppino ceppi di HIV farmaco-resistenti. L'HIV muta rapidamente e, dato che il trattamento è destinato ad essere permanente, si ritiene probabile la comparsa di altri ceppi farmaco-resistenti del virus.

Barriere ai cambiamenti comportamentali. A livello individuale la conoscenza e la comprensione sono elementi chiave per il cambiamento comportamentale e per la diffusione e l'utilizzo dei servizi, compresi quelli per i test HIV. Tuttavia, fattori culturali e religiosi possono incidere su quanto gli individui, i gruppi e le popolazioni sono pronte a seguire i consigli medici e a cambiare comportamento; per esempio, nell'uso del profilattico o nelle relazioni monogame. Ottenere l'impegno politico per affrontare l'epidemia in alcuni Paesi è stato più difficile che in altri. In più, dove le donne non possono avere il

controllo sulla propria salute (*not empowered*), combattere la diffusione dell'HIV/AIDS può risultare particolarmente difficile; per esempio, dove le donne non hanno accesso ai profilattici o non possono insistere sul loro utilizzo.

Discriminazione. lo stigma e la discriminazione restano ampiamente diffusi e possono manifestarsi con modalità diverse: commenti inappropriati, violazioni della privacy dei pazienti, ritardi o rifiuti di test e trattamenti, isolamento sociale. Questo può ridurre la diffusione di interventi quali il *counselling* e i test, anche tra le donne gravide, elemento che mette ulteriormente a rischio la salute dei loro bambini. Gli infermieri possono apportare un contributo significativo nel combattere lo stigma e la discriminazione, utilizzando gli strumenti e le tecniche descritti nel kit ICN per la Giornata Internazionale dell'Infermiere del 2003 sul tema *Infermieri: combattere lo stigma dell'AIDS, assistenza per tutti* (ICN, 2003).

Malaria

Di quali progressi c'è ancora bisogno?

Nonostante i casi di malaria siano diminuiti in molte regioni, quanto fatto è insufficiente per raggiungere l'obiettivo per il Millennio. L'Africa continua ad essere la più colpita, contando per l'81% dei casi e per il 91% dei decessi; di queste morti, l'86% riguarda bambini al di sotto dei cinque anni di età (UN, 2012a, p. 42).

Quali strategie sono state utilizzate?

Le principali strategie utilizzate per combattere la malaria comprendono l'uso di retine anti-zanzara trattate con insetticida (*insecticide-treated mosquitos net, ITN*), spray per uso domestico, diagnosi rapida e aumento dell'accesso ai trattamenti a base di artemisinina. Il successo dell'attuazione di queste strategie ha richiesto importanti interventi di educazione e cambiamenti comportamentali nelle famiglie e nel personale sanitario; per esempio, nella promozione dell'uso delle retine, soprattutto per i bambini e le donne gravide e nel cambiare i servizi per facilitare la diagnosi precoce e l'accesso a trattamenti adeguati.

Problematiche di fondo

Nonostante i progressi fatti e la possibilità di ottenere risultati migliori, la spesa per la malaria, a livello locale e internazionale, è insufficiente a garantirne la prevenzione e il controllo. Inoltre, cresce la preoccupazione riguardo la crescente resistenza all'artemisinina e agli insetticidi. In mancanza di adeguata attenzione e gestione, questa è una grave minaccia allo sviluppo futuro.

Altre malattie

Tubercolosi

Il MDG 6 dava l'opportunità di interessarsi ad altre malattie oltre l'HIV/AIDS e la malaria e, tra queste, la tubercolosi era oggetto di particolare attenzione, anche a causa della sua correlazione con l'HIV/AIDS.

Si stima che nel 2010 le persone colpite da tubercolosi fossero 12 milioni, 8,8 dei quali nuovi casi (compresi 1,1 milioni di casi tra i sieropositivi da HIV) e che ci siano stati 1,4 milioni di morti (comprese 350.000 persone sieropositive) (UN, 2012a, p. 44).

Nonostante, come fatto notare in precedenza, l'aumento dei tassi di incidenza stia rallentando, non è proprio il caso di compiacersene. Si stima che più di un terzo dei nuovi casi non siano ancora stati segnalati e che oltre l'84% dei 290.000 casi stimati nel 2010 di tubercolosi multi-farmaco-resistente non siano ancora stati diagnosticati e trattati secondo le linee guida internazionali. Inoltre, molti pazienti tubercolotici non conoscono la loro condizione rispetto all'HIV, ma potrebbero di fatto essere sieropositivi e non aver ancora avuto accesso alle terapie antiretrovirali del caso (UN, 2012a, p. 45).

Il fardello delle malattie accantonate

È stata espressa preoccupazione riguardo al fatto che il focus specifico del MDG 6 su HIV/AIDS, malaria e tubercolosi possa aver portato ad accantonare, in termini di interesse ed accesso alle risorse, altre malattie ugualmente incalzanti. È questo il caso delle malattie tropicali neglette, un gruppo di infezioni parassitarie e batteriche che colpisce oltre 1,4 miliardi di persone, per lo più povere, causando problemi fisici e invalidità e rendendo impossibile a molti uscire dal ciclo della povertà (*The Lancet*, 2010).

Un altro gruppo di patologie che non ha ricevuto l'attenzione e le risorse necessarie sono le malattie non trasmissibili (NCD o MNT), innanzitutto quelle cardiovascolari, le patologie polmonari croniche, il diabete di tipo 2 e i tumori. L'aumento di queste condizioni, molte delle quali prevenibili, richiede attenzione urgente poiché, questo doppio fardello delle malattie trasmissibili e non, riverserà sui sistemi sanitari un carico ingestibile e insostenibile sia nel mondo industrializzato che in quello in via di sviluppo. Riconoscendo tutto ciò, nel settembre 2011 si è tenuto a New York un Meeting ONU di alto livello sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (C3 Collaborating for Health, 2011). È stato soltanto il secondo incontro di questo livello che abbia avuto come oggetto la malattia (il primo si era tenuto nel 2001, sull'HIV/AIDS). Anche la salute mentale, che incide pesantemente sul fardello mondiale di malattia, riceve relativamente poca attenzione e scarsi finanziamenti, in proporzione all'impatto che in proiezione avrà sulle singole famiglie, sulle comunità e sull'economia (WEF/Harvard, 2011).

Sintesi

I MDG correlati alla salute sono serviti a focalizzare l'attenzione sui bisogni che i sistemi sanitari hanno di essere sorretti da: robusti meccanismi di finanziamento; una forza lavoro ben addestrata ed adeguatamente retribuita; informazioni affidabili sulle quali basare decisioni e scelte politiche; strutture ben mantenute; logistica che fornisca farmaci e tecnologie di qualità. Questi sono i prerequisiti se i Paesi vogliono rispondere ai bisogni delle popolazioni e fornire servizi adeguati dove e quando sono necessari. Le associazioni infermieristiche nazionali possono trovarsi in una posizione di favore per contribuire al progresso e monitorarlo all'interno dei propri sistemi sanitari, per sostenere e promuovere miglie e dove necessario, per far sì che i governi si assumano le loro responsabilità.

Cercando di affrontare obiettivi, target e indicatori, si è sottolineata l'importanza dell'integrazione dei servizi e di un approccio onnicomprensivo; per esempio, offrire ad una donna gravida HIV positiva servizi adeguati e di qualità, ha una ricaduta su tutti e tre i MDG correlati alla salute ed è anche associato a molti degli altri obiettivi. Allo stesso modo, è possibile accelerare la diminuzione della mortalità nei bambini al di sotto dei cinque anni ampliando gli interventi che hanno come obiettivo i fattori principali, così come il garantire educazione, l'empowerment alle donne, rimuovere le barriere economiche e sociali per l'accesso ai servizi di base e rendere i servizi fondamentali più disponibili ai poveri.

Lavorare insieme per raggiungere i MDG ha offerto alle persone di tutti i settori, compresi gli infermieri, opportunità di sviluppare conoscenze e capacità per impegnarsi in un lavoro multi-settoriale in multi-partnership.

Il contributo infermieristico

Nello scorso decennio si sono ottenuti notevoli successi nel miglioramento delle conoscenze e delle competenze degli infermieri, cosa che ha consentito loro di apportare un significativo contributo al raggiungimento dei MDG correlati alla salute. Spesso gli infermieri sono l'unica figura sanitaria accessibile per molte persone lungo tutto l'arco della vita e nella continuità assistenziale, godendo quindi di una posizione di favore ed essendo i più innovativi nel raggiungere le popolazioni meno servite e più svantaggiate. In questo capitolo si evidenzieranno alcuni contributi che gli infermieri hanno apportato a livello mondiale al raggiungimento dei MDG e si valuterà come essi potrebbero utilizzare il *Quadro di riferimento per l'accelerazione dei MDG* (UNPD, 2011) per focalizzare le attività, stimolare e guidare ulteriori sviluppi.

Il Consiglio internazionale degli infermieri

Il Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) ha apportato un contributo significativo al raggiungimento dei MDG e non soltanto per quelli relativi alla salute, questo a conferma dell'importanza di adottare un atteggiamento olistico e onnicomprensivo alla salute universale, al benessere e allo sviluppo. L'ICN si è impegnato attivamente nell'influenzare politiche e programmi mondiali ed ha partecipato a forum decisionali così come a eventi e incontri internazionali. L'ICN ha iniziato i seguenti programmi, tutti descritti nel proprio sito web (www.icn.ch).

In collaborazione con la *Fondazione internazionale Florence Nightingale*, l'ICN ha istituito nel 2005 il *Fondo per l'educazione delle bambine*, con lo scopo di garantire la scolarizzazione alle figlie orfane di infermiere dell'Africa sub-sahariana. Ad oggi, 316 bambine in Kenia, Swaziland, Uganda e Zambia hanno beneficiato dell'iniziativa che, oltre a garantire benefici di salute a loro e alle famiglie, ha anche risposto al MDG 2 (educazione elementare universale) e al MDG 3 (promuovere l'equità di genere e l'*empowerment* delle donne). Tra gli aspetti positivi dell'educazione alle bambine troviamo:

- maggior partecipazione come forza lavoro e incremento del reddito familiare: ogni anno scolastico in più per una bambina significa in età adulta un salario più alto di circa il 15%;
- maggiori possibilità che il proprio figlio sia ben istruito: i figli delle madri che non hanno ricevuto alcuna educazione hanno il doppio delle possibilità di restare esclusi dalla scuola rispetto a quelli di madri che hanno frequentato la scuola;
- migliore pianificazione familiare;
- mortalità infantile più bassa: ogni giorno muoiono inutilmente oltre 2.700 bambini di età inferiore ai cinque anni perché alle loro madri è stata negata l'educazione in tenera età;
- meno decessi materni legati al parto;
- tassi di infezione HIV/AIDS più bassi: le percentuali raddoppiano tra le giovani che non hanno terminato la scuola primaria.

Lavorando con governi, partner pubblici e privati e con le Associazioni infermieristiche nazionali dei Paesi ospitanti così come con le Associazioni di Svezia, Norvegia e Irlanda, l'ICN ha istituito sei *Centri di*

benessere per operatori sanitari, che offrono servizi di prevenzione per HIV e TBC, trattamento e cura in un ambiente discreto, counselling psicologico e gestione dello stress, prevenzione e gestione della malattie non trasmissibili, sicurezza occupazionale e sviluppo professionale continuo.

Oltre a contribuire al raggiungimento del MDG 6, questa iniziativa è anche servita a trattenere in servizio e sostenere la forza lavoro infermieristica in Lesotho, Swaziland, Zambia, Uganda, Malawi e Etiopia. Il Progetto ICN TB/MDR TB ha dato un contributo vitale al MDG 6 preparando oltre 1.000 infermieri educatori in 13 Paesi, i quali a loro volta hanno addestrato 30.000 altri infermieri e operatori sanitari della regione, influenzando sulla prevenzione, sull'assistenza e il management a livello complessivo. Come integrazione di questo addestramento, l'ICN offre il programma online *Cura, prevenzione e gestione della tubercolosi* che fornisce strumenti pratici agli infermieri e a chi è coinvolto nell'assistenza al paziente, alle famiglie ed alle comunità colpite da TBC, compresa quella farmaco-resistente. Il corso è utilizzabile in tutti i settori che affrontano la sfida di fornire assistenza con scarse risorse ed elevati carichi di lavoro. Pone in particolare l'accento su una buona assistenza centrata sul paziente ed è utile sia a coloro che desiderano aggiornare le proprie conoscenze che agli infermieri esperti che lavorano di routine con pazienti affetti da TBC.

Fornendo informazioni infermieristiche e sanitarie aggiornate agli infermieri delle aree remote e rurali, anche a coloro che lavorano nelle situazioni più povere e vulnerabili dei campi profughi e delle aree disastrose, le Biblioteche mobili ICN/MSD⁸ hanno consentito a migliaia di infermieri ed altri operatori sanitari dell'Africa Sub-sahariana e di altri Paesi come Haiti e Timor Est di erogare assistenza adeguata a bambini, madri, famiglie e comunità, contribuendo quindi al raggiungimento dei MDG 4, 5 e 6. Per allargare l'accesso alle biblioteche, parte del materiale è stato prodotto in inglese, portoghese e francese.

L'ICN ha anche prodotto e divulgato schede tecniche, prese di posizione e altre pubblicazioni per informare e guidare gli infermieri su tematiche correlate. I documenti sono accessibili dal sito ICN: www.icn.ch.

Per contribuire ai MDG non specificatamente legati alla salute, l'ICN ha collaborato con il settore privato e le Associazioni infermieristiche nazionali in Kenia, Malawi e Uganda per promuovere l'accesso all'acqua potabile, un punto chiave per migliorare la salute dei bambini e raggiungere il MDG 4.

A sostegno del MDG 3 (promuovere l'equità di genere e l'*empowerment* delle donne), l'ICN ha svolto attività di lobbying in una campagna più ampia per la creazione di un'agenzia ONU dedicata e finanziata per la promozione dei diritti umani delle donne e progredire nella battaglia mondiale a favore dell'equità di genere. Questa campagna che ha portato nel 2010 alla creazione di ONU Donne.

Oltre a lavorare insieme a livello internazionale, infermieri ed ostetriche hanno anche creato gruppi regionali per massimizzare le risorse e i contributi, come i 15 Paesi che hanno dato vita al SANNAM (*Southern African Network of Nurses and Midwives*, Network sudafricano degli infermieri e delle ostetriche) e che hanno contribuito a dare forma, ispirare e sostenere il ruolo degli infermieri nella prevenzione, nella cura e nella gestione dell'HIV/AIDS nella regione (si veda: www.sannam.org.za).

⁸ Il riferimento è alla pagina: <http://www.icn.ch/projects/mobile-library/>; per MSD si veda: <http://www.msd-italia.it/chiamo/chiamo.asp>.

Nel Nord del Ghana, gli infermieri sono stati inviati in strutture sul territorio e in tre anni sono riusciti a ridurre di oltre la metà la mortalità infantile. Gli infermieri hanno lavorato con i capi e gli anziani dei villaggi per mantenere le usanze dei guaritori tradizionali e aumentare l'accettazione di tecnologie sanitarie più moderne. Questo ha ridotto i ritardi nelle richieste di aiuto sanitario da parte dei genitori ed ha aumentato la sopravvivenza dei bambini (Binka et al., 2007).

A Malindi, Kenia, gli infermieri e altri operatori sanitari di comunità hanno riformato i servizi ambulatoriali per rispondere meglio ai bisogni di pazienti HIV positivi ai quali era stata anche diagnosticata la TBC e un'infermiera libera professionista ha aperto un ambulatorio nello slum di Kibera, Nairobi, dove offriva un ambiente sicuro e pulito per il parto oltre a un'assistenza pre, post-natale e continua alle madri e ai bambini del posto (ICN, 2010).

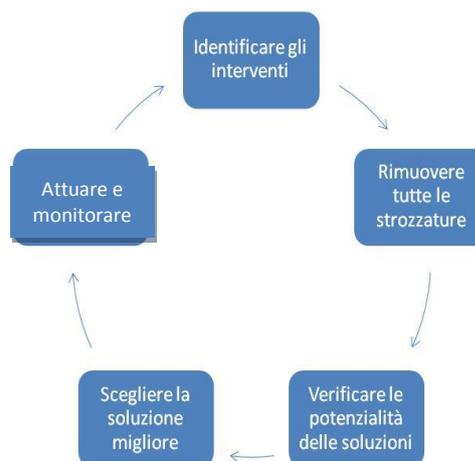
In Papua Nuova Guinea, un centro di assistenza sanitaria di base gestita da infermieri (*nurse-led primary-health centre*) eroga servizi in un'area remota dove si riscontrano elevati tassi di HIV/AIDS. Gli infermieri hanno individuato gli stakeholder locali (gruppi di giovani e di donne e leader di comunità) di 14 villaggi per aumentare la consapevolezza sulla malattia. Utilizzano servizi radio a onde corte, sistemi di radiodiffusione remoti basati sulla comunità e giornali locali per diffondere informazioni e dare rilevanza ai servizi disponibili. Conducono anche workshop sull'HIV/AIDS e lavorano con i cittadini sulla prevenzione e su altri temi quali il diabete, l'ipertensione, l'assistenza prenatale e le vaccinazioni (ICN, 2008a).

Nonostante l'ampia gamma di contributi infermieristici in molti Paesi di cui si è detto sopra e le numerose descrizioni aneddotiche di attività, servizi e innovazioni mirate a raggiungere i MDG, i risultati delle ricerche in letteratura riguardanti il contributo infermieristico al raggiungimento dei MDG sono deludenti e riaffermano l'importanza che gli infermieri promuovano e pubblicino il loro lavoro. Ciò non vale solo per quanto riguarda i MDG o gli infermieri che lavorano nei Paesi a basso reddito. Una recente Commissione canadese ha rilevato che il valore della professione e delle scienze infermieristiche è difficilmente quantificabile e ha fatto notare che, anche nelle revisioni sistematiche e nelle analisi più rigorose, tende a esserci un focus troppo limitato alla domanda "funziona?" piuttosto che sul "chi, con quali caratteristiche, in quali situazioni, trae maggior beneficio dall'intervento infermieristico... in che modo ne traggono beneficio e a che costi?". Questo approccio limitato del "funziona?" deve essere allargato per consentire valutazioni infermieristiche che tengano conto di tutti i fattori che possono perpetuare i problemi o determinare la salute (National Expert Commission, 2012, p. 31).

Massimizzare l'impatto futuro

Il MAF (Quadro di riferimento per accelerare i MDG, *MDG Acceleration Framework*) è stato sviluppato nel 2010 per offrire una cornice sistematica da utilizzarsi in collaborazione da parte di una serie di stakeholder per aiutare a galvanizzare i progressi a livello nazionale per i MDG che non si reputavano raggiungibili entro il 2015 o per i quali i progressi erano lenti o irregolari (UNDP, 2011, p. 5). Il MAF si basa sulla premessa che con l'impegno, la concentrazione sugli interventi giusti e il giusto tipo e livello di sostegno, i MDG sono raggiungibili. Esso prevede quattro tappe sistematiche:

- 1) identificare gli interventi;
- 2) focalizzare l'attenzione sulle strozzature che impediscono l'attuazione degli interventi;
- 3) decidere sulle soluzioni;
- 4) attuare e monitorare.



Il Quadro include un elenco completo degli interventi e delle soluzioni testate che i Paesi possono adattare e utilizzare mentre si fanno strada lungo il processo a quattro tappe. Anche se il MAF è stato progettato per complementare e ispirare i piani nazionali, può anche essere utilizzato dagli infermieri per assegnare priorità, focalizzare, monitorare e valutare le proprie attività e contributi al raggiungimento dei MDG correlati alla salute.

La tabella che segue comprende alcune delle soluzioni e degli interventi raccomandati che sono particolarmente riconducibili all'agire infermieristico e che sono qui categorizzati in termini di potenziamento dei sistemi sanitari, pratica infermieristica, promozione della salute e prevenzione della malattia, condivisione delle informazioni. Lo schema può essere utilizzato dalle Associazioni infermieristiche, dai formatori, dai manager dei servizi e da altri per focalizzare l'attenzione e le energie e collegare tra loro le iniziative e le risorse esistenti. Utilizzare un quadro di riferimento riconosciuto a livello internazionale può aiutare gli infermieri ad articolare e descrivere il proprio contributo alla salute nazionale e mondiale e alle priorità di sviluppo.

	MDG	Interventi suggeriti
Potenziamento dei sistemi sanitari	4,5,6	Reclutamento, ricompensa, mantenimento in servizio del personale sanitario e protezione della sua salute.
	4,5,6	Formazione, addestramento e costruzione di capacità per la pratica, la gestione, la ricerca e lo sviluppo.
	4,5,6	Monitoraggio e valutazione.
Pratica infermieristica	4	Gestione integrata delle malattie pediatriche.
	4	Gestione della malnutrizione e della malnutrizione acuta grave.
	4,6	Prevenzione, cura e gestione di malattie e patologie comprese la diarrea, la polmonite, la tubercolosi, la malaria.
	4,5	Assistenza prenatale, assistenza al parto, post-parto e neonatale.
	4	Promozione dell'allattamento al seno, sostegno e educazione, sostegno per un'alimentazione più sicura per i neonati di madri HIV positive.
	4,5	Sostegno nutrizionale e consigli per gli infanti, gli adolescenti, le donne incinte e che allattano, particolarmente incentrato sui prodotti locali.
	4,5,6	Servizi per la salute sessuale e riproduttiva per uomini e donne, compresa la pianificazione familiare.
	4,6	Controlli sui neonati e programmi di immunizzazione che comprendano il morbillo.
	5	Cure ostetriche di emergenza e adeguate richieste di consulenza.
	5	<i>Counselling</i> sull'aborto nei limiti consentiti dalla legge.
	5	Assistenza qualificata, parto pulito, assistenza post-parto.
	5,6	<i>Counselling</i> – pianificazione familiare, contraccezione, post-aborto, HIV.
	5	Screening e trattamento delle infezioni sessualmente trasmesse.
	4,5,6	Prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio (PMTCT, <i>Prevention of Mother-to-child transmission</i>).
	4,5,6	Sangue sicuro, iniezioni sicure, controllo delle infezioni e precauzioni universali.
	6	Assistenza e cura dell'HIV/AIDS, comprese le cure palliative.
6	Prevenzione, trattamento, assistenza e controllo della TBC.	
6	Servizi integrati per HIV/TBC.	
Promozione della salute e prevenzione della malattia	4,5,6	Cambiamenti comportamentali.
	4,5,6	<i>Counselling</i> e test HIV.
	4,5,6	Programmi esterni di promozione e informazione per le popolazioni svantaggiate (in termini di reddito, dislocazione, genere, età, ecc.).
	6	Formazione e informazione per eliminare la stigmatizzazione e la discriminazione.
	4,5,6	Educazione sessuale e riproduttiva e servizi adeguati per età e cultura.
	6	Prevenzione e gestione della stigmatizzazione e della discriminazione.
	6	Promozione dell'utilizzo di retine da letto anti-zanzara.
Condivisione delle informazioni	4,5,6	Monitoraggio delle politiche e delle procedure.
	4,5,6	Fare rete all'interno e oltre il settore sanitario.
	4,5,6	Scambio di conoscenze.
	4,5,6	Rendere i contenuti adeguati alla situazione e accessibili.
	4,5,6	Utilizzo adeguato delle nuove tecnologie.

Il problema

Con due anni davanti prima della scadenza dei MDG, le discussioni riguardanti la loro sostituzione sono ben avviate, sia per una eventuale proroga della scadenza, sia per la definizione di una serie di nuovi obiettivi sullo stile dei MDG, sia per un sistema completamente nuovo. I negoziati minacciano di essere assai complessi e i risultati sono tutt'altro che chiaramente definiti. Esistono dei potenziali pericoli: che i nuovi obiettivi siano sovraccaricati (i nuovi obiettivi non possono essere tutto per tutti); che siano troppo donatori-centrici (dominati dalle priorità di attori dei Paesi industrializzati invece che da quelle dei Paesi interessati dai problemi); che siano troppo prescrittivi (UN System Task Team, 2012, p. 33). Si tratta tuttavia di un'occasione cruciale per correggere i limiti degli attuali MDG e rimarcare le priorità del mondo per il XXI secolo. Se si vuole trovare una soluzione accettabile e onnicomprensiva sarà indispensabile prendersi il tempo necessario invece che affrettare il processo.

Il “come?”: il processo che definirà i futuri obiettivi

Le Nazioni unite sono l'organismo che con “imparzialità, neutralità e legittimazione mondiale” è deputato ad agire come promotore e coordinatore dei successori dei MDG (Vandemoortele, 2012, p. 14), per cui nel 2011 il Segretario generale dell'ONU ha iniziato il compito di valutare la cornice dei MDG e studiare cosa potrebbe venire dopo.

E' stato istituito un *System Task Team* dell'ONU per lo sviluppo dell'agenda post-2015, radunando esperti di oltre 50 organizzazioni ONU e di altri organismi internazionali (si veda l'Allegato 3). Il ruolo di questo *Task Team* comprende la definizione di un “piano d'azione” per stabilire l'agenda di sviluppo post-2015 e, in particolare, garantire la piena partecipazione degli stakeholder, compresi quelli dei Paesi in via di sviluppo, che sono i più interessati dalla povertà e da molte delle questioni di salute rientranti nei MDG. Questo è fondamentale per la legittimazione poiché gli Obiettivi originali sono stati tacciati di essere stati disegnati a porte chiuse, da esperti. Si dà spesso il caso che ricercatori ed esperti possano “perdere di vista cosa importa alla povera gente” (Sumner, 2009) se non ne sollecitano l'opinione. Le consultazioni internazionali sono già cominciate e si sono definite consultazioni tematiche (comprese le disuguaglianze e la salute) che saranno la chiave per lo sviluppo del nuovo quadro di riferimento.

Inoltre, è stato nominato un *Tavolo di alto livello (High-level Panel)* con 26 “persone eminenti” – alla cui presidenza congiunta vi sono il Primo Ministro britannico e i Presidenti di Indonesia e Liberia – che comprende rappresentanti dei governi dei Paesi industrializzati, di quelli in via di sviluppo e della società civile (UN, 2012b). Questo *Tavolo* consiglierà il Segretario generale, in particolare riguardo il processo di sviluppo di Obiettivi di sviluppo sostenibili (vedi sotto; per l'elenco dei membri, si veda l'Allegato 3).

Un'ulteriore complicazione è data dal fatto che le discussioni avvengono in un contesto mondiale molto cambiato: i Paesi industrializzati sono colpiti dalla crisi economica e vi sono minacce globali per i cambiamenti climatici e la sicurezza umana – con il pericolo che il nuovo quadro sia “guidato dallo shock” (Green, 2012). Un suggerimento è prevedere un “meccanismo per la revisione e l'aggiustamento di obiettivi e target a metà percorso per tener conto di circostanze imprevedibili e garantire che gli obiettivi mantengano rilevanza e appropriatezza” (Overseas Development Institute, 2012, p. 9). Jan Vandemoortele, uno degli architetti dei MDG originali del 2001, ha esortato a combinare l'urgenza dei temi con la cautela nello sviluppo dei successori dei MDG – processo che ha definito “lenta accelerazione” (Vandemoortele, 2009). In mancanza del giusto processo, i contenuti non hanno

importanza perché gli Obiettivi non avranno la legittimazione necessaria per guidare lo sviluppo di metà del secolo.

Il “cosa?”: costruire sulle lezioni apprese dai MDG

Fin dai primi giorni dalla definizione dei MDG ci sono state discussioni in merito alle questioni che dovevano o potevano essere aggiunte al quadro generale per lo sviluppo e, nonostante le criticità dei MDG, costruire a partire da essi è considerato fondamentale per definire i target del post-2015. Secondo una recente indagine della Commissione Europea ONU per l’Africa condotta in 32 Paesi Africani, la stragrande maggioranza degli stakeholder sono d’accordo nell’affermare che i MDG “sono stati importanti priorità di sviluppo” per i loro Paesi e “dovrebbero figurare nell’agenda post-2015” (Vandemoortele, 2012, p. 7). I punti di forza dei MDG - la chiarezza, la concisione e la misurabilità - vanno mantenuti per garantire continuità, ma vi sono anche inviti pressanti a integrare questioni fondamentali che erano state omesse.

Misurare i progressi

Qualsiasi forma prendano i successori dei MDG, il progresso deve essere misurabile. “(...) finché le disparità nel benessere umano non saranno adeguatamente monitorate e segnalate, è improbabile che le società riescano a risolverle” (Vandemoortele, 2012, p.35) e i governi dovranno rispondere dei mancati progressi. La linea temporale – probabilmente con una base di dati di partenza al 2010 – deve essere sufficientemente lunga da garantire di raggiungere cambiamenti reali e trasformativi, possibilmente entro il 2030, forse persino nel 2050. Quanto più lungo l’arco temporale, tanto più raggiungibili gli obiettivi anche se ciò porta a indebolire la volontà politica nel breve e nel medio termine, in quanto le scadenze sono così oltre l’orizzonte dello sguardo degli attuali leader politici (UN System Task Team, 2012, p. 37). La definizione di target intermedi potrebbe ovviare a questo “deficit di responsabilità”, magari agendo come “paletti quantitativi” in merito ai quali i leader mondiali dovrebbero riunirsi a discutere ogni cinque anni (Vandemoortele, 2012, p.28). I target intermedi consentirebbero anche aggiustamenti o affinamenti degli obiettivi a lungo termine, in funzione delle mutate condizioni mondiali (quali le variazioni climatiche o nuove tecnologie).

Una delle criticità dei MDG è di aver imposto un pesante fardello di obiettivi da raggiungere a Paesi con basso livello di sviluppo; per esempio, ridurre di due terzi la mortalità infantile ha richiesto ai Paesi meno sviluppati di compiere un progresso assoluto assai maggiore, dati i valori di partenza così elevati. Il recente rapporto del *System Task Team* dell’ONU afferma che per superare questa discriminazione è necessario definire una combinazione di parametri relativi e assoluti, che consentano ai Paesi di dimostrare i progressi ottenuti, anche se non hanno ancora raggiunto l’obiettivo in sé (UN System Task Team, 2012, p. 37). Questo richiederà una metodologia che consenta di misurare il passo del progresso invece che il solo livello di raggiungimento relativo al target (Fukuda-Parr, 2012, p. 13).

Saranno richieste relazioni regolari e accuratezza dei dati; la capacità di raccogliere i dati deve essere potenziata in molte parti del mondo. Anche le informazioni dovranno essere meglio collegate, per esempio, “le scelte di sviluppo vengono spesso effettuate senza tener conto degli effetti sulla salute” (Haines, 2012, p. 2193). Una più accurata raccolta e verifica dei dati consentirà di migliorare la misurazione della salute, della sostenibilità e di altri obiettivi, e sosterrà allocazioni più efficaci. Anche se la disponibilità di dati è migliorata, resta inadeguata in molti Paesi poveri e costruire capacità in questi luoghi richiederà un supporto ben coordinato da parte dei partner sviluppati e l’impegno dei governi nazionali (UN, 2012a, p.66).

Equità

Tra le criticità più incisive dei MDG c'è il fallimento degli obiettivi - a macro (nazionale o di comunità) o micro (famiglia) livello - nel tener conto delle disuguaglianze. Le disuguaglianze e i "determinanti sociali della salute" sono stati sempre più evidenziati negli ultimi anni, per esempio dalla Commissione OMS sui Determinanti Sociali della Salute, il cui rapporto finale, *Colmare il divario in una generazione: equità in salute attraverso l'azione sui determinanti sociali della salute*, richiama a un'azione forte sulle disuguaglianze: "Raggiungere l'equità in salute entro una generazione è possibile, è la cosa giusta da fare, ed ora è il momento giusto per farla" (WHO 2008, p.iii).

Le disuguaglianze possono assumere forme diverse.

- A livello nazionale, Paesi diversi hanno punti di partenza diversi, ma i MDG sono mondiali, non locali per cui, anche dove un Paese ha compiuto progressi significativi, il mancato raggiungimento di un obiettivo può essere evidenziato più dei progressi relativi (ma significativi) che si sono ottenuti.
- A livello di comunità non è incentivante dare la priorità ai meno privilegiati e tra loro i più poveri, gli abitanti delle baraccopoli, i disoccupati, le popolazioni indigene e altre minoranze etniche, le donne analfabete (Vandemoortele, 2012, p. 11). I rapporti dei Paesi sui progressi verso i MDG spesso non menzionano le minoranze etniche: nel 2007 "nessun rapporto nazionale sui MDG prende in considerazione le minoranze in alcuno degli otto Obiettivi" (Human Rights Council, 2007, p. 2). Di fatto si è sostenuto che i MDG possono essere serviti come scusa per giustificare violazioni dei diritti umani, come gli sgomberi forzati per il risanamento delle baraccopoli in Sudafrica. (La legge provinciale che ha portato a questo è stata poi abolita dalla Corte Costituzionale del Sudafrica) (OHCHR, 2010, p. 9).
- Le disuguaglianze possono anche essere diffuse all'interno delle famiglie; per esempio, i ragazzi e gli uomini possono avere la priorità sulle ragazze e sulle donne nella distribuzione del cibo e il modo in cui il reddito familiare viene speso può mascherare gravi difficoltà per alcuni membri della famiglia. Nelle Filippine, per esempio, nel 2003 le famiglie più povere spendevano più per il tabacco che per la salute, l'educazione e l'abbigliamento nel loro insieme (WHO, 2009, p. 6).

Esistono una serie di proposte di soluzione alla mancata priorità all'equità. Una maggiore partecipazione dei gruppi svantaggiati alle negoziazioni sulle priorità del mondo futuro non avrebbe prezzo. Un esempio è lo studio del 1999 *Voci dei poveri* (Banca mondiale, 1999) che ha raccolto i feedback di oltre 60.000 persone povere in 60 Paesi e ha cambiato il nostro concetto di povertà e del suo impatto sulla vita delle persone. Questo tipo di partecipazione può anche servire ad adattare gli obiettivi di sviluppo alle situazioni nazionali e locali. Esistono numerosi precedenti di adattamento dei MDG (globali) alle realtà nazionali. La Thailandia, per esempio, ha ampliato significativamente i MDG ("MDG- Plus") per inserirvi nuovi target e indicatori (per esempio sulle patologie cardiache) oltre a un focus esplicito sulle disuguaglianze, che serve ora da quadro di riferimento per un lavoro di sviluppo dell'ONU nel Paese (UNDP, 2005). Ed esistono altri esempi: lo Sri Lanka ha definito un obiettivo per l'accesso universale all'acqua potabile entro il 2025, il Kenia e il Malawi stanno introducendo l'educazione primaria gratuita come strategia (OHCHR, 2010, p. 11).

Le disparità all'interno dei Paesi rappresentano una crescente preoccupazione mondiale: il Forum mondiale per l'economia ora pone le "gravi disparità di reddito" in cima alla sua lista di fattori di rischio globali (come rischio elevato per l'economia sia in termini di probabilità che di gravità) (WEF, 2012). I dati disaggregati del monitoraggio possono anche evidenziare disparità di sviluppo all'interno dei Paesi, anche se le tecniche di raccolta dati stanno migliorando e potrebbero consentire questa forma di monitoraggio.

Esiste anche l'opzione per un target a sé stante che riguardi le disuguaglianze - anche se non esiste alcuna singola politica che possa ridurle e quindi il pensiero prevalente va verso la convinzione che un quadro di riferimento sullo sviluppo possa avere maggiori possibilità di successo (Vandemoortele, 2012, p. 31) -, oppure che i target globali possano focalizzarsi specificamente sui più emarginati della società, per esempio, target sulla riduzione della mortalità materna nel quintile meno abbiente.

Che cosa manca e ha importanza?

Un suggerimento per inserire il tema dell'equità negli Obiettivi è di incorporare i diritti umani nel quadro di riferimento. Assumere un "approccio secondo i diritti umani" allo sviluppo (si veda, per esempio, Hamm, 2001) richiederà ai governi e ai donatori di tener conto di tutti, soprattutto di coloro ad elevato rischio di vedere abusati i propri diritti umani. Ci sono alcuni diritti che devono riguardare tutti (per esempio il diritto alla vita), mentre altri possono essere "realizzati progressivamente", a seconda delle capacità del governo; in altre parole, una volta raggiunti da quel momento non devono più lasciati retrocedere. La preoccupazione è che al momento "se le violazioni dei diritti umani sono la norma, nessuno è il più saggio: i numeri dimostrano 'progresso'" (Langford, 2010, p. 88).

I diritti umani sono oggetto di trattati internazionali a sé stanti, che mettono la non discriminazione al centro e coprono diritti "civili e politici" (come il diritto alla vita e il diritto a un giusto processo), diritti "economici, sociali e culturali" (compreso il diritto a "godere del più elevato standard ottenibile di salute fisica e mentale"), con trattati aggiuntivi per le minoranze e per le popolazioni particolarmente a rischio, come i bambini e le donne. Il dibattito è vivace su quale – se qualche – diritto umano debba essere esplicitamente inserito nel nuovo quadro di riferimento per lo sviluppo globale. La Dichiarazione del Millennio comprende temi riguardanti i diritti civili e politici, per esempio "promuovere la democrazia e potenziare il ruolo della legge" (UN, 2000, para 24), ma questi sono stati omessi nei MDG. Di fatto, alcuni diritti umani sembrano andare oltre i MDG – come il diritto all'educazione primaria gratuita (OHCHR, 2010, p. 3). Molti diritti umani sono legati, direttamente e indirettamente, alla salute.

Tuttavia, se tutti i diritti umani venissero esplicitamente inclusi, c'è il pericolo che la nuova serie di target sfugga dal controllo, diventando completamente ingestibile nel suo sforzo di tener conto di tutti i problemi. I diritti umani sono già oggetto di trattati a sé stanti, quindi è forse meglio vedere gli obiettivi e i diritti umani come "complementari, non reciprocamente sostitutivi": "Gli obiettivi generali dell'agenda post-2015 potrebbero essere formulati utilizzando il linguaggio dei diritti umani (...) I target numerici potrebbero quindi essere definiti come pietre miliari verso la realizzazione graduale di questi diritti" (Vandemoortele, 2012, p. 27-8).

I diritti umani non sono l'unica problematica non contemplata nel quadro di riferimento dei MDG che ora reclama di esservi inserita. Per esempio, dal 1990 la maggior parte del peso della malattia di molti Paesi a basso e medio reddito si è drammaticamente spostato dalle malattie infettive a quelle non trasmissibili. Tra il 2005 e il 2015, in Africa, si stima che i morti per malattie non trasmissibili aumenteranno del 27%, nel Sud Est asiatico le morti per malattie infettive scenderanno del 16%, mentre aumenteranno del 21% quelle per MNT (WHO, 2012). Queste malattie sono il risultato di cambiamenti negli stili di vita: diete non salutari ricche di grassi, sale e zucchero; abuso di alcol; bassi livelli di attività fisica e fumo (WHO, 2011, p. 16). Buona parte del peso della malattia è prevenibile affrontando questi fattori di rischio e, una volta che la malattia si è presentata, ci sono molti trattamenti disponibili che possono aiutare a ridurre il rischio di complicanze. Una buona salute dell'adulto è essenziale per lo sviluppo economico e non è certo che i MDG possano mai essere raggiunti nella loro completezza senza affrontare questo nuovo peso delle malattie non trasmissibili, quando le conseguenze economiche, sociali ed emotive della nuova epidemia sono così profonde e crescenti. Il principale fattore di rischio, il fumo, si stima abbia ucciso 6 milioni di persone nel 2010, circa l'80% delle quali vivevano in Paesi basso e medio reddito (American Cancer Society, 2012, p.16). Proprio il fumo è quindi chiaramente candidato per un target. Alcune Associazioni infermieristiche nazionali, tra le quali quelle di Malta, Panama, Slovenia e Sudafrica, stanno già informando e formando i propri membri per rispondere alla sfida delle malattie non trasmissibili (C3 Collaborating for Health, 2010).

Tra le altre tematiche omesse dai MDG troviamo: l'educazione primaria gratuita, l'accesso sostenibile all'acqua potabile, aiuti specifici per i bambini resi orfani dall'HIV/AIDS, la riduzione della violenza contro le donne, il commercio solidale, la sicurezza sociale, il lavoro infantile (si veda, per esempio, Langford, 2010, p. 84). Alcuni Paesi hanno già aggiunto altri target ai loro piani MDG: la Thailandia ha il target dell'educazione superiore universale entro il 2015, ha un indicatore sulla povertà delle aree

particolarmente depresse e sta misurando la prevalenza e i tassi di mortalità per malattia cardiaca (UNDP, 2005, pp. 8-9). L'elenco dei problemi sembra tuttavia infinita e c'è il pericolo che sfugga al controllo. All'interno dei Paesi, gli infermieri possono avere una prospettiva chiara delle lacune presenti negli attuali Obiettivi e delle priorità di inserimento in quelli post-2015 e le Associazioni possono servirsi dell'*advocacy* e delle pressioni (*lobbying*) internazionali per sviluppare partnership con altri gruppi ed organizzazioni e far sì che le loro voci siano ascoltate.

Infine, qualsiasi nuova serie di Obiettivi dovrà essere a prova di futuro. Le caratteristiche demografiche cambiano velocemente, con popolazioni che invecchiano rapidamente in molte parti del mondo e con una popolazione che si prevede raggiungerà i nove miliardi entro il 2050; l'insicurezza alimentare sta diventando un problema crescente; la mancanza di sicurezza e i conflitti – spesso causati dalla povertà e dai cambiamenti climatici – sono una piaga in molte parti del mondo, con la minaccia del terrorismo in crescita; le nuove tecnologie, come Internet, hanno portato occasioni e sfide proprie (la mancanza di accesso a Internet è una nuova potenziale ineguaglianza); i modelli di malattia stanno cambiando, in modo particolare verso le malattie non trasmissibili e i problemi di salute mentale; infine, i cambiamenti climatici minacciano fundamentalmente di cambiare gli stili di vita e i mezzi di sussistenza di tutti gli abitanti del pianeta. Tutti questi temi chiedono di essere considerati nei nuovi Obiettivi

Impegno: finanziamenti e partnership

Una delle principali sfide per i successori dei MDG è che saranno creati durante un periodo di grave crisi economica mondiale. Anche quando c'era il boom economico, le richieste dei Paesi industrializzati sono state ampiamente disattese. Per esempio, la richiesta fatta dai Paesi del G8 nel 2005 di raddoppiare gli aiuti per lo sviluppo in Africa (Fukuda-Parr, 2012, p. 5) è stata accolta soltanto da pochi Paesi. Gli aiuti pubblici allo sviluppo (ODA, *Overseas development assistance*) sono rimasti a una media dello 0,31% del PIL dei donatori, nonostante il target ONU dello 0,7%; nel 2010 l'Africa ha ricevuto soltanto circa \$ 45 miliardi, 16 in meno del target (OHCHR, 2010, p. 15). Le richieste di aumento sono continue, ma è probabile che le cose peggiorino: le precedenti crisi bancarie hanno tendenzialmente visto crescere gli aiuti dei donatori per un paio di anni per poi cadere precipitosamente e non ritornare ai livelli precedenti nei 15 anni successivi (World Bank, 2009, p. 9). Questo trend potrebbe ripetersi e non è quindi realistico aspettarsi che una nuova serie di obiettivi per lo sviluppo sia accompagnata da sostanziali aumenti delle donazioni.

Forse, invece, è il momento di cercare anche altri modi di creare partnership e assistenza, come: migliori requisiti di rendicontazione, potenziamento dei meccanismi di reclamo, migliori partnership con il settore privato (costruire sul MDG 8) o nuove fonti di reddito, come l'aumento delle royalty sulle risorse naturali o tasse sulle transazioni finanziarie (Green, 2012). Come è stato evidenziato dalle Nazioni unite in relazione alle malattie non trasmissibili, lo sviluppo richiede un approccio "a tutta società" (UN, 2011, par. 33) – le partnership su tutta la linea possono essere il modo più efficace di esplicitare il nuovo impegno.



Anche se gli ambientalisti sono rimasti delusi dai risultati di Rio (il suo notevole fallimento nel definire una linea forte per combattere i cambiamenti climatici), un risultato positivo è stato che la salute è stata esplicitamente riconosciuta nel documento sui risultati come “precondizione per, risultato di e indicatore di (...) sviluppo sostenibile” (Rio, 2012, para. 138). Il “doppio vantaggio” di affrontare salute e sostenibilità ambientale è sempre più riconosciuto. Per esempio, lavorare per migliorare le tecnologie a bassa emissione di anidride carbonica nei Paesi in via di sviluppo potrebbe fornire occupazione e ridurre l’inquinamento (entrambe le cose a beneficio della salute), oltre che portare a prezzi più bassi per l’energia, se venisse introdotto uno schema sulle emissioni di anidride carbonica (*Institute of Development Studies*, 2009). Inoltre i benefici per la salute aumentano se si garantisce che le città facilitino il “trasporto attivo” (camminare e andare in bicicletta), che riduce l’inquinamento e aumenta l’attività fisica (aiuta a ridurre l’obesità e le conseguenti patologie non trasmissibili).

Una ONG – *Oltre il 2015* – sta facendo una campagna per influenzare lo sviluppo del quadro di riferimento post-2015, anche su come i successori dei MDG si collegano agli obiettivi di sviluppo sostenibili (*Beyond 2015*, 2012). Questa ONG riunisce oltre trecento organizzazioni della società civile e il suo sito Web sarà aggiornato con le informazioni più recenti, comprese quelle di carattere sanitario, man mano che la contrattazione procede: www.beyond2015.org.

Conclusione: le sfide chiave

Sono numerose le incertezze attorno allo sviluppo dell'agenda post-2015, non ultimo il come mettere insieme "sviluppo sostenibile" e "sviluppo". Qualsiasi nuova serie di obiettivi globali dovrà trovare un equilibrio tra completezza e chiarezza: non così elevato da non essere più credibile, non così basso da essere insignificante. Gli obiettivi devono essere definiti consultando quanti ne saranno più coinvolti, quindi si dovrà cercare il più possibile la partecipazione dei più bisognosi, i negoziati dovranno essere trasparenti e le decisioni responsabili. Il linguaggio dei diritti umani può aiutare a inquadrare gli obiettivi e il concetto umanitario della realizzazione progressiva può essere centrale. Infine, i meccanismi di rendicontazione devono esplicitare chiaramente le responsabilità, magari con target intermedi stabiliti per garantire la volontà politica.

Il compito può apparire vasto e complesso, richiede di destreggiarsi tra molte differenti e altrettanto serie preoccupazioni, tutte in competizione per un posto in un mondo post-MDG in rapido cambiamento e insicuro. Ma questo non può essere un deterrente dal provarci.

Capitolo 5

Ruolo delle Associazioni infermieristiche nazionali nel raggiungimento dei MDG e per la sostenibilità oltre il 2015

Mantenere lo slancio

Gli infermieri hanno fatto molto per raggiungere i MDG e per aiutare a dar forma e presentare obiettivi e risultati sostenibili per il post-2015. A partire dal singolo infermiere di un remoto ambulatorio di assistenza sanitaria di base fino ai leader di livello nazionale e internazionale, gli infermieri lavorano per offrire assistenza e servizi adeguati, trasformare i sistemi, gli ambienti e le politiche e garantire le risorse e le condizioni necessarie per migliorare i risultati di salute. Per contribuire con il loro pieno potenziale, gli infermieri devono essere fiduciosi e orgogliosi del loro contributo, desiderosi di condividere, collaborare e costruire sui progressi e sui successi attuali così come di imparare da iniziative, progetti e programmi che hanno avuto meno successo oppure hanno portato a risultati negativi o non voluti.

Le Associazioni infermieristiche nazionali (*National Nurses Associations, NNA*) occupano una buona posizione per informare, consigliare, incoraggiare e sostenere gli infermieri e convogliare il libero flusso di informazioni e comunicazioni dalla base verso il governo. Esse costituiscono un punto di riferimento per l'impegno infermieristico all'interno e oltre il settore sanitario, a livello nazionale e internazionale. Le NNA devono continuare a lavorare con i governi e con altri per potenziare i sistemi sanitari e creare le condizioni necessarie per massimizzare il contributo degli infermieri, affrontando anche i temi della carenza di personale, della scarsa formazione e della cattiva allocazione.

I tempi sono maturi affinché le NNA tornino a stimolare i propri membri e galvanizzare i loro sforzi per raggiungere i MDG nel periodo antecedente il 2015, mentre orientano e prendono posizioni per influenzare l'agenda post-2015.

Partnership, reti e alleanze

Troppo spesso gli infermieri ritengono che le loro voci non vengano ascoltate, si sentono isolati ed esclusi dalle strutture chiave, dai processi e dalla presa di decisioni. Tuttavia, l'interesse mondiale, nazionale e locale sui MDG ha offerto molte opportunità di lavoro in partnership e di costruire alleanze. "Per evitare di duplicare gli sforzi e garantire sostenibilità agli attuali progressi, gli infermieri devono allineare le proprie strategie ai quadri di riferimento esistenti, creati da organismi multilaterali come l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'ONU" (Amieva, Ferguson, 2012).

Per promuovere la propria offerta nella costruzione di politiche, servizi e assistenza, le Associazioni avranno più probabilità di ottenere risultati positivi e sostenibili se:

- Lavoreranno in partnership con altre professioni, gruppi e organizzazioni sviluppando reti e alleanze strategiche.
- Si allineeranno con altri quadri di riferimento e strategie a livello locale, nazionale e internazionale per condividere un interesse comune, evitare sovrapposizioni ed evidenziare le sinergie che si possono ottenere combinando le attività verso un risultato condiviso.

- Utilizzeranno le *Direttive strategiche 2011 – 2015* dell’OMS per i Servizi infermieristici e ostetrici (*Nursing & Midwifery Services. Strategic Directions 2011 - 2015*)⁹ (OMS, 2010) come quadro di riferimento per un’azione collaborativa di ampio respiro e per definire all’interno dei propri Paesi le aree di priorità che necessitano maggiormente di assistenza tecnica e *capacity building* per raggiungere i MDG e collaboreranno con partner e stakeholder chiave per sviluppare, attuare, monitorare e valutare strategie e programmi di lavoro.
- Costruiranno sui canali di comunicazione esistenti per mantenere aggiornati i membri sulle tematiche e sugli sviluppi, fornendo loro possibilità di condivisione in rete degli sforzi e delle esperienze di miglioramento dell’assistenza e dei servizi, comprese soluzioni, successi, studi di casi di buona pratica e lezioni apprese.
- Agiranno da catalizzatori per il lavoro di rete internazionale all’interno della comunità infermieristica globale e collegheranno i membri della base alle organizzazioni nazionali e alle agenzie internazionali.
- Incoraggeranno i membri a impegnarsi nella rete globale che promuove lo scambio di informazioni, idee ed esperienze nella comunità sanitaria, come – per esempio - *Health information for All by 2015* (HIFA, www.hifa2015.org) e *Global Health Nursing and Midwifery* (www.ghdonline.org/nursing/);
- Creeranno e sfrutteranno occasioni di lavoro e partnership con governi, ONG, istituti di ricerca e formazione e - quando possibile - con il settore privato, i donatori e finanziatori, così come con altri membri della comunità sanitaria multidisciplinare, comprese le ostetriche, i medici e gli operatori sanitari di comunità per progredire il più possibile verso il raggiungimento degli MDG entro il 2015. Tutto ciò in modo particolare man mano aumenterà la pressione.

Conoscenze e capacità

Affinché il loro contributo sia efficace, gli infermieri devono sapere cosa fare e come farlo. Questo richiede una serie di conoscenze, capacità e competenze che comprendono abilità nella pratica clinica e nel management; formazione e addestramento; la capacità di predisporre regolamentazioni (*policy making*) e di esercitare influenza politica; ricerca e sviluppo; divulgazione e impiego delle prove di efficacia.

Le NNA hanno un ruolo importante da ricoprire nell’affrontare questi temi, nella costruzione di capacità e di contributi della forza lavoro infermieristica. Esse possono:

- Interpretare e divulgare informazioni sui progressi dei MDG e sulle azioni prioritarie in un contesto locale, garantendo così che gli infermieri conoscano gli sviluppi locali e nazionali e le strategie in modo da essere messi in condizione di impegnarsi adeguatamente.
- Promuovere e sviluppare approcci innovativi per garantire che i servizi siano progettati ed erogati in un modo sostenibile, che risponda al meglio ai bisogni delle comunità locali lungo tutto l’arco della vita e della continuità assistenziale, compresi quelli dei disabili che possono avere meno possibilità di accesso ai servizi e, di conseguenza, più bisogni di salute non soddisfatti.
- Fare il miglior uso delle risorse materiali e umane disponibili e ampliare la disponibilità e la copertura da parte degli infermieri con adeguate turnazioni ed erogazione di servizi in situazioni nuove e differenti.
- Collaborare con i partner all’interno e oltre i propri Paesi per sviluppare e attuare linee guida per la pratica basata sulle prove di efficacia e dimostrarne l’impatto ottenendo risultati sul campo.

⁹ Edizione italiana disponibile sul sito:
http://www.ipasvi.torino.it/Portals/14/News_download/DIRETTIVE_STRATEGICHE_COMPLETO.pdf
 (NdT).

- Sviluppare e attuare programmi di formazione e addestramento post-base per affrontare sfide specifiche legate al raggiungimento dei MDG.
- Lavorare in partnership con università e altre realtà per contribuire alla tracciabilità e alla reportistica dei progressi; produrre prove di efficacia per le scelte sanitarie e politiche; sviluppare una base di dati sul rapporto costo-efficacia dei servizi infermieristici e ostetrici e sul loro impatto sui MDG correlati alla salute.

Advocacy e lobbying

Gli infermieri possono impegnarsi in attività di *advocacy* e *lobbying* da un livello personale/professionale a un livello di cambiamento politico/di sistema (ICN, 2008b). L'attenzione internazionale che si focalizza sui MDG offre molte possibilità agli infermieri di intraprendere azioni strategiche per trasformare sistemi, processi e politiche e influenzare la decisionalità dei pazienti, delle comunità, dei politici, dei governi e di altri. Inoltre, l'interesse internazionale per i MDG serve a garantire che (anche nei Paesi dove è improbabile che il cambiamento politico avvenga attraverso la pressione diretta dei professionisti della salute) gli infermieri e le altre professioni possano rafforzare i collegamenti con i gruppi internazionali di *advocacy* e cercare di ottenere il cambiamento e il miglioramento attraverso queste strade.

Affinché un'azione di *advocacy* o di *lobbying* sia efficace, è necessario chiarire che cosa la NNA sta cercando di ottenere, chi sta cercando di influenzare e dove e quando le attività e gli approcci della stessa hanno più probabilità di sortire un qualche effetto.

Il MAF cui si fa riferimento nel Capitolo 3 identifica numerose questioni, cliniche e non, attorno alle quali gli infermieri ed altri possono unirsi e lavorare per sostenerle. Le campagne di promozione e sostegno possono riguardare problemi più vasti e sottostanti quali i determinanti sociali della salute come la casa, l'educazione, l'acqua e i servizi igienici, la carenza di forza lavoro e gli squilibri all'interno e tra i Paesi, dovuti a motivi economici, condizioni di lavoro, problemi di sicurezza, educazione, migrazione o altre cause. Le NNA occupano un posto di particolare favore a livello locale e nazionale per farsi fautrici e sollecitare le risorse necessarie per portare avanti il lavoro che deve essere fatto.

Il decalogo per la *lobbying* (ICN, 2008b, p. 11), che viene adattato in calce, può essere utilizzato dalle NNA, da altri gruppi infermieristici e dai singoli come aiuto per incentrare l'attenzione e garantire il progresso nel raggiungimento di obiettivi particolari, target o indicatori e può anche servire ad influenzare l'agenda post-2015.

- 1) Agisci – supera gli ostacoli all'azione; assumi una serie di ruoli tra i quali quelli di rappresentanza, accompagnamento, *empowering*, mediazione, modellamento, negoziazione e lavoro in rete.
- 2) Scegli il tuo problema – identifica e poni l'attenzione su una questione importante e raggiungibile.
- 3) Capisci il contesto politico – identifica le persone chiave da influenzare; comprendi come e da chi vengono prese le decisioni e come vengono rese effettive, attuate e valutate.
- 4) Costruisci la base di prove di efficacia – comprendi il problema e mappa i potenziali ruoli degli attori di rilievo, compresi i sostenitori e gli oppositori.
- 5) Coinvolgi gli altri – guadagnati il sostegno di individui/organizzazioni chiave; metti i pazienti e le comunità in condizione di poter chiedere per loro stessi.
- 6) Elabora piani strategici – identifica collettivamente scopi e obiettivi e il modo migliore per tracciare il progresso e raggiungili; muoviti a piccoli passi per avere una visione a lungo termine.
- 7) Comunica messaggi e attua i piani – rilascia messaggi semplici, concisi e fatti su misura, che comprendano le azioni da intraprendere; contrasta gli sforzi dei gruppi di interesse opposti.

- 8) Cogli le occasioni - sincronizza interventi e azioni per ottenere il massimo impatto; crea o cogli le occasioni.
- 9) Sii responsabile – monitora e valuta i progressi e il loro impatto su obiettivi chiaramente definiti.
- 10) Catalizza lo sviluppo della salute – costruisci capacità attraverso il processo della pianificazione strategica, il lavoro in rete, la comunicazione, ecc. per garantire la sostenibilità.

Conclusioni

I MDG hanno fornito un chiaro orientamento mondiale all'azione e all'allocazione delle risorse. Contribuendo al loro raggiungimento gli infermieri hanno sviluppato capacità politiche che li hanno messi in condizione di negoziare ad ogni livello e con partner diversi per dar forma ed erogare servizi adeguati, anche per le comunità più emarginate e meno servite. Gli infermieri hanno anche dimostrato grande flessibilità, innovazione e coraggio nel creare e sviluppare nuovi ruoli e servizi. Anche se nessun sistema o approccio è perfetto – e alcune pecche dei MDG sono state discusse nei capitoli precedenti - si traggono enormi benefici dall'avere un interesse comune.

Nel lasso di tempo fino al 2015, gli infermieri sono incoraggiati ad abbattere barriere e a vincere sfide per raggiungere i MDG e soddisfare i bisogni di salute delle comunità più povere, più emarginate e meno servite del mondo.

Come si è detto nel Capitolo 4, non è ancora chiaro come sarà il prosieguo post-2015. Sarà importante impegnarsi non solo sulla nuova agenda, ma continuare anche a lavorare per raggiungere i MDG in tutti i Paesi e garantire che i progressi ottenuti non si perdano con il calare dell'interesse e delle risorse.

Una cosa è comunque chiara: la salute sarà un elemento essenziale alla base del futuro sviluppo globale, che sia o meno esplicitato nella nuova agenda. Il cambiamento del peso della malattia e gli effetti delle variazioni climatiche sulla salute, lo sviluppo e la sostenibilità ambientale richiedono che gli infermieri di tutto il mondo raccolgano la sfida e si impegnino a dar forma e vita alla nuova agenda per la salute e il benessere della comunità globale.

Elenco delle schede tecniche dell'ICN correlate
Disponibili sul sito: www.icn.ch/publications/fact-sheets/

Tematica	Titolo originale
Aderenza alle terapie a lungo termine.	<i>Adherence to Long Term Therapy.</i>
Resistenza agli antibiotici.	<i>Antimicrobial Resistance.</i>
Nutrizione infantile.	<i>Childhood Nutrition.</i>
<i>Going, going, gone</i> : la presenza degli infermieri nell'Organizzazione mondiale della sanità.	<i>Going, Going, Gone: The Nursing presence in the World Health Organization.</i>
Salute e diritti umani.	<i>Health and Human Rights.</i>
HIV/AIDS nell'Unione Europea.	<i>HIV/AIDS in the European Union.</i>
Sicurezza dei vaccini: una funzione infermieristica fondamentale.	<i>Immunisation Safety: An Essential Nursing Function.</i>
Sicurezza dei vaccini: le pratiche sicure di smaltimento dei rifiuti salvano le vite.	<i>Immunisation Safety: Safe Waste Disposal Practices Save Lives.</i>
Controllo delle infezioni.	<i>Infection Control.</i>
Integrare la prospettiva di genere nei servizi sanitari.	<i>Mainstreaming a Gender Perspective into the Health Services .</i>
Circoncisione maschile.	<i>Male Circumcision.</i>
Nutrizione materno-infantile.	<i>Maternal and Infant Nutrition.</i>
Errori di trattamento.	<i>Medication Errors.</i>
Salute dell'uomo.	<i>Men's Health.</i>
Mobilizzare gli infermieri per la prevenzione e la cura dell'HIV/AIDS.	<i>Mobilising Nurses for HIV/AIDS Prevention and Care.</i>
L'interfaccia tra assistenza infermieristica e assistenza sociale.	<i>The Nursing and Social Care Interface.</i>
Indicatori di risultato sensibili all'assistenza infermieristica.	<i>Nursing Sensitive Outcome Indicators.</i>
Lo stress occupazionale e la minaccia alla salute del lavoratore.	<i>Occupational Stress and the Threat to Worker Health.</i>
Cure palliative.	<i>Palliative Care.</i>
La Dichiarazione di Parigi.	<i>The Paris Declaration.</i>
Polmonite da pneumococco.	<i>Pneumococcal Pneumonia.</i>
Ambienti positivi per la pratica.	<i>Positive Practice Environments.</i>
Ambienti positivi per la pratica: soddisfare il bisogno di informazione dei professionisti della salute.	<i>Positive Practice Environments: Meeting the Information Needs of Health Professionals.</i>
Povertà e salute: spezzare il legame.	<i>Poverty and Health: Breaking the Link.</i>
Prevenire le punture da taglienti.	<i>Preventing Needlestick Injuries.</i>
Test HIV e <i>counselling</i> (PITC) attivate dagli operatori sanitari nelle strutture sanitarie.	<i>Provider-initiated HIV Testing and Counselling (PITC) in Health Care Facilities.</i>
Scegliere presidi di puntura venosa più sicuri.	<i>Selecting Safer Needle Devices.</i>
Infezioni sessualmente trasmesse.	<i>Sexually Transmitted Infections.</i>
Tubercolosi.	<i>Tuberculosis.</i>
Esposizione alla tubercolosi negli ambienti sanitari: prevenzione delle trasmissioni occupazionali.	<i>Tuberculosis Exposure in the Health Care Setting: Prevention of Occupational Transmissions.</i>
La catena del freddo per i vaccini: mantenere contatti freddi.	<i>The Vaccine Cold Chain: Maintaining Cool Links.</i>
L'iniziativa OMS (3x5) "Curare tre milioni entro il 2005".	<i>The WHO 'Treat 3 million by 2005' (3x5) Initiative.</i>
Salute delle donne.	<i>Women's Health.</i>

Elenco delle prese di posizione dell'ICN correlate

I documenti sono disponibili sul sito: www.icn.ch/publications/position-statements/

A. Ruoli infermieristici nei servizi sanitari

Resistenza agli antibiotici - *Antimicrobial resistance (2004)*.

Allattamento al seno - *Breastfeeding (2004)*.

Distribuzione e utilizzo dei sostituti al latte materno - *Distribution and use of breast milk substitutes (2004)*.

Eliminazione delle mutilazioni genitali femminili - *Elimination of female genital mutilation (2010)*.

Servizi sanitari per i migranti, i rifugiati e gli apolidi - *Health services for migrants, refugees and displaced persons (2006)*.

Infezione HIV e AIDS - *HIV infection and AIDS (2008)*.

Gestione dei servizi infermieristici e sanitari - *Management of nursing and health care services (2000)*.

Salute mentale - *Mental health (2008)*.

Il ruolo degli infermieri nell'assistenza al paziente morente e alla famiglia - *Nurses' role in providing care to dying patients and their families (2006)*.

La salute delle donne - *Women's health (2012)*.

B. Professione infermieristica

Personale infermieristico di assistenza o di supporto - *Assistive or support nursing personnel (2008)*.

La competenza continua come responsabilità professionale e diritto pubblico - *Continuing competence as a professional responsibility and public right (2006)*.

La ricerca infermieristica - *Nursing research (2007)*.

C. Benessere socioeconomico degli infermieri

Salute occupazionale e sicurezza degli infermieri - *Occupational health and safety for nurses (2006)*.

Ridurre l'impatto delle infezioni da HIV/AIDS sul personale infermieristico e ostetrico - *Reducing the impact of HIV infection and AIDS on nursing and midwifery personnel (2008)*.

Benessere socioeconomico degli infermieri - *Socioeconomic welfare of nurses (2010)*.

D. Sistemi sanitari

Sviluppo delle risorse umane in sanità - *Health human resources development (HHRD) (2007)*.

Infermieri e assistenza sanitaria di base - *Nurses and primary health care (2007)*.

Assistenza infermieristica e sviluppo - *Nursing and development (2007)*.
Partecipazione degli infermieri alla presa di decisioni e allo sviluppo delle politiche sanitarie - *Participation of nurses in health services decision-making and policy development (2008)*.
Sicurezza dei pazienti - *Patient safety (2012)*.
Promuovere il valore e l'economicità dell'assistenza infermieristica - *Promoting the value and cost-effectiveness of nursing (2001)*.
Servizi sanitari pubblici accessibili - *Publicly funded accessible health services (2012)*.

E. Tematiche sociali

Farmaci falsi/contraffatti - *Falsified/Counterfeit medicines (2010)*.
Gli sprechi in sanità: ruolo degli infermieri e della professione infermieristica - *Health care waste: role of nurses and nursing (2010)*.
Informazione sanitaria: proteggere i diritti dei pazienti - *Health information: protecting patient rights (2008)*.
Pazienti informati - *Informed patients (2008)*.
Infermieri, cambiamenti climatici e salute - *Nurses, climate change and health (2008)*.
Infermieri e diritti umani - *Nurses and human rights (2011)*.
Diritti dei bambini - *Rights of children (2008)*.
Accesso universale all'acqua potabile - *Universal access to clean water (2008)*.

Il *System Task Team* dell'ONU per l'Agenda per lo sviluppo post 2015 ed il Tavolo di alto livello di persone eminenti

Il *System Task Team* dell'ONU per l'Agenda per lo sviluppo post 2015

Il *System Task Team* dell'ONU per l'Agenda per lo sviluppo post 2015 riunisce rappresentanti di oltre 50 organizzazioni ONU e di altri organismi internazionali.

Ne fanno parte:

- Department of Economic and Social Affairs (DESA), co-presidente
- United Nations Development Programme (UNDP), co-presidente
- Convention on Biological Diversity (CBD)
- Department of Public Information (DPI)
- Economic Commission for Africa (ECA)
- Economic Commission for Europe (ECE)
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)
- Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA)
- Executive Office of the Secretary-General (EOSG)
- Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO)
- Global Environment Facility (GEF)
- International Atomic Energy Agency (IAEA)
- International Civil Aviation Organization (ICAO)
- International Fund for Agricultural Development (IFAD)
- International Labour Organization (ILO)
- International Maritime Organization (IMO)
- International Monetary Fund (IMF)
- International Organization for Migration (IOM)
- International Telecommunication Union (ITU)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
- Non-Governmental Liaison Service (NGLS)
- Office of the Deputy Secretary-General (ODSG)
- Office of the High Commission for Human Rights (OHCHR)
- Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States (OHRLLS)
- Office of the Special Advisor on Africa (OSAA)
- Peacebuilding Support Office (PBSO)
- United Nations Children's Fund (UNICEF)
- United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)
- United Nations Convention to Combat Desertification (UNCCD)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
- United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women (UN Women)
- United Nations Environment Programme (UNEP)
- United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)

- United Nations Fund for International Partnerships (UNFIP)
- United Nations Global Compact Office
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
- United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)
- United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR)
- United Nations Institute for Training and Research (UNITAR)
- United Nations Millennium Campaign
- United Nations Office for Outer Space Affairs (UNOOSA)
- United Nations Office for Project Services (UNOPS)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
- United Nations Population Fund (UNFPA)
- United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA)
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination Secretariat (CEB)
- United Nations University (UNU)
- United Nations Volunteers (UNV)
- United Nations World Tourism Organization (UNWTO)
- Universal Postal Union (UPU)
- World Bank
- World Food Programme (WFP)
- World Health Organization (WHO)
- World Intellectual Property Organization (WIPO)
- World Meteorological Organization (WMO)
- World Trade Organization (WTO)

Fonte: www.un.org/millenniumgoals/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf

Il Tavolo di alto livello di 26 “persone eminenti”

Il Tavolo di alto livello di 26 “persone eminenti” è composto da:

Co-presidenti:

- Presidente Susilo Bambang Yudhoyono (Indonesia)
- Presidente Ellen Johnson Sirleaf (Liberia)
- Primo Ministro David Cameron (Regno Unito)

Altri membri:

- Fulbert Gero Amoussouga (Benin)
- Vanessa Petrelli Corrêa (Brasile)
- Yingfan Wang (Cina)
- Maria Angela Holguin (Colombia)
- Gisela Alonso (Cuba)
- Jean-Michel Severino (Francia)
- Horst Kohler (Germania)
- Abhijit Banerjee (India)

- Naoto Kan (Giappone)
- S.M. Regina Rania di Giordania
- Betty Maina (Kenya)
- Sung-Hwan Kim (Repubblica di Corea)
- Andris Piebalgs (Lettonia)
- Patricia Espinosa (Messico)
- Paul Polman (Paesi Bassi)
- Ngozi Okonjo-Iweala (Nigeria)
- Elvira Nabiullina (Federazione Russa)
- Graça Machel (Sudafrica)
- Gunilla Carlsson (Svezia)
- Emilia Pires (Timor Est)
- Kadir Topbas (Turchia)
- John Podesta (Stati Uniti d'America)
- Tawakel Karman (Yemen)
- Amina J. Mohammed, Consulente Speciale del segretariato Generale per la pianificazione dello sviluppo post 2015 (ex-officio)

Per informazioni biografiche sui membri del *Tavolo*, vedere il comunicato stampa del 31 Luglio 2012 del Segretariato generale ONU: www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm

Citazioni bibliografiche

American Cancer Society and World Lung Federation (2012). The Tobacco Atlas (IV Ediz.).

Disponibile all'indirizzo:

www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_4_entire.pdf

Amieva S and Ferguson S (2012). 'Moving forward: nurses are key to achieving the United Nations Development Program's Millennium Development Goals', *International Nursing Review* 59(1): 55–8. Disponibile all'indirizzo: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-657.2011.00944.x/abstract>

Beyond 2015 (2012). 'Sustainable Development Goals and the relationship to a post 2015 global development framework: a Beyond 2015 discussion paper'. Disponibile all'indirizzo: www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond_per_cent202015_per_cent20MDG-SDGpercent20relationship.pdf

Binka F, Bawah AA, Phillips JF, Hodgson A, Adjuik M and MacLeod B (2007). 'Rapid achievement of the child survival millennium development goal: evidence from the Navrongo experiment in Northern Ghana', *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* [serial online] 12(5): 578–83. Disponibile all'indirizzo: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-156.2007.01826.x/abstract>

C3 Collaborating for Health (2010). Global nursing project. Disponibile all'indirizzo: www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/

C3 Collaborating for Health (2011). The UN High-level Meeting on the Prevention and Control of NCDs (New York, 19–20 September 2011) and Associated Side-Events. Disponibile all'indirizzo: www.c3health.org/wpcontent/uploads/2009/09/Complete-write-up-of-UN-HLM-and-side-events-v-2-20111108.pdf

Chan M (2007). Address to WHO staff, Geneva. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html

Fukuda-Parr S (2012). 'Should global goal setting continue, and how, in the post-2015 era?' (DESA Working Paper No. 117). Disponibile all'indirizzo: www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117_2012.pdf

Green D (2012). 'Rio+20's sustainable development goals should reflect today's world', *The Guardian* blog, 15 June. Disponibile all'indirizzo: www.guardian.co.uk/global-development/povertymatters/2012/jun/15/rio20-sustainable-development-goals

Haines A, Alleyne G, Kickbusch I and Dora C (2012). 'From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development', *The Lancet* 379: 2189–97. Disponibile all'indirizzo: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736_per_cent2812percent2960779-X/abstract

Hamm BI (2001). 'A human rights approach to development', *Human Rights Quarterly* 23(4): 1005–31. Disponibile all'indirizzo: http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human_rights_quarterly/v023/23.4hamm.html

Hulme D and Fukuda-Parr S (2009). 'International norm dynamics and "the end of poverty": understanding the Millennium Development Goals'. Disponibile all'indirizzo: www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf

Human Rights Council (2007). 'Achieving the Millennium Development Goals (MDGs) for minorities: a review of MDG country reports and poverty reduction strategies'

(A/HRC/4/9/Add.1, March 2007), Disponibile all'indirizzo: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/113/05/PDF/G0711305.pdf?OpenElement>

International Council of Nurses (2003). Nurses Fighting AIDS Stigma, Caring for All: International Nurses Day Kit Disponibile all'indirizzo: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2003.pdf>

International Council of Nurses (2008a). Leadership Bulletin No. 15, April 2008. Disponibile all'indirizzo: www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15_Leadership_Bulletin_April_2008.pdf

International Council of Nurses (2008b). Promoting Health: Advocacy Guide for Health Professionals. Disponibile all'indirizzo: www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/en/Promoting-health-Advocacy_per cent20Guide.pdf

International Council of Nurses (2010). Unpublished report on the evaluation of the ICN TB/MDR TB Training project.

Institute of Development Studies (2009). 'After 2015: pro-poor low carbon development'. Available at: www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf

The Lancet (2010). Series on neglected tropical diseases (2010). Disponibile all'indirizzo: www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases

Langford M (2010). 'A poverty of rights: six ways to fix the MDGs', IDS Bulletin 41(1): 83–91. Disponibile all'indirizzo: www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolm/Poverty_per cent20of_per cent20Rights.pdf

National Expert Commission (2012). 'A nursing call to action: The health of our nation, the future of our health system' (Canadian Nurses Association, Ottawa). Disponibile all'indirizzo: www2.cnaaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC_Report_e.pdf

Office of the High Commissioner on Human Rights (OHCHR) (2010). Human Rights and the Millennium Development Goals in Practice: A review of country strategies and reporting. Available at: www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndMDGsInPractice.pdf

Overseas Development Institute (2012). 'Post-2015 health MDGs': www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=6444&title=millennium-development-goals-mdgs-healthpost2015

Rio 2012: United Nations, Outcomes Document of the Rio+20 conference, The Future we Want: www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html

Sumner A (2009). 'Beyond 2015', The Broker (14 May 2009). Disponibile all'indirizzo: www.thebrokeronline.eu/Articles/Beyond-2015

United Nations (2000). United Nations Millennium Declaration (Resolution A/RES/55/2, 18 September 2000): Disponibile all'indirizzo: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/

United Nations (2001). Millennium Development Goals: Disponibile all'indirizzo: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

United Nations (2005). UN Millennium Project, Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals (2005): Disponibile all'indirizzo: www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf

United Nations (2011). United Nations, Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1): Disponibile all'indirizzo: www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/L.1

United Nations (2012a). United Nations, The Millennium Development Goals Report 2012: Disponibile all'indirizzo: www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html

United Nations (2012b). UN Press Release, 'UN secretary-general appoints High-level Panel on post2012development agenda', 31 July: Disponibile all'indirizzo: www.un.org/sg/offthecuff/?nid=2455

United Nations (2012c). Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart: Disponibile all'indirizzo: www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012_Progress_E.pdf

United Nations System Task Team (2012). UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, Realising the Future We Want for All: Report to the Secretary-General: Disponibile all'indirizzo: www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf

UNAIDS (2012). 'Together we will end AIDS': Disponibile all'indirizzo: www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf

United Nations Development Programme (UNDP) (2005). MDG-Plus: A Case Study of Thailand: Disponibile all'indirizzo: http://www.undg.org/archive_docs/6839-DG_plus__a_case_study_of_Thailand.pdf

United Nations Development Programme (2011). MDG Acceleration Framework 2011 Disponibile all'indirizzo: www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20Strategies/MAF%20Report%20Dec%202011.pdf

Vandemoortele J (2009). 'Taking the MDGs beyond 2015: hasten slowly': Disponibile all'indirizzo: www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b_Vandemoortele_PAPER.pdf

Vandemoortele J (2012). 'Advancing the global development agenda post-2015: some thoughts, ideas and practical suggestions' (background paper prepared for the Experts Group Meeting to support the advancement of the post-2015 UN development agenda, February 2012): Disponibile all'indirizzo: www.un.org/millenniumgoals/pdf/jan_vandemoortele_Aug.pdf

World Bank (1999). Voices of the Poor study: Disponibile all'indirizzo: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20622514~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>

World Bank (2009). World Bank Development and Research Group, 'International aid and financial crises in donor countries' (Policy Research Working Paper 5162): Disponibile all'indirizzo: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf

World Bank (2011). Global Monitoring Report 2011: Improving the Odds of Achieving the MDGs: Disponibile all'indirizzo: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387009>

World Economic Forum (2012). Global Risks 2012. Disponibile all'indirizzo: www.weforum.org/reports/globalrisks-2012-seventh-edition

World Economic Forum and Harvard University (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases: Disponibile all'indirizzo: www.weforum.org/reports/global-economic-burden-noncommunicable-diseases

World Health Organization (2008). Commission on Social Determinants of Health, Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Disponibile all'indirizzo: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

World Health Organization (2009). 'Discussion Paper: Noncommunicable Diseases, Poverty and the Development Agenda': Disponibile all'indirizzo:
www.who.int/nmh/publications/discussion_paper_ncd_en.pdf

World Health Organization (2010). Nursing Midwifery Services, Strategic Directions 2011–2015: Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/>

World Health Organization (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010: Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

World Health Organization (2012). Chronic Disease and Health Promotion: Region and Country Specific Information Sheets: Disponibile all'indirizzo:
www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html

WHO/UNICEF (2012), Building a Future for Women and Children: The 2012 Report: Disponibile all'indirizzo: www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf